

141

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

IMPLEMENTACION DEL MODELO DE HOSPITAL PARCIAL EN UN
HOSPITAL PSIQUIATRICO

REPORTE LABORAL

Para obtener el título de
Licenciada en Psicología
Presenta

MIRIAM M. DE LALLERA VILLENA
MARGARITA

Directora de Reporte Laboral: Lic. Ma. Asunción Valenzuela Cota

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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:

Mis Padres
Alicia Villena Loranca
Enrique de la Llera Sabido
Por su perseverancia y confianza

Mis queridísimos hermanos
Alicia, Nydia, Mayra y Enrique
Por su incondicional apoyo

Mis sobrinas
María Valenka y Clementine
Por la luz y alegría que le dan a mi existencia

Agradecimientos:

Este trabajo no hubiera sido posible sin la valiosa ayuda de algunas personas a las que agradezco sinceramente su dedicación y apoyo.

En primer lugar quiero dar las gracias al Dr. Carlos Castañeda González por su siempre incondicional apoyo y la confianza que me ha tenido.

Agradezco el tiempo, la paciencia y acertada asesoría de la Lic. Ma. Asunción Valenzuela Cota.

También merece mi gratitud el Lic. Luis Nava por su ayuda y amistad.

Especialmente doy las gracias a Meli, Maru y Tere (qepd), por su amistad y cariño.

INDICE

	página
INTRODUCCIÓN	1
PARTE 1	
SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL	
1.1. El Proceso Salud – Enfermedad	6
1.2. La Historia Natural de las Enfermedades	8
1.3. Las Enfermedades Mentales	12
1.4. Los Trastornos Psiquiátricos Mayores	18
▪ Psicosis	20
▪ Esquizofrenia	22
PARTE 2	
EVOLUCION DE LAS PRINCIPALES CORRIENTES TEORICAS DEL PENSAMIENTO EN PSIQUIATRIA: UNA VISION HISTORIOGRÁFICA.	
2.1. Las Revoluciones Científicas	32
2.2. Las Revoluciones en Psiquiatría	36
▪ Las Concepciones Mágico-Religiosas	37
▪ La Reforma Humanitaria	40
▪ El Modelo Psicoanalítico	44
▪ La Revolución Psicofarmacológica	48
▪ La Antipsiquiatría	51
▪ La Rehabilitación en Psiquiatría	55

PARTE 3

EVOLUCIÓN DE LA PRAXIS PSIQUIATRICA: ABORDAJES

INSTITUCIONALES DE LA ENFERMEDAD MENTAL

3.1.	Mazmorras, Cárceles, Hospitales Generales, Asilos y Manicomios	65
3.2.	El Hospital Psiquiátrico	74
3.3.	Las Instituciones Psiquiátricas en México	77
3.4.	El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"	85

PARTE 4

EL MODELO DE HOSPITAL PARCIAL: FUNDAMENTOS

4.1.	Definición	90
4.2.	Antecedentes	94
4.3.	Aspectos Teóricos	96
4.4.	Aspectos Clínicos	98
4.5.	Proceso Terapéutico	99
4.6.	Investigación y Evaluación	105

PARTE 5

PROCEDIMIENTO

El Servicio de Hospital de Día en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

5.1. Antecedentes	106
5.2. Modelo de Atención	108
5.3. Programa del Servicio	
▪ Justificación	111
▪ Objetivos	113
▪ Población	114
▪ Actividades	115
▪ Evaluación Clínica	119
EVALUACIÓN DEL MODELO	120
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	129
CONTRIBUCIÓN	135
BIBLIOGRAFÍA	137

INTRODUCCIÓN

La demanda de servicios de atención a la salud de la población cada día es mayor, y dentro de este contexto es indudable que en nuestra sociedad, los problemas de salud mental tienen una mayor tendencia a crecer en función de los problemas adaptativos producidos por factores biológicos, culturales y sociales, así como del ambiente natural.

La inestabilidad económica, el alto índice de desempleo, el incremento de la industrialización, la migración, la desorganización familiar, la urbanización, la explosión demográfica, las toxicomanías, etc., nos orientan a un proceso de flujo dialéctico, ya sea hacia la acomodación o hacia la asimilación, entendiéndolo el primero como un proceso de cambio del individuo para su adecuación a las circunstancias ambientales y el segundo como el proceso en donde el cambio se da más bien en el ambiente a instancias del individuo mismo.

En el caso de las personas que padecen alguna enfermedad mental, sus capacidades adaptativas y de contender con la realidad están alteradas, lo cual les hace proclives a perder efectividad y eficacia en sus procesos homeostáticos y heterostáticos (funciones del ser vivo), en el primero se mantiene el equilibrio fisiológico y psicológico frente a las perturbaciones externas y en el segundo la estructura transforma su estado fisiológico y psicológico para lograr una mayor adaptación a un ambiente amenazante, aún cuando las respuestas adaptativas se manifiestan en conductas patológicas. Esto ha significado para ellos su relegación en un medio de competitividad, con sobradas muestras de su ineficaz funcionalidad, que va desde lo particular en el terreno cognitivo hasta lo familiar, social y laboral.

Este problema genera en los profesionales de la salud mental, una preocupación en términos de brindar a estas personas la posibilidad de contar con un espacio que no solo ofrezca la intervención médico psiquiátrica tradicional, basada principalmente en la prescripción de psicofármacos, sino una instancia terapéutica integral de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que permita el contacto, la interacción y la reinserción al medio de origen, al tiempo que reciben los beneficios de la intervención médica y psicológica.

El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, de la Secretaría de Salud, es una institución de tercer nivel, es decir, que otorga atención médica especializada a la población que no cuenta con servicios médicos de seguridad social; es de concentración nacional y brinda sus servicios a personas que padecen algún trastorno psiquiátrico. Sus objetivos principales se centran en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades mentales; la promoción y preservación de la salud mental, así como la enseñanza e investigación científicas en el campo.

Es en esta institución en donde se implementa un modelo de atención ambulatoria para pacientes psicóticos: La Hospitalización Parcial en su modalidad de “hospital de día”, a fin de establecer un puente de enlace entre la hospitalización continua y el regreso a casa, sin desvincular al paciente de su medio social, además de brindar mayores opciones terapéuticas y de rehabilitación, evitando así en gran medida las constantes recaídas y los reingresos a la hospitalización continua con el consecuente deterioro que esto conlleva.

El trabajo que se desarrolla en este servicio hospitalario no atañe solamente a la especialidad psiquiátrica, ya que el éxito de este modelo radica en el verdadero trabajo en equipo interdisciplinario, el cual está básicamente integrado por psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermeras y terapeutas, en coordinación con otras disciplinas, lo cual permite un abordaje integral.

El presente Reporte Laboral se ha enfocado a describir el funcionamiento del Servicio de Hospital de Día como un modelo integral de atención a enfermos mentales con padecimientos de tipo psicótico el cual se implementa en una institución psiquiátrica gubernamental, como una alternativa a la atención psiquiátrica tradicional.

La tarea no fue fácil considerando que la apertura de este servicio hospitalario no obedeció a caprichos del momento, sino a una necesidad real de ofrecer a nuestros pacientes los medios para lograr en la medida de sus posibilidades una reinserción social más adecuada, sin embargo a la hora de realizar la propuesta y sistematizarla, comprendimos que nos habíamos adentrado en una modalidad operativa nueva en México, que de no edificarse el marco teórico que le diera referencias lógicas, formal y explícitamente, nos rodearíamos de un pragmatismo en donde los resultados alentadores se confundirían con la comprobación de conceptos hipotéticos, y los poco

visibles, con supuestas falsedades conceptuales. Se trata de un modelo teórico con elaboraciones propias, no simplemente recurriendo a una extrapolada psicología comunitaria como una psicología de los grupos primarios. Por un lado, se hizo necesario revisar la evolución histórica de los conceptos y por otro los procesos por los que ha transitado la atención psiquiátrica-psicológica, ya que son los aspectos que dieron fundamento a la propuesta de funcionamiento del Servicio de Hospital de Día, los cuales se revisan en este Reporte Laboral, el cual está integrado por tres partes teóricas que dan sustento al trabajo realizado en el ámbito laboral, para dar paso a la Parte 4 que describe el modelo de Hospital Parcial y en la Parte 5 la cual se aboca al desarrollo del modelo de atención implementado.

Parte 1. Aborda de manera general y esquemática el concepto de salud, el proceso salud-enfermedad y la historia natural de las enfermedades y la de las mentales como parte de estas. Las fundamentaciones teóricas realizadas para el entendimiento de estos conceptos fueron retomados principalmente de las ideas y el trabajo de compilación de Hernán San Martín (1992). Se consideró importante desarrollar este tema, debido a que aún en nuestros días se tienen ideas poco claras acerca de la enfermedad mental, existen diversos mitos y creencias en donde a la enfermedad mental no se le reconoce como tal, es decir, como “una enfermedad”, todavía un sector importante de la población atribuye sus manifestaciones a creencias mágicas, tales como un castigo divino, posesión demoníaca, embrujamiento, mal de ojo, etc., por lo que se recurre por ende a curanderos, sacerdotes, chamanes y brujas antes que a algún servicio médico de salud mental, lo cual implica el empobrecimiento del pronóstico de salud. Otros, aún cuestionan como los viejos antipsiquiatras la existencia de la enfermedad mental poniendo en tela de juicio las acciones de los profesionales de la salud mental y a las disciplinas que participan, tales como la psiquiatría y la psicología clínica entre las fundamentales. Estas posturas lejos de plantear una alternativa de solución para las personas que sufren enfermedades mentales, desalientan la búsqueda oportuna de ayuda profesional.

En consecuencia, en esta primera parte también se tocan algunos aspectos fundamentales sobre los trastornos mentales severos (psicosis), como un marco general para abordar específicamente la esquizofrenia, que es un grupo de trastornos que dejan tras de sí una gran cantidad de secuelas, además de ser padecimientos que en su mayoría tienden a la cronificación, causando importantes datos de disfuncionalidad psicosocial, aspectos que por un lado son campo fértil

para la aplicación de las medidas de rehabilitación integral, y por otro, la esquizofrenia es el diagnóstico que en un 80% aproximadamente tiene la población que se atiende en el Servicio de Hospital de Día , motivo de este Reporte Laboral. Este desarrollo se basó en la revisión de textos que abordan exhaustivamente el tema y en autores destacados en el campo de la psicopatología tales como Goldman (1999), Kaplan y Sadock (1992 y 1999) y Rosemberg (1991), entre otros.

Las Partes 2 y 3, se consideran como dos ejes importantes del trabajo y son los pilares del sustento teórico, por lo que cada uno tiene su propio desarrollo.

Por un lado en la **Parte 2**, se hace una revisión de la evolución de las principales corrientes del pensamiento en psiquiatría, en donde se realiza una revisión historiográfica de las corrientes de pensamiento que han intentado explicar y han influido en el curso del abordaje de las enfermedades mentales a través del tiempo, cada una de estas corrientes han representado una revolución en el pensamiento y en la practica clínica del quehacer psiquiátrico y psicológico, tanto privado como institucional. Se consideró importante incluirlo porque –aunque de manera sintética y general- describe a cada una y sienta las bases para la comprensión de cómo es que se llega a los conceptos y prácticas actuales, esto es a la “era de la rehabilitación” de los trastornos graves, que en otro tiempo, quienes los padecían se encontraban destinados a la reclusión con muy pocas o nulas posibilidades de reincorporarse a su medio social, familiar y productivo. Esto significa que la ideas y los conceptos evolucionan y el fundamento de la práctica actual encuentra su justificación en la superación o confirmación de las ideas y prácticas las anteriores, rescatando los aspectos válidos y corrigiendo errores. De acuerdo con Vidal y Alarcón (1986), a lo largo del transcurso histórico se han ido forjando formulaciones para dar cuenta de esa modalidad especial de la existencia humana que constituye la locura. En esta parte del reporte laboral, transitamos desde las concepciones mágico-religiosas, la reforma humanitaria, el modelo psicoanalítico, la revolución psicofarmacológica y la antipsiquiatría hasta llegar a la ya mencionada era de la rehabilitación en psiquiatría; en donde autores como Kaplan y Sadock (1992), Vidal y Alarcón (1986), Calderón Narváez (1995), Szasz (1985), y Wing y Brown entre otros, nos aportan valiosa información que nos permite realizar un breve recorrido por los principales esquemas teóricos generales que han significado una revolución en el pensamiento psiquiátrico y que la patología mental ha ido construyendo paulatinamente para su comprensión.

Por otro lado tenemos la evolución de la praxis psiquiátrica que se trata en la **Parte 3**, con la descripción de los principales abordajes y las formas de tratamiento de los enfermos mentales a través de la historia en el ámbito institucional, ya que por una parte el ejercicio de la psiquiatría y de la psicología clínica se ha realizado en el campo institucional, al menos en lo que se refiere al trato y tratamiento de los trastornos psiquiátricos mayores; y por otra, el Modelo de Hospitalización Parcial se implementa en una institución psiquiátrica pública, y no olvidemos que en México las enfermedades mentales siempre se han enfrentado a través de instituciones creadas para tal fin. En este capítulo se hace un breve recorrido desde las Mazmorras de la Edad Media en Europa hasta llegar al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” de nuestros días en México, a juzgar como una de las instituciones mas importantes del país en materia de Salud Mental. Cabe destacar que aunque se revisó una amplia bibliografía, la línea directriz para la documentación de esta parte fue el texto de los compiladores Postel y Quérel (1993), por considerarse una obra muy completa, exhaustiva y ampliamente documentada. Se consideraron también las aportaciones de Calderón Narváez (1995), Pérez Rincón (1995) y documentos de manejo interno del Hospital referido, tales como programas, reseña histórica e informes.

Una vez desarrolladas las tres partes teóricas que nos permiten una mayor comprensión de las bases del surgimiento de “nuevos” modelos de atención a los enfermos mentales, se presenta la **Parte 4**: El Modelo de Hospital Parcial desde su surgimiento en Moscú en 1933, hasta llegar a la **Parte 5**, al Servicio de Hospital de Día en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” como actualmente funciona.

La descripción del Servicio de Hospital de Día del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”, obedece al trabajo profesional realizado a lo largo de 9 años, de quien suscribe este Reporte Laboral, en donde tuve la oportunidad de realizar la propuesta del nuevo Servicio Hospitalario en 1990, coordinar la implementación del programa de atención y dirigir al personal que ha colaborado en este Servicio desde su inicio hasta su consolidación. Es este Reporte producto de la experiencia laboral de un psicólogo clínico.

PARTE 1

SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

1.1. EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

El poder comprender lo que el término “salud” implica en la actualidad es de gran importancia, ya que este será el concepto rector que guíe nuestro entendimiento en cuanto a las acciones necesarias para alcanzar este estado fundamental en el ser humano.

En el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se plantea que la salud es un derecho que tienen todas las personas, como elemento indispensable para un adecuado desarrollo, sobre la base de ser el requisito primario para el óptimo desempeño de las capacidades humanas.

Pero ¿qué es lo que se entiende por salud?. A este respecto existen múltiples acercamientos, los cuales han sido útiles en diferentes momentos del desarrollo de las ciencias médicas, psicológicas y sociales dedicadas a este campo, entendiendo que el concepto de salud se ha ido modificando a lo largo del tiempo y que seguramente se continuará modificando en el futuro sobre la base de nuestro mejor y más completo conocimiento del ser humano.

Según la O.M.S., la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad (Kaplan y Sadock, 1992). Esta es una definición que durante mucho tiempo fue aceptada con grandes beneficios, ya que si bien nos da la posibilidad de entender a la salud como algo dinámico, cambiante, en constante proceso de modificación, y maneja este estado dentro de las tres grandes esferas de funcionamiento: la biológica, la psicológica y la social, las cuales se encuentran interrelacionadas, de manera interdependiente, en donde los factores que modifican a alguna de estas necesariamente producen variaciones en el resto, considera a la salud como un estado cualitativo, es decir, se tiene o no se tiene, en el sentido de manejar “completo bienestar”, en lugar de manejarlo en términos cuantitativos.

René Dubós, citado en San Martín (1992), define a la salud como el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio. Según San Martín, aquí se introducen tres aspectos dignos a comentar:

El primero de ellos es con relación a que se enfatiza el proceso de adaptación como un mecanismo indispensable para la salud, entendiendo la adaptación como la serie de fenómenos homeostáticos y heterostáticos, o sea, modificaciones internas y externas, que el individuo realiza con la finalidad de mantener una relación interna y externa saludable.

El segundo punto es que se plantea un criterio más objetivo para valorar el estado de salud, en el sentido de proponer al funcionamiento como el parámetro para evaluar la salud.

El tercer aspecto es que se tomó en cuenta el medio como un factor que determinará el estado de salud. En este sentido podemos decir, que la salud dependerá del medio en que se encuentra inserto el individuo, enfatizando que a diferentes medios, diferentes formas de funcionamiento en cuanto a la adaptación y funcionalidad en ese medio específico (San Martín, 1992).

Esta definición nos resulta mucho más operativa ya que plantea que la evaluación de la salud se deberá realizar tomando en cuenta el medio ambiente social en que se encuentra el sujeto, observando sus mecanismos homeo y heterostáticos, los cuales determinan a final de cuentas las necesidades de funcionamiento del individuo. Si esta situación es importante en la medicina general, en psiquiatría y en las ciencias de la salud mental es decisiva.

Así, Hernán San Martín define la salud como un estado variable fisiológico de equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades humanas. Esta definición se parece en mucho a la anterior, pero es aún mas completa, ya que introduce la variable de las posibilidades humanas, entendiendo estas como la capacidad que tiene el individuo para adaptarse a su medio.

Este punto es trascendental en el campo de la salud mental, ya que significa que el estado de salud, en buena medida, estará en función de las capacidades inherentes al ser humano, planteando que a diferentes capacidades diferentes exigencias en el estado de salud.

Resumiendo, el concepto de salud se ha ido modificando a lo largo del tiempo, y en la actualidad se debe entender como un fenómeno dependiente de un proceso longitudinal, en el que se encuentran interrelacionadas e interdependientes las tres esferas del funcionamiento humano, el cual dependerá para su adaptación a cada medio específico de fenómenos dinámicos, dando como resultante un determinado funcionamiento, dependiente este último de las capacidades propias del sujeto.

1.2. LA HISTORIA NATURAL DE LAS ENFERMEDADES

La salud y la enfermedad son los dos polos de un continuo dentro del cual se estará moviendo el individuo a lo largo de su vida, o sea, la salud no es un fenómeno cualitativo, en el sentido de que podamos determinar si el sujeto está sano o enfermo, sino que es un fenómeno cuantitativo, de grado, en el que solamente podremos decir que un sujeto se mantiene en un determinado momento mas cerca de uno o de otro polo.

Con relación a lo anterior plantearíamos que no existe una clara delimitación en lo que actualmente entendemos por salud y enfermedad, ya que esto es un fenómeno dialéctico.

De manera esquemática podemos generalizar que el proceso salud-enfermedad se encuentra determinado por tres grandes factores, a los que llamamos tríada ecológica:

HUESPED: es el ser vivo que en circunstancias naturales permite la subsistencia o alojamiento de un agente causal de enfermedad. Es el individuo que por la característica de estar vivo puede permitir que un agente etiológico actúe sobre él, y en donde este último comience a producir cambios en el individuo.

AGENTE CAUSAL: es todo poder, principio o sustancia capaz de actuar en el organismo y será nocivo si su presencia desvía el proceso al polo de la enfermedad.

En este punto, si bien no podemos hablar en muchas de las patologías mentales de un agente causal único para determinada enfermedad, cada vez con mas frecuencia se encuentran factores

multietiológicos, por ejemplo: la carga genética, la integración de la personalidad, las experiencias de vida del sujeto, el uso de sustancias tóxicas, etc.

MEDIO AMBIENTE: es la totalidad de factores físicos, químicos, biológicos y socioculturales que rodean a un individuo o grupo, los cuales son dinámicos, están en continuo cambio y con constantes interacciones entre los elementos que lo integran.

Este factor dentro de las patologías mentales ha tomado una gran importancia en los últimos años, de manera general podemos mencionar que no existe el desarrollo de alguna enfermedad mental sin la influencia del medio ambiente.

Como es sabido, el paso de la salud a la enfermedad comienza con un periodo silencioso de incubación valido para todo tipo de enfermedades, periodo que puede ser muy corto o muy largo. Al comienzo, cuando recién se insinúa la influencia perturbadora de la adaptación, el proceso es ya activo pero no tenemos medios técnicos para descubrirlo, este es el llamado periodo prepatogénico, en donde el hombre está aparentemente sano y normal, pero en realidad está variando del estado de salud al estado de enfermedad debido a una desadaptación (física, mental o social). Se ha producido ya una asociación causal entre factores del ambiente y del individuo. El organismo humano puede anular la acción patógena movilizando sus defensas o puede ser que el ambiente no proporcione los factores asociados necesarios. En estos casos la enfermedad no continúa su curso y si sucede lo contrario la enfermedad pasa al periodo patógeno.

En una segunda etapa, aún preclínica que es el periodo patógeno temprano podríamos diagnosticar la enfermedad si pudiéramos aplicar todas las técnicas de laboratorio de que hoy disponemos y si el público se preocupara de los controles periódicos de salud. La enfermedad es inaparente y no diagnosticable clínicamente.

En la tercera etapa ya hay síntomas mas o menos manifiestos a los que el paciente puede o no dar importancia y que el clínico puede o no descubrir.

En la etapa final, la desadaptación provoca la reacción intensa del organismo (como defensa final) en tal forma que el proceso patológico interfiere con la función normal del organismo y en ocasiones aun con la vida del paciente. Precisamente, la gravedad de una enfermedad depende del grado de interferencia funcional que provoca. Esto es la sintomatología es completa y diagnosticable.

Esto puede evolucionar a la convalecencia, la invalidez o a la cronicidad. Llegando a soluciones como es el restablecimiento de la salud, o en caso extremo la muerte. (San Martín, 1992).

Dentro del amplio panorama del proceso salud-enfermedad, se encuentra la conceptualización de salud mental que como se mencionó anteriormente no es una condición estática sino que está sujeta a variaciones en las que influyen factores biológicos, psicológicos y sociales. Este concepto implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otro para participar en modificaciones de su ambiente físico-social.

El criterio para juzgar la salud mental es muy relativo debido a las grandes variaciones psicológicas individuales. Sin embargo, tradicionalmente se aceptan cinco condiciones para evaluar el grado de salud mental de un individuo: ausencia de enfermedad mental, conducta normal, adaptación al ambiente, unidad de la personalidad, percepción correcta de la realidad, o sea, del mundo y de uno mismo.

Para San Martín (1992), una persona mentalmente sana o normal es aquella que no padece de enfermedades mentales, cuya conducta social es normal con relación a los cánones establecidos, cuya adaptación al ambiente es adecuada, cuya personalidad se ha desarrollado individualmente y actúa como unidad, cuya percepción del mundo que la rodea y de sí misma es realista.

Es importante tener en cuenta que lo normal y anormal en relación a la actividad mental no son dos procesos opuestos. Las manifestaciones que llamamos anormales son sólo desviaciones o acentuaciones exageradas de tendencias presentes en el individuo llamado normal. Desde el punto de vista mental, lo normal es un adjetivo aplicable al individuo que es capaz de

satisfacciones subjetivas, de sentir goces con las diferentes manifestaciones de la vida, tener interés en el trabajo y progreso, ser capaz de vivir en sociedad con otras personas.

El aspecto relevante de las reacciones mentales normales es la integración de la personalidad. Esta es la suma total de todos los constituyentes mentales del individuo, desarrollados a base de la constitución hereditaria y de las influencias ambientales. Es realmente difícil definir lo que es una personalidad normal, porque cada individuo presenta variaciones de lo que podría constituir un promedio. La unidad de funcionamiento y el establecimiento de un balance aceptable entre las necesidades personales y las condiciones sociales parecen ser las características más notables de la personalidad normal. Una persona cuyo control o regulación interna y personalidad está libre de conflictos entre los tres planos que la constituyen (ello, ego, superego), es mentalmente sana. Por supuesto esto no significa que esté libre de conflictos con su ambiente, sino que teniéndolos sea capaz de superarlos en una forma adecuada.

El desorden emocional y la enfermedad mental en sus diferentes grados son la reacción de la personalidad ante las múltiples tensiones del ambiente total, interno y externo. La actividad mental se desorganiza y el individuo se transforma en un enfermo cuando las tensiones del ambiente externo o la gravedad de los conflictos emocionales internos son de tal fuerza que destruyen la estabilidad constitucional o adquirida de la personalidad.

La diversidad de enfermedades mentales depende de la combinación de estos mismos factores, es decir, de la fortaleza o debilidad constitucional o adquirida de la personalidad del individuo y de la gravedad y validez de los conflictos que enfrenta.

Puede una tendencia hereditaria a la inestabilidad mental permanecer latente por mucho tiempo hasta que un conflicto emocional violento, una intoxicación o un trastorno orgánico rompen el equilibrio.

Hay muchos tipos de anormalidad mental cuya causa inmediata es de naturaleza muy variada, pero se acepta que los factores etiológicos actúan sobre la personalidad del individuo y sus relaciones con el medio. Lo importante es lograr que mediante la influencia del ambiente se ayude a la constitución genética a desenvolverse en forma normal. La constitución es un

potencial que se va desarrollando durante toda la vida por influencias ambientales, de tal modo que una constitución sana sólo se puede obtener en un ambiente también sano (San Martín, 1992).

Para mejor entender este proceso de salud y enfermedad es importante mencionar los niveles de prevención médica.

Esta se divide en dos procesos: en el primero, “prevención de la enfermedad”, se encuentra la prevención primaria, en donde se establecen acciones de promoción o fomento de la salud, educación para la salud y la protección específica.

El segundo, “prevención de la progresión de la enfermedad”, en donde se encuentran la prevención secundaria y la terciaria.

La prevención secundaria se aplica cuando la enfermedad ya se ha presentado y se realizan acciones de diagnóstico y tratamiento tempranos.

La prevención terciaria, se enfoca a realizar acciones para la prevención de secuelas, incapacidades o la muerte, con acciones de rehabilitación física o psicosocial (San Martín, 1992).

1.3. LAS ENFERMEDADES MENTALES

Al igual que muchos conceptos en ciencia y medicina, es inherentemente difícil proporcionar una definición de trastorno mental que se tome en cuenta con precisión para todas las situaciones. Incluso el uso del término “trastorno mental” tiene la desafortunada consecuencia de implicar que existe una diferencia fundamental entre trastorno mental y trastorno “físico”.

Existen muchas formas y diferentes puntos de vista para definir lo que son los trastornos mentales, Morris Rosemberg (1991), realiza un interesante ejercicio para cuestionar 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 (Rosenberg,1991). Se ha descubierto que en la percepción del público existen dos características prominentes del desorden mental: la impredecibilidad y 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 Research Center (citado en Rosenberg,1991), también muestra que el público en general tiende a pensar que los alterados mentalmente son peligrosos.

Ahora, la impredecibilidad puede caracterizarse por los patrones conversacionales de los psicóticos. Mientras se lleva a cabo una conversación la persona puede quedarse a 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.

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, encontró que la gente reserva el término de enfermedad mental para el comportamiento que asusta o amenaza (Halpert, 1994).

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 e incontrolables. Aún en nuestros días, la reclusión del enfermo está basada en éste supuesto.

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

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). Estudios posteriores mostraron que ex pacientes hombres tuvieron tasas altas en asalto, sin embargo estas tasas fueron más bajas que las de los ex convictos 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 existe 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 lo tanto, la peligrosidad no puede ser considerada un rasgo definitorio de la enfermedad mental (Rosemberg,1991).

Concepciones psicológicas.- Dentro de las concepciones psicológicas, Rosemberg (1991), 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 los eventos. Básicamente existen tres ramificaciones de esta concepción: anormalidad, aflicción o angustia e irracionalidad.

Anormalidad. La anomalía 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 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 enfermo 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 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 del autocontrol.

Aflición o angustia psicológica. 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.

Ambos criterios no pueden ser definitorios del trastorno mental, 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: 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 la confusión entre realidad interna la realidad externa.

Podemos encontrar que el divorcio de estas realidades no es exclusivo de los psicóticos, una mala percepción o ignorancia pueden crear un efecto similar como creer que la tierra es plana (Rosenberg,1991).

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 hostil, no puede ser indicativo de desorden mental. Los criminales, revolucionarios, artistas, etc. son ejemplos claros de desadaptados no necesariamente enfermos (Rosenberg,1991).

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 disfuncionalidad física. Por ejemplo: los instrumentos científicos utilizados por la psiquiatría han detectado daño cerebral únicamente entre el 20 y el 35% de los diagnosticados como esquizofrénicos (Seidman, 1994). Esto de

cualquier forma no demuestra que estas alteraciones sean el elemento definitorio del desorden, pues pacientes esquizofrénicos con la mismas alteraciones cerebrales, presentan sintomatología diferente.

En los desórdenes físicos, no importa quien los padece, donde parecen ni cuando, mientras que los síntomas mentales dependen de la identidad social, contexto, interpretación y otras consideraciones no médicas (Rosenberg, 1991).

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 este 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 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 (Rosenberg, 1991).

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; y verbalmente: hablar demasiado fuerte, cerca o no escuchar. Sin embargo, este comportamiento es típico de los psicóticos, pero no exclusivo, pues estas conductas pueden exhibirse en estados de extrema ansiedad.

Concepciones de relación social.- Localizan el desorden mental en proceso de definición social, no son específicamente los pensamientos, emociones o comportamientos, sino la respuesta social a estos. Por ejemplo la homosexualidad antes se diagnosticaba como un desorden mental,

y con el surgimiento del “movimiento gay” y su conquista de mejores posiciones en la escala de representatividad, la American Psychiatric Association (APA), cambió su perspectiva y desaparece el concepto de homosexualidad como enfermedad mental (op.cit.).

Así Rosemberg intenta desalentar las diversas posturas o concepciones que tratan de alguna manera de definir la enfermedad mental, sin embargo no realiza alguna propuesta al respecto.

Por otro lado Goldman (1999), menciona al respecto, que el cambio se encuentra en la definición social que se le da a las diferentes manifestaciones conductuales. Esto quiere decir que lo que convierte a un individuo en enfermo mental, es la definición social. Siguiendo las reglas de la APA y tomando textual su Manual Diagnóstico y Estadístico de la Enfermedades Mentales DSM-IV: Un trastorno mental, se conceptúa como una conducta clínicamente significativa o síndrome o patrón psicológico que ocurre en un individuo y está asociado con enfermedad actual (un síntoma doloroso) o incapacidad (deterioro de una o más áreas importantes del funcionamiento) o con un riesgo aumentado de manera significativa de sufrir muerte, dolor, incapacidad o una pérdida importante de la libertad. También se observa que una respuesta que se espera o se sanciona culturalmente para un evento en particular, no debe considerarse un trastorno. Las circunstancias de conductas desviadas o los conflictos con la sociedad, tampoco deben considerarse trastornos mentales, a menos que el conflicto represente una disfunción individual (Goldman, 1999).

1.4. LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS MAYORES

La psicosis es un amplio grupo de trastornos que por la manera tan importante de afectar el funcionamiento mental, son consideradas como trastornos psiquiátricos mayores.

Goldman (1999), define a la psicosis como el nivel de pensamiento desordenado en el cual la persona es incapaz de distinguir entre la realidad y las fantasías a causa de una alteración en su capacidad para someter a prueba la realidad. Las psicosis pueden ser transitorias (horas o días) o persistentes (meses o años). El déficit característico en caso de psicosis no es la “pérdida del contacto con la realidad”, sino la pérdida en la capacidad para procesar apropiadamente la

experiencia, es decir, para distinguir entre los datos provenientes del mundo externo y la información que se origina en el mundo interno de preconceptos, esperanzas y emociones. La psicosis puede definirse como una alteración de la prueba de la realidad.

Conforme se altera mas la prueba de la realidad, o sea la capacidad para poner en duda las percepciones extrañas, el sujeto se vuelve menos capaz o deseoso de buscar las pruebas externas o de afrontarlas. Las "ideas" se solidifican como delirios, que se vuelven progresivamente más extraños y complejos. El pensamiento se vuelve cada vez más preocupado por las fantasías y el mundo subjetivo conforme se ignoran progresivamente los indicios externos. No se definen los límites entre la ideación y percepción psicótica y no psicótica. Existe un espectro entre pensamiento deformado al mínimo y el pensamiento no psicótico muy deformado, desde la alteración leve de la prueba de la realidad hasta la alteración grave de la misma, y desde la psicosis leve con delirios circunscritos hasta el estado psicótico extremadamente extraño y desorganizado (Goldman, 1999).

El Dr. Ramón de la Fuente define a las psicosis como perturbaciones psíquicas que se caracterizan por la percepción distorsionada de la realidad y por la carencia de conciencia de estar enfermo (De la Fuente, 1992).

Cuando se le confronta con su realidad el psicótico no comprende sus desajustes, alucinaciones y desrealizaciones ya que son para él su realidad, como resultado tiene poca objetividad en su conducta por una percepción distorsionada.

Los criterios psicopatológicos para el diagnóstico de psicosis en el DSM IV y el CIE-10 son los siguientes y pueden ser uno, varios o todos:

- a) Ideas delirantes
- b) Alucinaciones predominantes (durante todo un día o varios días o varias veces a la semana, durante muchas semanas, limitada cada experiencia alucinatoria a algunos breves momentos).
- c) Incoherencia o notable pérdida de la capacidad asociativa.
- d) Conducta catatónica.
- e) Afectividad embotada o claramente inapropiada
- f) Ideas delirantes extrañas (consideradas extrañas por individuos de su mismo medio social).

PSICOSIS

Joan Coderch (1991), reporta que las psicosis se dividen en dos grandes grupos:

A) Orgánicas, en las que existe una patología cerebral o somática general (tumor cerebral, traumatismo, infección, esclerosis vascular, degeneración del tejido encefálico, etc.) como causa fundamental de la perturbación psíquica.

B) Funcionales o Endógenas, en las que no existe una alteración orgánica concreta y desencadenante del trastorno psíquico, y en la que se considera una multiplicidad de factores somáticos (hereditarios, metabólicos, neuroendócrinos, energía de instintos, etc.) y psicológicos (desarrollo del yo, experiencias infantiles, regresión, fijaciones, frustraciones, situación ambiental, etc.) que se conjugan entre sí de diversos modos, dando lugar a la aparición de la enfermedad.

La clasificación que da Coderch para las psicosis funcionales es la siguiente:

Psicosis Esquizofrénicas.- Este grupo constituye la forma más grave y extendida de las psicosis funcionales. Usualmente, se presentan en forma de brotes con periodos de remisión espontánea. Si la terapéutica no llega a detener su curso, evolucionará hacia la cronicidad dando lugar a una profunda desorganización de la personalidad.

Psicosis Paranoicas.- La paranoia es una psicosis crónica caracterizada por el desarrollo insidioso, por causas internas, de un sistema delirante duradero, inquebrantable que se acompaña de una perfecta claridad y orden del pensamiento, la voluntad y la acción.

El delirio paranoico se desarrolla siempre sobre un terreno caracterológico determinado, que se haya definido por cuatro rasgos esenciales: a) desconfianza, b) rigidez, c) hipertrofia del ego y d) falsedad de juicio.

Psicosis Afectivas.- Los trastornos de la afectividad constituyen una clase de perturbaciones psíquicas en las cuales la alteración del humor o estado de ánimo es el rasgo esencial, derivando de él los demás síntomas clínicos en su totalidad. La perturbación puede producirse en el sentido de una depresión, llamada también "melancolía", o en el sentido de una euforia patológica denominada "manía". No solo existen enfermos con depresión o con manía, sino que en muchos

casos el mismo enfermo presenta, de forma alternativa o cíclica, fases de depresión y fases de manía, de donde la denominación “psicosis maniaco-depresivas”. Otros enfermos, sin embargo, presentan solo fases depresivas o solo fases maníacas que se intercalan con periodos de salud. Las fases depresivas y maníacas no producen trastornos irreversibles de la personalidad, de manera que, una vez remitida la fase se restablece la normalidad clínica anterior (Coderch, 1991).

Otros autores como son J. Brussel y G. Cantzlaar definen a la psicosis como un trastorno mental grave caracterizado principalmente por pensamiento y conducta a menudo desviado y bizarro, por aislamiento del flujo normal de la vida, con frecuencia, por una negación completa de la realidad. Algunos de los síntomas que se observan comúnmente en las psicosis y que no se encuentran en las psiconeurosis, son las alucinaciones y los delirios, la desorientación, la regresión y la verbalización de ideas aberrantes (Brussel y Cantzlaar,1980).

Kaplan y Sadock (1992), mencionan que desde el punto de vista de la psicología y del psicoanálisis, Sigmund Freud afirmó que las psicosis se caracterizan por la incapacidad del paciente de tener interés emocional normal por otras personas y cosas.

La energía retirada de las relaciones de amor, empobrecidas, produce un interés emocional anormalmente excesivo por las funciones corporales y atributos psíquicos del yo, el uso del lenguaje del paciente psicótico indica un interés emocional por el símbolo verbal más que por el objeto que la palabra representa.

Muchos de los síntomas más eminentes en las psicosis son secundarios a esta pérdida primaria de la capacidad de amar a los demás. Freud llegó a la conclusión de que las ideas delirantes, las alucinaciones y ciertas formas de conducta desorganizada representan esfuerzos rudimentarios por parte del paciente para restaurar sus sentimientos por los objetos perdidos.

La adaptación psicótica utiliza tipos de defensa más primitivos sobre todo la negación, distorsión y proyección. Las defensas primitivas se reflejan en la huida, el retraimiento social y la simple inhibición de impulsos (Kaplan y Sadock, 1992).

Freud en 1917, consideraba que las condiciones psicóticas resultaban inalienables, ya que esos pacientes presentaban una ocupación narcisista con sus pensamientos y construcciones psíquicas, y desdeñaban por completo el mundo externo (Freud citado por Kaplan y Sadock, 1992).

Melanie Klein, por otro lado, refiere una concepción del narcisismo diferente y pudo demostrar las relaciones objetales características de los psicóticos, estas incluyen una cuota enorme de sadismo. El trabajo kleiniano sobre las psicosis dio a conocer dos fases:

- 1) El descubrimiento de la fase esquizoparanoide.
- 2) La investigación sobre las definiciones de mecanismos esquizoides (Klein, 1946).

Para Alfred Adler la psicosis es la combinación de factores psicológicos y somáticos, dando importancia a la comprensión de la lógica privada del psicótico y de reconocer su coherencia en las fantasías grandiosas o depresivas, a pesar de la falta de sentido común. “El psicótico no reconoce el sufrimiento por una sensación de fracaso real o imaginario, ni acepta el criterio fundamental de la validez social, al contrario, sus fantasías compensan esta sensación de desesperación absoluta de no alcanzar nunca importancia en el mundo real” (Adler citado en Kaplan y Sadock, 1992).

Harry Stack Sullivan menciona que la psicosis tiene lugar cuando los aspectos reprimidos de la personalidad afloran a la conciencia. Estos aspectos son ajenos al yo y contrarios a los procesos sociales convencionales aceptables, o bien suscitan una sensación de aversión o vergüenza. En consecuencia, su manifestación desata una reacción violenta que produce angustia, seguida frecuentemente por una reacción catatónica extremadamente regresiva. En este estado, el individuo se aparta de la realidad y pasa a estar totalmente preocupado por la fantasía en la lucha cósmica que habitualmente se compone de una intensa catatonía, inmovilidad estuporosa o una combinación de ambas (Sullivan citado por Kaplan y Sadock, 1992)

ESQUIZOFRENIA

La controversia sobre la definición y el significado del término “esquizofrenia” ha conducido a diferentes conclusiones sobre el curso natural y el resultado del tratamiento. Sin importar que tan estrecho sea el criterio diagnóstico inicial, hay variabilidades marcadas tanto en el resultado

final, como en las características clínicas que se observan en diferentes momentos durante el tiempo de vida de cualquier paciente individual. Estas pueden originar impresiones contradictorias por parte de distintos observadores, incluso dentro de un solo sistema diagnóstico, si cada uno observa al enfermo en diferentes momentos y por tanto, obtiene una perspectiva diferente.

El concepto aceptado en la actualidad de los trastornos esquizofrénicos reconoce desorganización de un nivel previo de funcionamiento, síntomas que implica múltiples procesos psicológicos, características psicóticas evidentes durante la fase activa de la enfermedad y tendencia hacia el estado crónico (Goldman, 1999).

La Asociación Psiquiátrica Americana define a la esquizofrenia como “un grupo de trastornos caracterizados de la ideación, del talante y de la conducta. Los trastornos en la ideación están caracterizados por alteraciones de la formación de conceptos las cuales conducen a la mal interpretación de la realidad y en ocasiones a ideas delirantes y alucinaciones. Como consecuencia natural de los cambios afectivos se presenta una respuesta emocional ambivalente, reducida e inadecuada y pérdida de la empatía con otros. La conducta puede estar retraída, regresiva y extravagante” (Salomon, 1976).

Actualmente en el DSM – IV la Esquizofrenia, es una alteración que persiste durante por lo menos seis meses, e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (por ejemplo dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatonía y síntomas negativos).

Salomón (1976), afirma que la esquizofrenia es un síndrome debido a múltiples factores y el que se quiera desarrollar una hipótesis unitaria es imposible. Comparar a esquizofrénicos con grupos control de gente “normal” sería tan improductivo como comparar a una persona con un resfriado y a otra sin resfriado. Todas las investigaciones que se han desarrollado hasta ahora engloban el modelo biopsicosocial.

Este autor menciona como las principales causas las siguientes:

- La genética: se han formulado hipótesis, de que el origen de la esquizofrenia, se debe a una alteración en la herencia, de acuerdo a Kaplan y Sadock (1992), más de la mitad del total de cromosomas se han asociado a la esquizofrenia, los brazos largos de los cromosomas 5,11, y 18; el brazo corto del cromosoma 19 y el cromosoma X, han sido los más frecuentemente implicados.

2. - Factores bioquímicos: en esta área es donde se han propuesto más hipótesis tales como:

Hipótesis dopaminérgica – postula que esta enfermedad es resultado de un exceso de actividad dopaminérgica. La teoría se desarrolló a partir de dos observaciones: la primera es que la mayoría de los antipsicóticos, tienen la capacidad de actuar como antagonistas de los receptores dopaminérgicos y la segunda que los fármacos que aumentan la actividad dopaminérgica, especialmente las anfetaminas, son psicoticomiméticas.

Hipótesis de la serotonina – según Wooley y Shaw (1954) propusieron que la esquizofrenia se deriva de una producción anormal de la serotonina.

Hipótesis del metabolismo de los aminoácidos – se relaciona la enfermedad con la producción de aminas anormales.

Hipótesis del metabolismo de los carbohidratos – se ha reportado un factor antinsulina en la sangre y la orina de los esquizofrénicos.

3. - Factores orgánicos: El sistema límbico ha sido relacionado con las bases fisiopatológicas, debido a su papel en el control de las emociones. Esta área del cerebro ha mostrado ser la más alterada en estudios neuropatológicos, por disminución en el tamaño y disminución del número de neuronas en el hipocampo. Recientemente también los ganglios basales son implicados en la fisiopatología de la esquizofrenia, pues se observa que muchos pacientes con esquizofrenia presentan movimientos anormales, incluso en ausencia de los trastornos del movimiento inducidos por la medicación antipsicótica, además de la relación que guardan estas estructuras con los lóbulos frontales a través de vías dopaminérgicas.

4. - Factores en las relaciones familiares: Uno de los factores casi constantes que se observan dentro de las familias de estos pacientes, es la peculiar personalidad de la madre, que son en

extremo ansiosas, sobreprotectoras, insistentes, fastidiosas y a veces sofocantes en la expresión de su afecto. Otro factor conocido como mensajes dobles o mensaje amor – odio o doble ciego es el que perciben los niños de la madre a edades tempranas, las cuales generan en el niño un sentimiento de inseguridad; el hijo que percibe la hostilidad de la madre no logra obtener una imagen aceptable de sí mismo, y si en su juventud se encuentra en situaciones presionantes parecidas a las que lo sometió la madre, disocia su personalidad como defensa de la ansiedad que se derivó de la percepción de sí mismo como culpable (Salomon, 1976).

Kaplan y Sadock (1999), refieren que existen conductas familiares patológicas que pueden aumentar el estrés emocional de un paciente vulnerable a padecer esquizofrenia, tales como: la relación familiar de doble vínculo, las familias escindidas y sesgadas, las familias seudomutuas y seudohostiles y el nivel de emoción expresada.

La esquizofrenia siempre implica la desorganización del nivel previo de funcionamiento. Es muy raro encontrar casos de inicio en la niñez y después de los 45 años. La irrupción de la esquizofrenia es más frecuente en el adulto joven y es muy notoria cuando la familia y los amigos observan que la persona “ha cambiado” o que “ya no es la misma”. El sujeto funciona mal en áreas significativas de la vida cotidiana, como el trabajo y las relaciones sociales. Con frecuencia, hay una notable falta de interés por el cuidado de sí mismo, en un individuo que antes era capaz de hacerlo. En la medida en que se pierde el dominio de la realidad, Goldman refiere que los pacientes experimentan los siguientes sentimientos:

Perplejidad.- Al principio de la enfermedad, los sujetos informan un sentido de extrañeza respecto de sus experiencias, lo mismo que confusión en cuanto al origen de los síntomas, y se preguntan por qué su experiencia diaria ha cambiado tanto.

Aislamiento.- La persona esquizofrénica experimenta una sensación abrumadora de ser diferente y estar separada de otros individuos. Sufren una soledad intensa.

Ansiedad y terror.- A menudo, la experiencia está impregnada por una sensación general de malestar y ansiedad. Se agudiza en periodos de terror intenso, originados por un mundo dentro

del cual lo que se experimenta parece peligroso e incontrolable y, por lo general, se atribuye a orígenes externos (Goldman, 1999).

En caso de esquizofrenia, Goldman menciona que, ocurren alteraciones graves de los siguientes aspectos: lenguaje y comunicación, contenido del pensamiento, percepción, afecto, sensación del ser, voluntad, relaciones con el mundo externo y conducta motora. Pueden apreciarse cualquiera de estos síntomas en otras alteraciones psicológicas, pero por sí solo ninguno es patognomónico de esquizofrenia. Más aún, los individuos que están bien adaptados y no tienen datos de un trastorno psicopatológico subyacente, cuando se hallan bajo estrés pueden manifestar un síntoma semejante al observado en los esquizofrénicos. Lo que caracteriza a la esquizofrenia es el número de procesos psicológicos afectados, lo mismo que el grado de alteración que se presenta con el paso del tiempo. Los síntomas incapacitantes característicos de la esquizofrenia no impiden el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos; además, los pacientes esquizofrénicos no están desprovistos de las características humanas ordinarias: sentimientos, pensamientos y acciones (Goldman, 1999).

Los trastornos esquizofrénicos en el CIE-10 y el DSM-IV, se dividen en cuatro subtipos activos y un subtipo residual, con base en los grupos de síntomas distintivos.

Tipo desorganizado

(También llamado hebefrenia). Los rasgos de este tipo consisten en incoherencia, falta de delirios sistematizados, conducta desorganizada que no es catatónica y afecto embotado, inapropiado o perezoso. El cuadro clínico suele acompañarse de antecedentes de funcionamiento y adaptación pobres, incluso antes de la enfermedad, inicio temprano e insidioso, y evolución crónica sin remisiones importantes. La alteración social suele ser extrema.

Tipo catatónico

Los rasgos de este tipo consisten en excitación o estupor y mutismo, negativismo, rigidez y adopción de posturas. La sola presencia de síntomas catatónicos, sin otras características de desarrollo, pueden indicar un trastorno mayor del estado de ánimo o un síndrome mental secundario a un padecimiento médico general.

Tipo paranoide

Uno o más delirios compuestos y exclusión de los síntomas regresivos (desorganización notable del lenguaje y la conducta o afecto inapropiado), que se observan en los otros subtipos. Debido a que la edad usual de inicio es más tardía y el número de síntomas resulta limitado, los pacientes con este subtipo tienden a presentar un cuadro clínico más estable, con menos deterioros y mejor pronóstico que aquellos con otros subtipos. Los individuos de este subgrupo pueden ser muy inteligentes y bien informados.

Tipo residual

Los rasgos incluyen la falta actual de síntomas de fase activa, pero la experiencia definida por lo menos de un episodio esquizofrénico en el pasado, con presencia continua de síntomas negativos o tipos atenuados de dos o más de los síntomas de fase activa. La persona se “apaga” y no está inmersa en la agitación “fresca” de la fase activa florida. Con frecuencia, estas personas funcionan como pacientes externos a largo plazo, pero encuentran muy difícil mantener empleos remunerantes en ambientes sin servicio de apoyo especial o facilidades.

Tipo no diferenciado

Los rasgos incluyen conducta muy desorganizada, alucinaciones, incoherencia o delirios notables, pero no se cumplen los criterios para los tipos desorganizado, catatónico o paranoide.

El pronóstico de la esquizofrenia varía mucho ya dependiendo de la severidad, cronicidad y el momento en que se empieza a atender, es como podremos verificar que tan favorable puede ser dicho pronóstico.

Se ha observado que en las crisis más dramáticas y agudas, es en las que el enfermo responde mejor al tratamiento, dejando relativamente intacta la personalidad de éste.

Por otro lado también sabemos que en esta enfermedad se presentan recaídas con mayor facilidad, si no se tiene un tratamiento constante. La primera crisis en muchos casos es más fácil de tratar, ya que el cuadro cede más rápido y con menos secuelas que cuando hay recaídas.

Un aspecto que nos da mayores condiciones favorables es un diagnóstico oportuno, con el cual evitamos que se llegue a la hospitalización. El diagnóstico y tratamiento oportunos evitan que el paciente deje sus actividades habituales, que se presente mayor ansiedad y agresividad en las relaciones del enfermo con su medio ambiente. Y una vez que se tenga el diagnóstico, el tratamiento debe mantenerse, para evitar las recaídas, es decir, teniendo un tratamiento farmacológico a dosis reducidas por largos periodos. Así mismo, la psicoterapia individual como familiar, en pacientes ambulatorios favorece la inserción de estos a un medio ambiente adaptado a sus posibilidades (Kaplan y Sadock, 1992).

El estado sintomático y social de las personas con vulnerabilidad biológica a la esquizofrenia en cualquier momento está determinado por la cantidad y tipo de estrés vital, por una parte, y por la capacidad de resolución de problemas de estas personas y red de apoyo social, por otra. Un cambio ambiental, el estrés o una tensión ambiental excesivos o una capacidad defensiva y apoyo social escasos, pueden dar lugar a una crisis.

La significación de este modelo bidireccional de formación de síntomas, radica en el énfasis que pone en el papel activo de las capacidades defensivas y sistema de apoyo del paciente, factores ambos que sugieren directamente objetivos y modalidades finalistas de intervención terapéutica psicosocial.

Las intervenciones psicosociales deben servir de componente esencial de los planes de tratamiento y rehabilitación de los esquizofrénicos para conseguir reducir la probabilidad de una recaída. La terapéutica con fármacos neurolépticos por sí sola retrasa, pero no impide, la recaída; por ejemplo, las investigaciones recientes han mostrado que incluso con una administración fiable de neurolépticos, más del 40% de pacientes esquizofrénicos sufren alguna recaída al año.

Los efectos secundarios de los neurolépticos reducen el cumplimiento del paciente, incluso en los pacientes que responden bien a los efectos benéficos de los fármacos. Algo más importante, los fármacos no pueden enseñar al paciente a desarrollar recursos vitales y defensivos, ni pueden mejorar la calidad de la vida de una persona, excepto indirectamente mediante la

supresión de los síntomas. La mayoría de los pacientes esquizofrénicos tienen que aprender o reaprender facultades sociales y personales para sobrevivir en la comunidad.

Hay datos que sugieren formas específicas de estrategias de tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. Estudios realizados en Gran Bretaña y en Estados Unidos han reportado que la "emoción expresada" –crítica e hiperimplicación emocional de los familiares de los pacientes– es el predictor más potente de recaída en los 9 meses posteriores al alta. Estos hallazgos apuntan a la terapéutica familiar para reducir el nivel de tensión familiar, el entrenamiento de facultades sociales para mejorar la capacidad del paciente para afrontar los problemas familiares; la rehabilitación psicosocial y la terapéutica grupal para desarrollar habilidades sociales y obtener apoyo de otras personas distintas a la familia, pero pertenecientes al medio natural del paciente, como una red comunitaria.

Para mayor justificación de la inversión en rehabilitación social hay pruebas de que las relaciones sociales deficientes guardan una alta correlación con configuraciones conductuales y sintomáticas deficientes, dando como resultado la rehospitalización.

El lugar de los esfuerzos terapéuticos y rehabilitadores puede estar en el hospital, en la consulta privada, en la clínica, el centro de salud mental, el hogar natural del paciente, centros residenciales o asociaciones sociales.

El modo o modalidad de intervención puede derivar de una o más orientaciones implícitas o explícitas, como la conductual, psicodinámica, estratégico-sistémicas o ego- soportantes. Se reconoce que puede haber un considerable solapamiento entre varias modalidades. El foco, lugar y modo de tratamiento pueden cambiar con el tiempo a medida que cambian los problemas y necesidades específicas del paciente y los recursos disponibles.

Igualmente, en cualquier momento dado, pueden incluirse múltiples focos, lugares y modalidades para llevar a cabo un plan de rehabilitación global.

Un amplio espectro de objetivos puede subdividir aún los esfuerzos psicosociales en: 1) los que aspiran principalmente a mantener a una persona en un nivel marginal de funcionamiento, minimizando el nivel de estrés o las recaídas, 2) los que ofrecen intervención en crisis cuando es

necesario, y 3) los que intentan crear facultades de vida sociales e independientes (Kaplan y Sadock, 1992).

Consideramos importante contemplar las combinaciones terapéuticas psicosociales y farmacológica, para ofrecer una mayor protección contra las recaídas y superiores niveles de adaptación que los fármacos o el tratamiento psicosocial por sí solos, ya que resultan aditivos.

A partir de los resultados de muchos estudios, Kaplan y Sadock (1992), resumen el estado actual de los conocimientos sobre las interacciones entre los fármacos y los factores psicosociales en la esquizofrenia.

1.- El tratamiento psicosocial resulta muy útil para los pacientes que gozan de un estado razonablemente bueno de remisión parcial o plena de síntomas floridos y que han alcanzado un nivel estable de medicación de mantenimiento. El tratamiento psicosocial durante los ataques agudos de sintomatología, debe aspirar a calmar al paciente, reducir los niveles de estimulación social y física, y ayudarlo a integrar y comprender los síntomas como parte del proceso de la enfermedad.

2.- El tratamiento psicosocial más efectivo –suministrado por terapia individual, terapia grupal o familiar, hospital de día o terapia ambiental en hospital de día o terapia ambiental en hospital– contiene elementos prácticos, de resolución de problemas concretos de los desafíos cotidianos, socialización y recreo, desempeño de tareas asequibles y una orientación finalista específica.

3.- Es esencial una relación positiva continuada en la estrategia general de tratamiento del paciente esquizofrénico, independientemente de lo que el tratamiento farmacológico o psicosocial contribuya al plan general de cuidados. Esta relación puede tener lugar con el psiquiatra que receta o bien con un paraprofesional responsable del caso.

4.- El momento crítico para ofrecer el tratamiento psicosocial es durante el periodo posterior a los cuidados, cuando el paciente necesita ayuda para superar los problemas y estrés de readaptarse a la familia y la comunidad.

5.- El tratamiento psicosocial debe ser a largo plazo. Sus beneficios no se aprecian antes de 12 meses o a veces incluso después de 2 años. Es probable que lo mejor sea un apoyo psicosocial indefinido, sino de por vida, asesoramiento y entrenamiento del paciente esquizofrénico crónico. Como los fármacos neurolépticos son muy efectivos para mantener la mejoría sintomática

cuando se toman indefinidamente, no es sorprendente que los esfuerzos de rehabilitación psicosocial también se vean optimizados por la continuidad.

6.- El tratamiento psicosocial debe centrarse en los factores de estrés del ambiente y en los déficit de las características personales que parecen desempeñar un papel específico en la recaída y la inadaptación a la comunidad. La recaída esquizofrénica, al menos en el primer año posterior al alta, no se explica adecuadamente mediante el incumplimiento del régimen de medicación. Tampoco hay pruebas de que el nivel manifiesto de psicopatología del paciente en la hospitalización o alta prediga la recaída subsiguiente. La mejor explicación, basada en líneas de prueba convergentes de diversos estudios empíricos, es que las facultades y los déficit del paciente, su ambiente social y el tipo de terapéutica psicosocial constituyen las influencias más poderosas sobre tasa de recaída, incluso a pesar de una medicación de mantenimiento administrada regularmente (Kaplan y Sadock, 1992).

PARTE 2

EVOLUCION DE LAS PRINCIPALES CORRIENTES TEORICAS DEL PENSAMIENTO EN PSIQUIATRIA: UNA VISION HISTORIOGRÁFICA.

2.1. LAS REVOLUCIONES CIENTIFICAS

Olivé y Pérez Ransanz (1989), constatan que uno de los rasgos distintivos de la ciencia moderna, especialmente la que se ha desarrollado a partir del siglo XVII, es su carácter experimental. Esto significa que en las ciencias que tratan de dar cuenta de los hechos, las llamadas ciencias empíricas o factuales, se realizan constantemente observaciones cuidadosas y sistemáticas, y se producen eventos que son reproducibles en condiciones controladas. En ninguna corriente de la filosofía de la ciencia se ha puesto en duda que la ciencia depende, de manera fundamental, de la experiencia debidamente controlada y de la observación sistemática, tanto para el planteamiento de problemas como para la formulación y contrastación de hipótesis y teorías.

Estos autores resaltan que otra característica del conocimiento científico es que se expresa a través de sistemas de conceptos: las teorías. Estas permiten ofrecer explicaciones acerca de los acontecimientos y objetos de estudio científico y, en ciertas condiciones, permiten también hacer predicciones acerca de los mismos. (Olivé y Pérez Ransanz, 1989).

Thomas S. Kuhn dirige su atención a indagar en qué consiste la observación científica, y la gran aportación de Kuhn consiste en analizar la observación, y en general la experiencia y la percepción, desde la perspectiva del modelo que él propone para explicar el desarrollo de la ciencia (Kuhn, 1983). Aspecto que consideramos importante para el desarrollo de este reporte dado que nos permitirá comprender los grandes paradigmas en psiquiatría que han sustentado el abordaje de los enfermos mentales a través de los tiempos.

La ya célebre frase de Kuhn: "Cuando cambian los paradigmas, el mundo mismo cambia con ellos", revela una forma novedosa y radical de concebir la relación teoría observación, o más

precisamente, la relación entre marcos conceptuales y percepción (Kuhn, citado en Olivé y Pérez Ransaz, 1989).

Para Kuhn, el desarrollo dentro de cada disciplina científica consiste, en una sucesión de periodos de ciencia normal y revoluciones. En los periodos de ciencia normal la comunidad científica trabaja unificada bajo una misma concepción del mundo o paradigma. Los paradigmas incluyen valores, modelos ontológicos y heurísticos, casos ejemplares, generalizaciones o leyes fundamentales y métodos. Establecen, por así decirlo, las reglas del juego permitidas en cierto periodo del desarrollo de una disciplina. La ciencia normal es, básicamente, una actividad de solución de enigmas (“acertijos” o “rompecabezas”), en la cual se pulen las técnicas, se articula mejor el cuerpo de conocimientos y se extiende su campo de aplicación; todo esto sin poner en cuestión los supuestos básicos del paradigma. Cuando surgen enigmas que se resisten a ser resueltos, es decir, anomalías persistentes que ejercen una presión creciente, comienza una época de crisis, de cuestionamiento del paradigma mismo, que sólo se resolverá mediante un cambio en los supuestos básicos. Esto es, se produce una revolución.

El cambio de un paradigma a otro, a través de una revolución, ocurre porque las teorías que generaba el viejo paradigma se muestran incapaces de resolver las presionantes anomalías.

Cuando tiene lugar una revolución, es decir, cuando se cambian los presupuestos, surge una nueva manera de ver las cosas, una nueva visión del mundo. De aquí que Kuhn afirme: “Guiados por un nuevo paradigma, los científicos adoptan nuevos instrumentos y buscan en lugares nuevos. Lo que es todavía más importante, durante las revoluciones científicas ven cosas nuevas y diferentes al mirar con instrumentos familiares en lugares en los que ya habían buscado antes. Es como si la comunidad profesional hubiera sido transportada repentinamente a otro planeta donde los objetos familiares se ven bajo una luz diferente y, además, junto con otros objetos desconocidos” (Kuhn, 1983).

Para explicar esta transformación del mundo de los científicos, Olivé y Pérez Ransaz (1989), mencionan que Kuhn recurre a los experimentos del cambio gestáltico, los cuales muestran de una manera clara – y en un nivel elemental – cómo se dan estos cambios globales en la

percepción visual a través de una organización distinta de los elementos que se perciben. Por ejemplo, un mismo conjunto de líneas puede ser visto como un pato o como un conejo.

Kuhn afirma que el estudiante de alguna disciplina científica organizará su experiencia sensorial, aprenderá a ver lo que ven los científicos y a responder como ellos de acuerdo con el adiestramiento que reciba. Pero en tiempos de revolución, cuando cambia la tradición de ciencia normal, la percepción del científico de su medio ambiente debe ser reeducada: en algunas situaciones familiares debe aprender a ver una forma nueva.

Después de haber hecho eso, el mundo de su investigación parecerá, en algunos aspectos, inconmensurable con el que habitaba antes. Esa es otra de las razones por las cuales las escuelas guiadas por paradigmas diferentes siempre están ligeramente en pugna voluntaria (Kuhn citado por Olivé, Pérez Ransanz, 1989).

Aunque el mundo no cambia con un cambio de paradigma, el científico trabaja en un mundo diferente después del cambio. Lo que sucede durante una revolución científica no es totalmente reducible a una reinterpretación de datos individuales y estables.

La ciencia normal, es una empresa que, como ya hemos visto, tiene como fin el refinar, ampliar y articular un paradigma que ya existe. Los paradigmas no son corregibles en absoluto por la ciencia normal. En cambio, como ya hemos visto, la ciencia normal a lo sumo conduce, en última instancia, al reconocimiento de anomalías y a crisis.

Así, los científicos hablan con frecuencia de las “ventas que se les caen de los ojos” o de la “iluminación repentina” que “inunda” un enigma previamente oscuro, permitiendo que sus componentes se vean de una manera nueva que hace posible, por primera vez, su resolución.

Al respecto Kuhn en su libro “La Estructura de las Revoluciones Científicas”, menciona que ningún sentido ordinario del término “interpretación” se ajusta a estos chispazos de intuición, por medio de los cuales nace un nuevo paradigma. Aunque tales intuiciones dependen de la experiencia, tanto anómala como congruente –obtenida con el antiguo paradigma–, dichas intuiciones no se encadenan ni lógicamente ni gradualmente con ítems particulares de esa experiencia,

como sucedería si se tratara de interpretaciones. En lugar de ello, las intuiciones reúnen grandes porciones de esa experiencia y las transforman para incluirlas en un caudal muy diferente de experiencia, el cual se ligará más tarde, de manera gradual, al nuevo paradigma y no al antiguo.

Las operaciones y mediciones que realiza un científico en el laboratorio no son "lo dado" en la experiencia, sino más bien "lo reunido con dificultad". No son lo que el científico ve, por lo menos no antes de que su investigación esté bastante avanzada y su atención enfocada. Más bien son indicadores concretos del contenido de percepciones más elementales y, como tales, se seleccionan para el escrutinio más detallado de la investigación normal sólo porque prometen una oportunidad para la elaboración fructífera de un paradigma aceptado. Las operaciones y mediciones están determinadas por los paradigmas de una manera mucho más clara que lo está la experiencia inmediata de la cual en parte se derivan. La ciencia no tiene que ver en todas las manipulaciones posibles de laboratorio. En lugar de ello selecciona aquellas que son relevantes para la yuxtaposición de un paradigma con la experiencia inmediata que ese paradigma ha determinado parcialmente.

Como resultado, los científicos con paradigmas diferentes se comprometen con diferentes manipulaciones concretas de laboratorio.

Después de una revolución científica, muchas de las antiguas mediciones y manipulaciones se vuelven irrelevantes y son reemplazadas por otras. Sea lo que sea lo que el científico pueda ver después de una revolución, sigue mirando al mismo mundo. Además gran parte de su vocabulario y de sus instrumentos de laboratorio serán todavía los mismos que antes, aun cuando entonces los haya podido emplear de manera diferente. Como resultado de ello, la ciencia posrevolucionaria invariablemente incluye muchas de las mismas manipulaciones, llevadas a cabo con los mismos instrumentos y descritas en los mismos términos que empleaban sus predecesores de antes de la revolución. Si las manipulaciones que perduraron han cambiado de alguna manera, ese cambio se deberá ya sea a su relación con el paradigma o a sus resultados concretos (Kuhn, 1983.)

2.2. LAS REVOLUCIONES EN PSIQUIATRÍA

Para Kaplan y Sadock, la psiquiatría, como otras ciencias de la conducta, se ha considerado a nivel paradigmático en razón de las incertidumbres relativas a la relación mente – cuerpo reflejadas en el carácter dudoso de su enfoque metodológico. Con respecto a su historia, en las últimas décadas se ha consolidado una tendencia definida: una relativización de la teoría de los grandes hombres –según la cual los acontecimientos importantes se deben a súbitos destellos inconexos de personas individuales- y, por el contrario, a un énfasis en el Zeitgeist: los factores culturales que preparan el camino y hacen posible la aparición de un determinado acontecimiento (Kaplan y Sadock, 1992).

Estos autores plantean que la histografía de la psiquiatría ha pasado por varias etapas:

Primero, durante el período del llamado “tratamiento moral”, a comienzos del siglo XIX (Philippe Pinel, William Tuke, y los primeros hospitales psiquiátricos privados norteamericanos), la psiquiatría se contemplaba desde la perspectiva de la tradición humanista y humanitaria. En segundo lugar, desde mediados a finales del siglo XIX, en conexión con el dominio de los fundamentos organicistas en medicina, se puso énfasis sobre todo en los pacientes psicóticos institucionalizados en grandes pabellones lejos de la comunidad, con una consiguiente devaluación de los antecedentes históricos. En tercer lugar, en las primeras décadas de este siglo, y en relación a la aceptación de las teorías psicodinámicas de la conducta, se expresó un considerable interés por los antecedentes de estas teorías (especialmente en la tradición occidental), y aparecieron numerosos estudios de clínicos, principalmente de carácter biográfico y carentes de una adecuada metodología histórica. En cuarto lugar, en las últimas décadas, han aparecido varios estudios importantes, principalmente dedicados a aspectos particulares de la psiquiatría y realizados con una metodología histórica rigurosa (incluido el uso de la estadística), debidos principalmente a historiadores de la sociedad y la cultura y, ocasionalmente, a los psiquiatras. El ámbito de la historia de la psiquiatría se está así volviendo cada vez más interdisciplinar, y ello justificadamente, a la vista de la interrelación de los conceptos teóricos y las prácticas terapéuticas psiquiátricas con aspectos de la antropología, la religión, mitología, filosofía y, por supuesto, la historia (Kaplan, Sadock, 1992).

Para Vidal y Alarcón, la psiquiatría es, en cada época, manifestación de la correspondiente urdimbre de creencias, es decir, de aquella trama fundamental de evidencias dadas por supuestas sobre la cual se asientan las ideas de una época.

A lo largo del transcurso histórico se han ido forjando distintas formulaciones para dar cuenta de esa modalidad especial de la existencia humana que constituye la locura. La concepción médica de la locura es una de dichas formulaciones. La tarea básica de la psiquiatría ha sido en el pasado, y lo sigue siendo en la actualidad, la de ir construyéndola. Su postulado básico ha sido y es la consideración de ese sector de la realidad humana como una enfermedad. La historia de la psiquiatría puede ser definida entonces como la historia de las diversas interpretaciones de la locura que se han llevado a cabo en las distintas épocas de acuerdo con los diferentes modelos médicos vigentes, tanto en lo que se refiere a su descripción y aplicación como a su tratamiento, vale decir, de acuerdo con los diversos esquemas teóricos generales que la patología ha ido paulatinamente construyendo para aplicarlos a la comprensión de las diferentes enfermedades (Vidal, Alarcón, 1986).

LAS CONCEPCIONES MAGICO – RELIGIOSAS

Calderón Narváez, describe que el pensamiento mágico-religioso aparece con el desarrollo de la agricultura y el perfeccionamiento en la elaboración de instrumentos de piedra, ya que se incrementó la libertad y el intercambio de ideas.

Así, la magia viene a ser la defensa más poderosa contra la enfermedad y la muerte. En ella busca consuelo para sus temores y respuestas a los misterios de la vida, como el nacimiento, el sueño, la enfermedad y la muerte.

A diferencia de los etnólogos del pasado que trataron de describir las culturas primitivas en función de sus peculiaridades y diferencias con la cultura occidental, los antropólogos actuales han realizado un gran esfuerzo para entender las manifestaciones psicológicas de las culturas primitivas, en el contexto de una teoría general de la conducta humana.

Tomando en cuenta que el término “culturas primitivas” se ha usado indistintamente para referirse tanto a grupos étnicos del pasado, como áreas subdesarrolladas del presente, Ackerknecht (citado en Calderón Narváez, 1995), sugirió el uso del término “paleo-medicina” para referirse a los logros del hombre de la antigüedad y de “medicina primitiva”, para describir los de grupos tribales actuales.

Así, en el campo de la salud mental, la “paleopsiquiatría” corresponde al primer grupo y debe diferenciarse de la “psiquiatría folklórica o primitiva” que pertenece al segundo.

Debido a la ausencia de evidencias escritas sobre problemas psiquiátricos de la época, ambas nos sirven para inferir cuáles pueden haber sido los problemas mentales y los tratamientos del hombre prehistórico.

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

Amedrentado por fenómenos naturales, para él incomprensibles, como la tormenta, el rayo, el terremoto o la erupción de un volcán y presionado, por otra parte, por la lucha constante para sobrevivir en el mundo hostil que lo rodeaba, debió haber sufrido sin lugar a dudas numerosos problemas psicopatológicos (Calderón Narváez, 1995).

Al respecto Vidal y Alarcón, refieren que la enfermedad mental en las sociedades arcaicas, primitivas o preliterarias es atribuida a la acción de causas sobrenaturales: violación de un tabú, posesión demoníaca, maleficio, inclusión de un objeto mágico, raptó del alma, etc. En forma destacada, la posesión de un mal espíritu es una explicación muy frecuente para todo tipo de enfermedades mentales. El pensamiento arcaico admite la unidad psicósomática en contraposición con la dicotomía mente-cuerpo de la tradición occidental. Se ha mostrado además sensible a ciertos fenómenos de la vida psíquica que, sólo tardíamente, la psicología científica descubrirá (las formaciones del inconsciente).

La explicación animista o extranatural de la locura gozó y goza de amplia aceptación en la cultura occidental. Al margen de su primera inclusión por los griegos en sus esquemas patológicos, el consenso social se inclinó, y en amplias zonas se inclina aún, por esta concepción de la locura. Este fenómeno se dio especialmente durante la gran parte de la Edad Media, en el Romanticismo alemán y reaparece en las corrientes contemporáneas del irracionalismo (Vidal y Alarcón, 1986).

Para esta concepción el sanador es un exorcista, como el chaman siberiano o el curandero, pero en la ceremonia participa también el grupo social, pues su finalidad no reside solamente en la curación del enfermo sino también en su purificación, que le permitirá reintegrarse a la comunidad. Las prácticas mágicas incluyen la oración encantatoria, la invocación de espíritus, la fumigación, las técnicas de éxtasis, la utilización de música, de los cantos, de la danza, los trances colectivos, ciertas técnicas quirúrgicas como la trepanación y la utilización de diversas sustancias, entre las que se encuentran algunas que tienen efectos alucinógenos (op. cit.).

A todo lo largo de la Edad Media, el Renacimiento y el Barroco la concepción dominante de la locura no fue la naturalista de los griegos –que solo persistió en ciertos sectores de la medicina árabe y en las nascentes universidades europeas (Salerno, Montpellier)- sino que volvieron a resurgir explicaciones mágicas y sobrenaturales. Los trastornos mentales eran considerados expresión de la posesión diabólica o efecto de hechizos y brujerías. Esta interpretación mágico-animista en un momento histórico en el que se sobrevaloraba la subversión diabólica a causa del gran número de herejías que surgen en la Baja Edad Media, trajo como consecuencia una intensa persecución de locos acusados de brujería y posesión diabólica, realizada a través de los tribunales de la Inquisición (op. cit.).

Esta situación prosigue durante el Renacimiento, que es una época de profundas contradicciones –debidas a la disolución ideológico-moral y económico-política de la sociedad medieval- con la novedad de que entonces se da, junto a un incremento de la persecución de hechiceros – impulsada a través del *Malleus Maleficarum*, especie de manual para perseguidores- el atisbo de una protesta científica debida a un pequeño grupo de médicos eminentes. Empieza entonces a reconocerse que hechiceros y posesos son, en realidad, enfermos mentales. Entre dichos innovadores se destaca Johannes Weyer, quien propugna que sean tratados en primera instancia

por un médico y no por un sacerdote, reivindicando de esta manera una concepción naturalista de la enfermedad mental. Esta interpretación médica se fue afianzando durante el Barroco (op. cit.).

LA REFORMA HUMANITARIA

La psiquiatría como especialidad médica nace en la segunda mitad del siglo XVIII. En esta época se produce un importante movimiento de reforma asistencial que, iniciado en Inglaterra, se extiende en pocos años por toda Europa. Responsables de estos cambios son la aparición de una ideología humanitaria y filantrópica muy interesada en la reforma de la sociedad y de las condiciones de vida del hombre en ella, además de las grandes transformaciones en la estructura social, favorecidas por los cambios socioeconómicos y políticos que se producen desde la época del nacimiento del capitalismo industrial hasta la revolución francesa. Aparece también entonces –como consecuencia de la medicalización de los asilos- el alienista, es decir, el médico dedicado al estudio y tratamiento de las afecciones psíquicas (Vidal, Alarcón, 1986).

Tradicionalmente la norma de eliminar los métodos inapropiados de la restricción para enfermos mentales se atribuye a Pinel. Sus dramáticos esfuerzos de liberar de sus cadenas a los enfermos mentales de Bicetre, en 1793, se han descrito ampliamente en la literatura, pero él debe compartir sus méritos con el italiano Vicenzo Chiarugi y con el inglés William Tuke.

Vicenzo Chiarugi. Durante los siglos XVII y XVIII los gobernadores de Florencia alentaron la investigación científica, lo que originó reformas económicas, financieras, judiciales, educativas y religiosas. La ley sobre los locos, dada en 1774, daba normas específicas incluyendo la exploración mental, que debía efectuarse en los casos de internamiento. En 1788 se abrió el hospital Bonifacio, bajo la dirección del joven médico Chiarugi, quien afirmaba: “Es un deber moral supremo respetar como persona al individuo loco” (Chiarugi, citado en Vidal y Alarcón, 1986). El reglamento prohibía usar fuerza física o métodos crueles en los pacientes, excepto el uso ocasional de la camisa de fuerza, ideada de tal forma que no originara al enfermo incomodidad. En su libro “Tratado médico de la locura”, Chiarugi, describe 100 casos clínicos acompañados en muchas ocasiones de autopsias. Consideró como causas de la enfermedad

mental las congénitas y las ambientales. En el tratamiento enfatizaba el tratar al enfermo con tacto y comprensión, utilizando la autoridad con un enfoque individual afectuoso. Guerras y revoluciones hicieron que sus principios pronto fueran olvidados.

William Tuke. La sociedad de amigos de York efectuó reuniones para “mitigar la miseria y reintegrar a aquellos que estaban excluidos de la sociedad civil religiosa”. Se abre el retiro con 30 pacientes bajo la dirección de Tuke. Son tratados como huéspedes, con amabilidad y comprensión en una atmósfera amistosa libre de toda limitación mecánica. El trabajo manual es considerado adecuado y se le estimula. William Tuke era un próspero comerciante con té y café, tenía 60 años y organizó la construcción y el sostenimiento de la institución con cuotas voluntarias. Aunque después fue contratado un médico, el tratamiento esencialmente no era médico, la filosofía del tratamiento fue llamada moral. Edificio amplio, sin barras en las ventanas ni rejas, amplios patios y lugares para actividades recreativas, sólo se usó la camisa de fuerza para control temporal (op. cit.)

Samuel Tuke, nieto de William, al igual que su padre Henry continuó la obra y años más tarde lo describía en su libro “Descripción del Retiro”(citado en Vidal y Alarcón, 1986), en la siguiente forma:

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

1. Se trata de fortalecer el propio poder del paciente para controlar su trastorno,
2. Se estudia qué tipo de medidas de control son absolutamente necesarias, y
3. Se promueve lo más posible su confort.

En relación al superintendente del hospital dice: “Debe utilizar todos los tópicos que pueden ser interesantes para el paciente, debe usar todo tipo de medios que disminuyan en su mente pensamientos negativos como son: ejercicios físicos, paseos, conversaciones, lecturas y otras actividades recreativas inocentes... Los que no se interesen en actividades ocupacionales deben ser alentados a leer, escribir, dibujar, jugar a la pelota al ajedrez... Si la superintendente es mujer, encargada de la atención de enfermas del sexo femenino, debe invitarlas a tomar el té, a algunas se les permitirá ver a sus familiares en la ciudad, y tener visitas de su propio sexo, por lo menos una vez al mes”.

Tratamiento Moral de Pinel (1745-1826). Nació en el sur de Francia, posteriormente al irse a París, formó parte de un grupo intelectual de ideólogos. Lo nombraron director de Bicetre (asilo para hombres) y después de la Salpêtrière (para mujeres), en donde había, criminales, deficientes mentales y enfermos psiquiátricos. Una de sus primeras actividades en Bicetre y después en la Salpêtrière, fue liberar a los enfermos de sus cadenas, verdadero acto de valor durante el Reino del Terror.

Bajo la influencia de los ideólogos, Pinel consideró que el análisis psicológico de las ideas debía integrarse con los estados emocionales y que sólo si el paciente se podía mover libremente y se obtenía una buena biografía, era posible entender los síntomas y la evolución del padecimiento. Él concibió la locura como un trastorno del autocontrol y de la identidad, por lo cual le dio el nombre de “alienación”.

Distinguió cinco formas de trastornos mentales:

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

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

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

controlar su mente con los ojos, una vez que está controlada, el tratamiento consistía en una combinación de amabilidad, firmeza y coerción (Vidal y Alarcón, 1986).

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

En Estados Unidos el representante del tratamiento moral fue Benjamin Rush (1745-1813), considerado el padre de la psiquiatría americana, uno de los hombres que firmó la Declaración de la Independencia, muy interesado en reformas sociales. Su libro "Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind" (1812), fue el único libro de texto hasta finales del siglo. En él menciona:

"La causa de la locura está ubicada en los vasos del cerebro... La locura es una forma crónica que afecta a una parte del cerebro, que es en donde se ubica la mente" (Rush, citado en Vidal y Alarcón, 1986).

Sin embargo reafirmaba su creencia en purgantes, eméticos y sangrías, así como en un "tranquilizante" inventado por él, una silla especial en la que los enfermos eran atados y después suspendidos en le aire. Utilizó también la cama giratoria introducida en Inglaterra por Cox, con la cabeza lejos del centro en un intento por aumentar en ella la circulación.

En el hospital, el médico debía escuchar atentamente al enfermo y darle la oportunidad de liberar sus tensiones mientras él lo controlaba con sus ojos, su voz y su semblante, para asegurarse de que lo iba a obedecer. Hombres y mujeres estaban divididos por sexos y se procuraba contratar como cuidadores a hombres y mujeres inteligentes. Las visitas estaban rígidamente excluidas (Vidal y Alarcón, 1986).

Como el tratamiento moral apareció antes del desarrollo de la psicología moderna a finales del siglo XIX, sus pioneros no pudieron expresarlo con criterios psicológicos, sin embargo sus principios para el tratamiento de los enfermos, al mismo tiempo que trataban de proteger a la comunidad, no pudieron integrarse en una forma comprensiva; lo que hicieron fue muy loable para el criterio de la época. Sin embargo, como mencionó Horacio Mann en 1833:

“Todo el esquema del tratamiento moral se basa en el humanitarismo, el tener conciencia en forma personal de los sufrimientos de otras personas, nos permiten relajarnos cuando estas penas de ellos disminuyen” (Mann, citado en Calderón Narváez, 1995).

EL MODELO PSICOANALITICO

Las consideraciones anteriores se refieren esencialmente a los pacientes psicóticos. Una importante característica de la psiquiatría norteamericana a comienzos de siglo fue que muchos pacientes no psicóticos fueron tratados por neurólogos. De hecho, en 1880, el médico norteamericano George Beard desarrolló la noción de neurastenia como agregado de síntomas físicos y emocionales cuyo tratamiento consistía en una mezcla de medidas somáticas y psicológicas (Kaplan y Sadock, 1992).

Con todo, la psiquiatría oficial siguió estando principalmente interesada por los pacientes psicóticos, especialmente en el Instituto de Investigación Psiquiátrica de Munich, dirigido durante muchos años por Kraepelin (1855-1926). Kraepelin es especialmente conocido por su manual de psiquiatría en el que se establecía una clara diferenciación entre la psicosis maniacodepresiva y la demencia precoz, lo que influyó en la clasificación de los síndromes psiquiátricos hasta fecha reciente.

Toda esta actividad no debe hurtar la consideración del interés que estaban cobrando en muchos ámbitos los síntomas más leves o no psicóticos. De hecho, el interés por el estudio de la personalidad individual puede remontarse a épocas antiguas, a la morfología y fisionomía del siglo XVI y al mesmerismo y la frenología del siglo XVIII. Durante el período romántico de comienzos del siglo XIX y décadas posteriores, el interés por el inconsciente derivó de

conceptos metafísicos, biológicos y parapsicológicos. Se formularon intuiciones de considerable valor, por ejemplo, en relación con los sueños, pero carentes de un marco de referencia teórico. Hacia finales del siglo, varias tendencias condujeron al estudio de la personalidad individual: el naturalismo francés en literatura, la pasión de Nietzsche por el superhombre y, desde una perspectiva más científica, el estudio de Lombroso del criminal individual y el interés en las biografías de personajes importantes del pasado.

El primer hito camino de la comprensión de la psicología dinámica fue el estudio de los fenómenos hipnóticos del brillante neurólogo y literato francés Jean Marie Charcot (1825-1893). En sus famosas conferencias describía estigmas histéricos, las zonas histerógenas, los ataques y el afecto lábil de los pacientes, caracterizados por la indiferencia emocional. Un trauma, generalmente de naturaleza sexual, solía desencadenar ideas y sentimientos que se volvían inconscientes. Mediante la hipnosis podían reproducirse no sólo síntomas similares a los de la histeria, sino que también podía curarse la histeria haciendo atravesar al paciente las tres fases sucesivas de letargia, catalepsia y sonambulismo. Entre los jóvenes médicos dispuestos a aprender el nuevo campo de la hipnosis estaba el vienés Sigmund Freud que estudió con Charcot en 1886 y con Bernheim en 1889 (Kaplan y Sadock, 1992).

Pocos hombres en el siglo XX cobraron tanta importancia como Sigmund Freud (1856-1939) tanto como fundador de la psiquiatría moderna como por su fuerza cultural. Su impacto sobre las artes, la literatura y la educación fue profunda y de largo alcance. Mucha de su amplia importancia puede atribuirse a la maestría con la que describió sus teorías e historias de casos, vinculándolas frecuentemente con referencias bíblicas, literatura clásica y cultura renacentista. El papel que jugó en el desarrollo de la psiquiatría estadounidense y en la cultura de mediados del siglo XX fue de gran envergadura (Goldman, 1999).

A pesar de que Freud se capacitó y trabajó como neurólogo, vio bloqueado su avance profesional dentro de esta disciplina en parte por el antisemitismo vienés. Esa crisis profesional proporcionó a Freud una oportunidad inesperada. Al prohibírsele la práctica tradicional de la neurología, comenzó a dar consulta a pacientes cuyos síntomas no podía explicarse mediante los enfoques tradicionales de su disciplina. El trabajo de Freud con estos pacientes lo inspiró a

formular las teorías y la práctica del psicoanálisis. La palabra psicoanálisis, entonces y ahora, se refiere tanto a la teoría que desarrolló Freud como al tratamiento mismo

El psicoanálisis como teoría proporciona un enfoque integral para la comprensión del desarrollo psíquico, la emoción y la conducta así como la enfermedad psiquiátrica. Al desarrollar sus ideas, Freud postuló un aparato psíquico en tres partes: ello, yo y superyó.

Esta teoría estructural, como la llamó, definía al superyó como la conciencia, al ello como el depositario de los impulsos y estímulos básicos; por ejemplo, sexo y agresividad, y al yo como el mediador racional entre las expectativas del superyó y las presiones del ello para obtener gratificación. Freud consideraba que las tres estructuras se relacionaban entre sí dentro de un equilibrio dinámico. Si el yo no logra mantener un equilibrio entre las exigencias del ello y del superyó, el individuo experimenta tensión psicológica y síntomas (op. cit.).

Otro concepto fundamental del psicoanálisis, las etapas del desarrollo psicosexual, postula que una persona tiene que llevar a cabo una serie de tareas desde la infancia hasta la edad adulta con el fin de alcanzar la salud psicológica.

Queda implícito en el concepto de las etapas del desarrollo psicosexual que la experiencia temprana moldea la autoimagen del adulto y su potencial para tener éxito en el trabajo y en las relaciones personales.

Una contribución crucial de Freud a la comprensión moderna de la enfermedad mental es que el trauma durante el desarrollo causa psicopatología en la vida adulta. Por tanto, un psicoanálisis acertado tiene que incluir una historia detallada de los primeros años de vida del paciente así como de sus dificultades actuales.

El psicoanálisis como tipo de tratamiento no es sinónimo de psicoterapia, sino que es un tipo de psicoterapia. Lo practican una minoría de terapeutas activos que tienen que recibir un entrenamiento analítico especializado además de su entrenamiento terapéutico general. El psicoanálisis como un método de tratamiento específico requiere de cierta explicación dado que sus técnicas son poco comunes y malinterpretadas con frecuencia. El paciente yace en un diván

mientras el analista toma asiento fuera de la vista del paciente. El analista trata de presentarse como una figura neutral hasta donde sea posible (Goldman, 1999).

Por antinatural que parezca esta técnica en la comunicación normal, Freud consideró que era de suma importancia para lograr el objetivo esencial de un psicoanálisis: dejar al descubierto la vida psíquica oculta del paciente, el inconsciente. Lo definió como una capa de vida mental que existía en las emociones y la conducta. Freud enfatizó que la tarea central del analista era ayudar al paciente a descubrir los secretos de su inconsciente.

Una vez consciente de estos sentimientos y pensamientos ocultos, el paciente sería capaz de examinar el papel que jugaron en el desarrollo de sus síntomas.

Freud formuló la hipótesis de que los síntomas mentales surgían cuando emociones en conflicto como odio o amor, asertividad o pasividad, producían una angustia inmanejable. Tomando prestadas las nociones científicas populares sobre la conservación de energía, postuló que el conflicto psíquico creaba un desequilibrio energético en el aparato psíquico. El paciente sabía de este desequilibrio de energía psíquica al experimentar ansiedad. Esta alarma psicológica, llamada signo de ansiedad, inducía al aparato psíquico a aliviar la angustia mediante la transferencia de la conciencia que se tiene del conflicto, hacia el inconsciente. El mecanismo que envía esa información al inconsciente se denomina represión. Sin embargo es frecuente que ésta no logre sepultar por completo el conflicto. Hay señales de alerta que se filtran en la conciencia, causando ansiedad nuevamente. Entonces, en otro intento por disminuir la angustia, el aparato psíquico se desembaraza de la ansiedad transformándola en un síntoma neurótico (formación del síntoma) (op. cit.).

Freud dio por cierta la existencia de defensas psíquicas contra el conflicto psíquico y la ansiedad, y consideró en gran medida la formación de síntomas como una consecuencia del fracaso de los mecanismos de defensa.

En su intenso trabajo con pacientes, Freud descubrió fenómenos y desarrolló técnicas que le permitían al analista observar el inconsciente. Estas incluyen lapsus linguae, análisis de sueños, asociación libre, transferencia y resistencia (Goldman, 1999).

A pesar de la oposición que suscitaron estos conceptos en la entonces dominante sociedad victoriana, contrariamente a lo que había pensado Freud, la investigación actual ha determinado que fueron aceptados o al menos seriamente considerados en muchos ámbitos.

Fue indudablemente mérito de Freud la reunificación de estos y otros temas importantes en un sistema que constituía la psicología dinámica como la tendencia principal para la comprensión del ser humano en el siglo XX. La investigación histórica sólida basada en el estudio de la variedad de fuerzas presentes en el “Zeitgeist” de Freud, y no en el culto al héroe, incrementarán la valoración de la dimensión humana de Freud y su impacto en la cultura occidental (Goldman, 1999).

LA REVOLUCION PSICOFARMACOLOGICA

Antes de la Segunda Guerra Mundial, el tratamiento somático de los trastornos psiquiátricos consistía en gran medida en “tranquilizar”, es decir, sedar a los pacientes o restringir sus acciones.

En la década de los 30, se desarrollaron por primera vez en el campo de la psiquiatría tratamientos de eficacia probada como la terapia electroconvulsiva, el coma insulínico y la psicocirugía, pero no fue sino hasta a partir de 1952, con la introducción en la clínica de nuevos fármacos psicoactivos, que se produjo un cambio radical en el pronóstico de las psicosis llamadas funcionales. Gracias a estas drogas, muchos 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 (de la Fuente, 1990).

Durante los decenios de 1950 y 1960, se desarrollaron los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa y los antipsicóticos de fenotiacina. Estos fármacos no sólo proporcionaron sedación, sino alivio a síntomas específicos.

Muchos de los fármacos psicotrópicos fueron descubiertos por azar cuando fueron administrados para ver que sucedía o bien cuando fueron administrados para una indicación y resultaron ser efectivos para una condición totalmente diferente. La historia del desarrollo de los antidepresivos y los antipsicóticos apunta al hecho de que los principales descubrimientos científicos pueden ser inducidos por la investigación clínica, en vez de ser deducciones de la investigación básica animal.

Como resultado de estos nuevos conocimientos, la industria farmacéutica ha podido desarrollar fármacos que o tienen una menor incidencia de efectos secundarios observados, y a su vez, condujeron a la comprensión de los efectos secundarios y al desarrollo de mejores fármacos, y actualmente están dando lugar a teorías biológicas de la enfermedad (De la Fuente, 1990).

Kaplan y Sadock, agrupan los principales psicofármacos en:

Fármacos antipsicóticos:

El descubrimiento de los efectos antipsicóticos de la clorpromacina tuvo lugar, en parte, por azar. Sintetizada como antihistamina, producía una ligera sedación sin coma profundo; es decir, una sedación fácilmente activable, además de que producía un cambio conductual interesante.

Aunque la clorpromacina no solía producir una curación permanente en la esquizofrenia, era beneficiosa para muchos pacientes como no lo habían sido otros tratamientos. La noticia de esta observación clínica se propagó rápidamente por varios países, y aproximadamente en un año la clorpromacina esta siendo utilizada ya en miles de pacientes esquizofrénicos. La revolución terapéutica iniciada con la clorpromacina fue más allá de los meros efectos farmacológicos del fármaco.

Anteriormente los hospitales mentales habían tenido un carácter eminentemente custodial. El hecho de que podía producirse un efecto terapéutico clínicamente significativo creó una atmósfera que subrayaba el tratamiento positivo y dio lugar a la aplicación vigorosa de terapias psicosociales. De este modo se modificó profundamente el destino de muchos pacientes que antes habían estado condenados a ser residentes a perpetuidad en hospitales psiquiátricos. Algunos pacientes mejoraron tanto que pudieron permanecer fuera del hospital y funcionar

hábilmente en la comunidad. Otros pacientes fueron dados de alta a residencias asistenciales o protegidas. Para los que permanecían en el hospital psiquiátrico, éste se convirtió en un lugar más humanizado. Se supervisaron estudios de historia natural realizados antes de la introducción de estos fármacos y halló que 2 de cada 3 esquizofrénicos pasaban la mayor parte de su vida en un manicomio, mientras que, en la actualidad, 95 de cada 100 esquizofrénicos son devueltos a casa, aunque muchos siguen teniendo recaídas y síntomas residuales. Los cambios introducidos por estos fármacos han dado lugar a una reducción masiva del número de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Antes de la introducción de estos nuevos fármacos, había tenido lugar un constante aumento del número de pacientes psiquiátricos hospitalizados. El cambio de destino de los pacientes es la prueba más convincente de la eficacia de estos agentes (Kaplan y Sadock, 1999).

Fármacos Antidepresivos:

Los fármacos antidepresivos constituyen un tratamiento efectivo para muchos pacientes afectados de depresión. Doblan las oportunidades de recuperación del paciente en un periodo de tiempo de sólo un mes. Además han modificado la forma en que los psiquiatras tenían de concebir la depresión, al ofrecer pistas de los posibles factores biológicos de la enfermedad afectiva y el sustrato químico del estado de ánimo normal.

En 1965, Klerman y Cole analizaron los resultados de muchos estudios controlados de la imipramina y hallaron que 46% de los pacientes hospitalizados recientemente con depresión aguda, 16% de los pacientes internos con enfermedades crónicas y 21% de los pacientes ambulatorios mostraron mejoría en las primeras semanas de tratamiento (op. cit.).

Tranquilizantes menores, sedantes e hipnóticos:

Desde los comienzos de la historia hasta la época actual, el alcohol ha sido utilizado en muchas culturas como tranquilizante inespecífico y también para otros fines. A comienzos del siglo XX, se utilizaban como sedantes los bromuros, pero los bromuros producían delirios tóxicos. Los barbitúricos sustituyeron a los bromuros como agentes sedantes. En cierto grado, el meprobamato sustituyó a los barbitúricos, y ambos agentes fueron sustituidos, a su vez, por las benzodiacepinas, que representan en la actualidad el ansiolítico estándar. Los barbitúricos y

meprobamato pueden utilizarse como sedantes diurnos o agentes anti-ansiedad, pero producen más efectos secundarios que las benzodiazepinas. Producen más sedación y riesgo de toxicidad por sobredosis cuando se ingieren con intención suicida; así mismo, los fármacos del tipo de los barbitúricos tienen mayor potencial de abuso (Kaplan y Sadock, 1999).

LA ANTIPSIQUIATRIA

Thomas Szasz resume en el siguiente párrafo las tesis antipsiquiátricas en el prefacio de su libro "El mito de la psicoterapia":

"Cuando, hace más de 20 años, empecé a trabajar en el mito de la enfermedad mental, sin darme cuenta iniciaba una empresa que pronto asumió vida propia. Mi propósito inicial era únicamente demostrar que la enfermedad mental era una enfermedad metafórica o falsa, y que la psiquiatría era una medicina falsa o metafórica.

Sin embargo no me detuve allí a partir de ahí deduje que la hospitalización mental no era la clase de intervención quirúrgica que pretendía ser. Si se realiza involuntariamente, la hospitalización significa la expulsión de la sociedad, tal y como ha ocurrido a través de la historia de la psiquiatría; si es voluntaria, entonces es un escape de la sociedad tal y como sucede actualmente. De acuerdo con ello me dediqué a examinar y exponer los complejos aspectos históricos, lingüísticos, morales y sociológicos de las distintas ideas e intervenciones psiquiátricas, muchas de las cuales están caracterizadas por una combinación insidiosa y profunda de enfermedad y desviación, enfermedad e inmoralidad, curación y control, tratamientos y tortura". (Szasz, 1985,p.9).

Ni la psiquiatría ni los psiquiatras gozaron nunca de buena reputación dentro del consenso social. Aún hoy la psiquiatría suele ocupar el lugar de la "Cenicenta" en los programas de la carrera médica. Y siempre los psiquiatras fueron objeto de mofa y escarnio por parte de la gente y hasta de sus propios colegas.

Pero la antipsiquiatría, en tanto movimiento ideológico sistemático, se desarrolla recién a partir de los años 60.

Comenzó en Londres, súbita y estrepitosamente, con R. D. Laing, A. Esterson y D. Cooper (a este último se debe el término). Al cuestionar a la familia y al mismo Estado, la enfermedad mental se convierte en un mito y los psiquiatras, en un instrumento de poder opresivo. De repente se jerarquiza la esquizofrenia, la locura en general, con lo que se desdibujan los límites entre lo normal y lo patológico. “La esquizofrenia consiste en una situación de crisis microsocia, en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otras, en virtud de razones culturales y microculturales (por lo general familiares) inteligibles, hasta el punto de que aquella es elegida e identificada de algún modo como enfermedad mental, y su identidad de paciente esquizofrénico es luego confirmada (por un proceso de rotulación estipulado, pero altamente arbitrario) por agentes médicos o cuasi médicos” (Vidal y Alarcón, 1986).

Con estas ideas revolucionarias in mente fundaron los antipsiquiatras una institución: “Kingsley Hall” (1965-1970), en la que los supuestos enfermos podían llevar a cabo libremente su “viaje” regresivo para ubicarse en un mundo más auténtico. Y años después, gracias a los esfuerzos de Basaglia, el promotor de la psiquiatría antimanicomial, se promulga en Italia la Ley 180, que disuade de la internación y favorece el tratamiento de la enfermedad mental en el mismo ámbito en que se origina (op. cit.).

Los ataques a la psiquiatría tradicional –también llamada pesada por H. Ey- proceden de dos frentes: psicológico, psicoanalítico y existencialista sartriano el uno; sociológico y político el otro.

Algunos psicogenetistas audaces llegan a confundir el hecho psicopatológico que comporta un hecho natural, siquiera en parte, con “la locura de los hombres”, cuya máxima expresión es la guerra. Desde este punto de vista, la enfermedad mental se reduce a una ilusión, un fantasma, un mito (Th. Szasz), salvo cuando existe una lesión cerebral evidente, en cuyo caso ya pasamos de la psiquiatría a los dominios de la neurología.

Para ciertos sociólogos, en cambio, el hombre no existe como individuo, lo que vemos no es sino un reflejo de la sociedad, y ésta, en ocasiones, tiene una acción patógena sobre sus miembros. De aquí a la politización de la psiquiatría media un corto techo que los marxistas-leninistas saltan con facilidad. Y entonces la enfermedad mental aparece como uno de los productos de la lucha de clases.

A estos dos frentes de combate hay que agregar la participación creciente de las psicologías transpersonales, orientalistas (como el yoga y el budismo Zen), cierto grado de esoterismo y la presión, cada vez mayor, de la ecología y del holismo, movimientos todos ellos que tienden a desmedicalizar la psiquiatría (op. cit.).

Es cierto que los psiquiatras han hacinado a los pobres "locos" en viejos, inhumanos manicomios. Es cierto que con harta frecuencia se ha abusado de abominables privilegios carcelarios, privando de libertad a personas que consultaban precisamente por no poder ejercerla cabalmente. Admitamos también que los tratamientos psiquiátricos se destacaron por su crueldad en todas las épocas (recordemos el nido de víboras, el cañonazo de Reil, el sillón giratorio de Darwin, el exceso de fijación, el coma insulínico, el electrochoque practicado a mansalva y sin anestesia, las desmesuras de la psicocirugía y de la internación asilar forzada). So pretexto de salvar al clásico "demente" y a su núcleo familiar de mayores males, empujados tal vez por nuestros propios miedos y prejuicios, hemos transgredido los derechos humanos con más frecuencia de la que estamos dispuestos a suponer.

Sí, todo esto es amargamente cierto. Pero no menos cierto es que, comparadas con otras instituciones médicas asistenciales, las psiquiátricas van a la zaga en todo el mundo, sea cual fuere el régimen imperante. La inquietud que de ordinario provoca el contacto con el enfermo psíquico, las incertidumbres diagnósticas, la tendencia a la cronicidad y, en consecuencia, el alto costo de su tratamiento y lo aleatorio de su prevención, todo esto hace que la asistencia psiquiátrica resulte muy problemática por donde se la mire.

Asimismo es justo, reconocer que, desde la defensa de los locos por el P. Jofre y la liberación de los mismos por Ph. Pinel hasta los descubrimientos trascendentales que realizaron Freud, Pavlov, Laborit y otros investigadores, es mucho lo que se ha hecho y sigue haciéndose a favor

de la salud mental. Que los resultados no hayan sido tan fecundos como fuera de desear no equivale a decir que la psiquiatría deba de eliminarse (op. cit.).

Por el contrario, sucede precisamente que la prédica antipsiquiátrica peca de irracional y subversiva. Su intención fue buena. No se puede negar, incluso, que influyó notablemente en la constitución de las comunidades psicoterapéuticas, en la difusión de los grupos de autoayuda y, sobretudo, en el mejoramiento de los hospitales psiquiátricos. Pero en este momento, ya puesta al descubierto su intención disolvente, proclive al desorden general, podría decirse de la antipsiquiatría aquello de que es peor el remedio que la enfermedad. La antipsiquiatría ha contribuido a embrollar más aún el concepto de salud y enfermedad mental. La antipsiquiatría despertó falaces ilusiones en una juventud siempre ávida de cambios. Pero, al final, se impuso la triste realidad: hay enfermos que no pueden vivir fuera de instituciones hospitalarias protectoras, porque ni la familia ni la sociedad están en condiciones de absorberlos en su seno. Siempre habrá lugares adecuados para contener y atender al enfermo agudo y a los crónicos inadaptables a la sociedad actual.

Como todo movimiento de contracultura, pasó como una ráfaga, vivificante y destructiva al mismo tiempo. De ella no queda hoy sino algunos rastros en la psiquiatría social y comunitaria, así como en las múltiples alternativas paramédicas de la psiquiatría (homeopatía, expresión corporal, acupuntura, quiropraxia, grupos de encuentro, etc.). Sirvió, además, para que los médicos se interesaran cada vez más a fondo en el proceso psicoterapéutico.

La antipsiquiatría fue –pues ya es cosa del pasado– como un intento más de encontrar la razón de la sinrazón, pero esta vez procediendo a la inversa, tratando de poner las cosas patas para arriba y ver que tal funcionan así. En la oscilación pendular de la historia, la antipsiquiatría se identifica como una reacción romántica frente a una sociedad tecnocrática en donde al hombre le resulta difícil individuarse adecuadamente (Vidal- Alarcón, 1986).

LA REHABILITACION EN PSIQUIATRIA

A lo largo de la historia, no sólo los incapacitados por algún trastorno psiquiátrico sino los que tienen alguna anomalía física, han sido sometidos generalmente a una serie de crueles maltratos (Straus, 1966).

Los abusos de pacientes con trastornos psiquiátricos en el pasado son bien conocidos, y causaron el exterminio de grandes multitudes de personas con trastornos psiquiátricos en Alemania (Dorner y cols, 1980, citado en Watts y Bennett, 1990).

El rechazo y el abuso generales, aunque predominaban en la Europa del siglo XIX, se redujeron posteriormente en Gran Bretaña debido al auge del movimiento evangelista y el fabianismo. La preocupación moral y social de estos movimientos probablemente dieron origen a la protección de la persona incapacitada, se aceptó su vulnerabilidad y se le otorgaron privilegios. Las organizaciones caritativas y voluntarias proporcionaban servicios, a menudo por motivos religiosos, con el deseo de ayudar a seres desdichados como son los huérfanos, los ciegos, los deformes. La distinción entre "pobreza e incapacidad era confusa, salvo que a los pobres sin defectos físicos rara vez se los consideraba como merecedores de ciertos derechos" (Straus, 1966).

La necesidad evidente de rehabilitación para los sobrevivientes de la Primera Guerra Mundial dio impulso a alguno de los primeros intentos explícitos de rehabilitación psiquiátrica. El King's National Roll Scheme permitió que los mutilados de guerra encontraran empleo, además que se concedían subsidios a las industrias que los empleaban.

En Estados Unidos, la Soldiers' Rehabilitation Act (Ley de Rehabilitación de los Soldados), de 1918, proporcionaba un servicio de rehabilitación a los veteranos de guerra mutilados. La Federal Vocational Rehabilitation Act de 1920, proporcionaba subsidios a los mutilados civiles. No se sabe si estas leyes, lo mismo que el Scheme británico, se utilizaban para los enfermos mentales incapacitados. La implantación de la rehabilitación para tuberculosos, por obra de Penderill Varrier-Jones y German Woodhead en la Bourne Colony en 1919, antes de que esta unidad se trasladara a Papworth, es muy importante puesto que muchos de los

problemas que entonces se señalaron se encontrarían posteriormente en la rehabilitación psiquiátrica.

Durante algún tiempo antes y después de la Primera Guerra Mundial, el principal interés de la rehabilitación psiquiátrica radicaba en el tratamiento inicial del enfermo mental.

En las primeras décadas del siglo XX, dicho tratamiento se iniciaba en clínicas de consulta externa en el Wakefield Asylum y en el St. Thomas's Hospital. El cambio de mentalidad quedó reflejado también en el informe de la Royal Commission sobre Lunáticos y Trastornados Mentales, que en 1926 recomendaba no sólo la abolición de la diferencia tradicional entre enfermedad física y mental, sino la de la conexión entre tratamiento de la enfermedad mental y la Ley de los Pobres (Jones, 1954). Con otras sugerencias se llegó a la Mental Treatment Act (Ley del Tratamiento Psiquiátrico) de 1930, que daba la calidad de pacientes voluntarios a aquella parte de la población que no podía pagarse tratamiento privado. También otorgaba subsidios para que se fundaran más clínicas de consulta externa. Los nuevos intentos para reformar los hospitales psiquiátricos que padecían hipertrofia o abandono recibieron un estímulo de Alemania, donde el Dr. Herman Simon empleaba el trabajo como medio de contrarrestar la institucionalización de los pacientes en su hospital de Gutersloh. Para él, el trabajo era parte de un proceso educativo cuyo fin era preparar a los pacientes para reintegrarse a la vida normal. El interés por su trabajo se extendió por toda Europa. En Estados Unidos, Abraham Myerson y Kennet Tilloston, fundaron lo que llamaron el método del "empuje total" en el tratamiento de los pacientes "en deterioro".

Ellos afirmaban que "cuando un paciente ha sido colocado en una institución, se anula la iniciativa que pudiera quedarle. Sus contactos sociales disminuyen; en sus actividades se vuelve del todo pasivo. Se encuentra sumido y quizá, que es lo más importante, vive en un vacío, sin motivos.

Myerson empleó métodos como fisioterapia, ejercicio y juegos, mejor dieta y vitaminas. Por el lado psicológico, mejoró la indumentaria y empleó el encomio y la crítica, la recompensa y el castigo. Este autor afirma: "Se puede añadir que este tipo de estupor carcelario es uno de los peligros que amenazan al asistente y al médico de los hospitales". En Gran Bretaña se

recomendaba que las instituciones ya no fueran un estanque, sino un lago con corriente de entrada y de salida. Pero estos cambios fueron sólo una pálida sombra de lo que ocurriría durante y después de la Segunda Guerra Mundial.

La Segunda Guerra Mundial creó para los incapacitados lo que Straus (1966) describía como "una situación de más vasta necesidad social". La necesidad era de mano de obra (Watts y Bennett, 1990).

La descripción completa de las obras emprendidas para el tratamiento de los casos psiquiátricos durante la guerra se encuentra en Ahrenfeldt 1958 (citado en Watts y Bennett, 1990).

Se observó que muchos de los que respondían bien al tratamiento, recaían en cuanto regresaban a sus unidades y deberes en el frente. Lewis pensaba que los soldados que no lograban ajustarse a las condiciones del ejército y manifestaban síntomas neuróticos debían ser empleados, de ser posible en aquel tipo de trabajo militar que, dentro de límites más amplios, se encontraban más adaptados. Lewis también emprendió el estudio de la reubicación de los pacientes neuróticos a la vida civil.

No se trataba sólo de modificar la incapacidad neurótica, sino de intentar la adaptación del individuo cambiando el ambiente. La siempre necesaria mano de obra estimuló avances ulteriores en la rehabilitación.

Estos avances constituyeron los primeros pasos para la transición del cuidado caritativo, a la tercera fase histórica del cuidado de los incapacitados, donde se realizan intentos de modificar la incapacidad y contrarrestarla perfeccionando otras capacidades (Lewis, citado en Clarke, 1962).

En 1941, el Ministerio de Trabajo norteamericano junto con el de Salud iniciaron un plan interno para el entrenamiento y reubicación de los incapacitados, con la cooperación de los hospitales y las instituciones voluntarias.

En 1943, un comité interdepartamental para la rehabilitación y reintegración de las personas incapacitadas, examinó las necesidades de una gran cantidad de personas incapacitadas, incluso

neuróticas y psicóticas y recomenzó que se establecieran planes para todas las personas incapacitadas, cualquiera que fuera la causa o naturaleza de su disfunción.

Todavía no estaban consolidados firmemente los conceptos de rehabilitación por aquella época. Rapoport en 1960 señalaba que el equipo consideraba que estaba dando un tratamiento que, al mismo tiempo era de rehabilitación. A la manera de ver de Rapoport como no había diferencia conceptual entre tratamiento y rehabilitación se había llegado a dificultades recurrentes:

“La tendencia del personal de la unidad ha sido suponer que el tratamiento se logra a través de la rehabilitación con respecto a la unidad y que la rehabilitación en la unidad es un último ensayo, antes de salir al mundo. Propongo basándome en los resultados de las investigaciones... que los objetivos del tratamiento y la rehabilitación deben estar muy bien delimitados, puesto que así como pueden reforzarse mutuamente, a menudo son independientes e, incluso, provocan conflictos” (Rapoport, 1980).

En los hospitales psiquiátricos de la Gran Bretaña no ha habido rehabilitación clara de los enfermos mentales, aunque en algunos hospitales se abran las puertas y se hable incluso de vuelta al tratamiento moral. Un antiguo procedimiento para lograr la rehabilitación en los hospitales psiquiátricos fue el “entrenamiento de hábitos” de los pacientes con trastornos crónicos. Consistía en ayudar al enfermo mental a adaptarse favorablemente a la vida del hospital y reducir el cuidado de la enfermera. Era una época en que los hospitales apenas se habían recuperado tras la guerra y las condiciones en muchos de ellos, lo mismo en Gran Bretaña que en Estados Unidos, eran de un bajo nivel. Había exceso de pacientes y faltaba personal. Sin embargo, se observó que como resultado del tratamiento con terapia electroconvulsiva, que empezó en 1945, y del tratamiento con insulina, que comenzó en 1952, había muchos más pacientes que eran capaces de ocuparse de sí mismos, y se les dieron oportunidades para ello (Watts y Benett, 1990).

El Consejo de Investigación Médica, de la Gran Bretaña, abrió un taller en el hospital Banstead para estudiar el efecto de la incapacidad psiquiátrica sobre el trabajo y el empleo. En ese taller se realizaba trabajo industrial, el cual se pagaba, porque había sido subcontratado. Así no solo se obtenía un medio real para evaluar las capacidades de los pacientes, sino que se observó que

beneficiaba a todos a los que hasta el momento se encontraban en las salas o pabellones sin hacer nada desde hacía años y más años (op. cit.).

Al mismo tiempo que Maxwell Jones (1952), trataba de crear otro tipo de ambiente en el hospital donde se fomentaba el ajuste de los pacientes, distintos autores llamaban la atención sobre los efectos que incapacitaban a los pacientes durante la vida en el hospital psiquiátrico que siguiera un modelo tradicional. En distintos países y varios hospitales se iban estableciendo nuevos programas para la resocialización de los pacientes, su remotivación y la modificación de sus incapacidades. Lo que se estaba realizando variaba de un país a otro, pero en general se trataba de un intento de reducir las incapacidades, cambiar las actitudes y permitirle al paciente hacer uso pleno de la capacidad residual que tuviera.

La brecha entre hospital y comunidad se iba cerrando por ambos extremos. En el hospital, los pacientes que trabajaban y los que formaban parte de grupos se mostraban más competentes que cuanto se había supuesto. Cuando el personal advirtió los cambios, también se transformó su actitud y su relación con y hacia los pacientes. La comunidad, por su parte, comenzaba a abandonar aquella ignorancia autoimpuesta sobre el alcance de la enfermedad mental y establecía nuevas actitudes de responsabilidad frente al enfermo mental (Maxwell Jones, citado en Watts y Benett, 1990).

Sin embargo en muchas definiciones de rehabilitación el objetivo era el restablecimiento del estado anterior en la persona incapacitada. Esta meta ambiciosa tuvo pocas o ninguna crítica aunque de todas formas persiste hoy en algunos sectores.

Como hoy, también entonces había confusión entre rehabilitación y reubicación, y Schwartz se cuestionaba si la meta de la rehabilitación era la reintegración del paciente a la comunidad viviendo fuera del hospital psiquiátrico, sosteniéndose el paciente económicamente, o la recuperación absoluta de la enfermedad.

En la práctica era evidente que al abrir las puertas de los hospitales los pacientes no se iban, quizá porque eran incapaces de hacer frente a la vida en el mundo exterior. Estaban incapacitados, pero aún menos atención se había dado al concepto de incapacidad.

También se advirtió que los esquizofrénicos crónicos sufrían recaídas sintomáticas en situaciones en que faltaran o hubiera en exceso estímulos sociales. En la esquizofrenia las incapacidades no necesariamente eran constantes, sino que respondían a los cambios del ambiente social. Dichos pacientes tienen una marcada tendencia a retirarse del ambiente social. Si no existe estímulo social, el retraimiento aumenta, junto con la pasividad, inercia y falta de iniciativa. Por otro lado, si sobre el paciente actúa una gran cantidad de estímulos sociales puede decaer de nuevo y desarrollar síntomas psicóticos floridos. Por esta razón se concluyó que con tales pacientes, y quizá con todos los pacientes incapacitados, la rehabilitación debía emprenderse con una serie de pasos donde las expectativas sociales fueran aumentando lentamente sin causar presión indebida en el paciente. También se señalaron impedimentos secundarios.

Cuanto más tiempo había estado en el hospital un paciente de esquizofrenia, menos probabilidad había de que deseara salir del nosocomio o que tuviera planes reales para una vida futura en el exterior (Wing, 1962).

Esta mayor dependencia es parte de un síndrome de hospitalismo. En el hospital, los hábitos normales se pierden, pero se desarrollan otras incapacidades. Las opiniones y actitudes desfavorables de los demás, por el hecho de que el paciente se encuentra en un hospital psiquiátrico, se convierten también en impedimentos secundarios.

A finales de los años cincuenta, tanto en Gran Bretaña como en Estados Unidos, la reubicación de los pacientes de los hospitales psiquiátricos se convirtió en la meta principal de la rehabilitación psiquiátrica. Pero no todas las personas incapacitadas pueden lograr este propósito. Algunas no pueden ser empleadas o, si se trata de amas de casa, no pueden regresar a una vida doméstica normal. Por lo tanto, no se les puede reubicar, puesto que la reubicación ha sido definida como situar a alguien en un empleo económico o en la vida doméstica. Mientras que la reubicación es la meta ideal de la rehabilitación, la mejoría en la adaptación que permita a la persona impedida utilizar óptimamente sus capacidades residuales en un contexto social tan normal como sea posible, se considera apropiadamente como meta de la rehabilitación (Watts y Benett, 1990).

Al trabajo industrial en los hospitales psiquiátricos se le hicieron críticas, así como a la presión que ejercía con la reubicación vocacional. Algunos pensaban que si bien era legítima esa insistencia en el trabajo en el caso de los minusválidos, no lo era en el caso de los incapacitados por trastornos psiquiátricos.

Gran parte de la investigación sobre la rehabilitación de aquellos días iba formulada como reubicación.

A finales de los años cincuenta resultaba difícil advertir que declinaba el hospital psiquiátrico. Como resultado de ciertas tendencias, entre las que sin duda estaban una mayor insistencia en la rehabilitación y reubicación de los pacientes hospitalizados, la población de estas instituciones, tanto en Estados Unidos como en Gran Bretaña, disminuía. La brecha entre hospital psiquiátrico y comunidad se reducía debido a los pacientes incapacitados que se reubicaban, la introducción de "papeles normales" con empleo remunerado en los hospitales psiquiátricos, y colaboración de servicios y recursos extramuros.

La posibilidad y necesidad de transferir a los pacientes y rehabilitarlos en la comunidad era algo que se remarcaba tanto en los informes como en la investigación.

El hecho de que en los hospitales psiquiátricos ya no proporcionaran atención y rehabilitación a quienes tuvieran trastornos mentales, sino que fuera la comunidad la que se encargara de ellos, recibió impulso de la Royal Commission sobre la ley referente a la enfermedad y deficiencia mentales, mientras que en Estados Unidos se debió al informe de la comisión conjunta sobre enfermedad y salud mental. Las opiniones fueron sorprendentemente semejantes. Ambas pensaban que el objetivo del tratamiento moderno para personas que padecían enfermedades mentales de importancia era permitirles mantenerse en la comunidad de la manera más normal posible.

La comisión conjunta remarcaba que la rehabilitación y el cuidado posterior eran partes esenciales del servicio que se daba a los pacientes psicóticos, y que se debían integrar varios de esos métodos de rehabilitación en todas las formas de servicio: hospitales de servicio diurno,

atención familiar, hogares de recuperación, centros de rehabilitación, servicios para encontrar empleo y grupos de ex pacientes. En la práctica los resultados no estuvieron a la altura de esos valiosos sentimientos, la respuesta de la comunidad fue algo diferente (Watts y Bennett, 1990).

A pesar de que los comités médicos habían admitido la incapacidad psiquiátrica, la rehabilitación seguía significando rehabilitación física en la mente de la gente y en la mente de los profesionales. Fue sólo hasta el final de los años sesenta y principios de los setenta, al establecerse unidades psiquiátricas en los hospitales generales, como la rehabilitación psiquiátrica ingresó al contexto de la medicina general. Se fomentó la creación en los hospitales generales de unidades psiquiátricas para pacientes hospitalizados, pacientes atendidos en la comunidad o en la consulta externa y para pacientes diurnos. En un principio se pensaba que buena parte de los cuidados otorgados a los pacientes con trastornos psiquiátricos que estaban internados debían prestarse en el hospital general, so cooperaba con otros sectores de los servicios sociales de salud, podía sustituir al hospital psiquiátrico. Aunque había y sigue habiendo dudas respecto este plan, se señalaba de manera particular que la rehabilitación de los pacientes con trastornos psiquiátricos se había dirigido en el pasado a aquellos cuyas incapacidades psiquiátricas primarias estaban gravadas por incapacidades sociales secundarias debidas al hospitalismo. En el futuro se debería atender a quienes manifestaban incapacidades psiquiátricas inestables pero que sólo habían permanecido poco tiempo en un ambiente de hospital. Se pronosticaba que, con el tiempo, los hospitales generales y regionales tendrían secciones de psiquiatría para satisfacer las necesidades de la población local, y que cada sección tendría anexo un hospital de atención diurna. Se pensó sobre las semejanzas y diferencias entre la rehabilitación física y la psiquiátrica, y la naturaleza de las diferencias entre incapacidad física y psiquiátrica, así como entre el ambiente físico y el social (op. cit.).

La distinción entre rehabilitación física y psiquiátrica está clara. La persona psiquiátricamente incapacitada tiene dificultades en el desempeño de papeles en el ambiente social, mientras que la persona físicamente incapacitada tiene dificultades en desempeñar tareas en el ambiente físico. Desde luego se admitía que existía cierto traslape entre el desempeño de tareas y el de papeles; de todas formas, esta distinción esclareció en algo las metas de la rehabilitación psiquiátrica (op. cit.).

Con el movimiento que consideraba la comunidad, comenzó a cambiar la meta de la rehabilitación. La reubicación ya no era la meta principal, y la rehabilitación ya no fue sólo el proceso de mejorar o restablecer la función de los incapacitados.

Los estudios de Wing y colaboradores (1972), así como los citados por Criswell (1968), hacen dudar bastante de la opinión de que la rehabilitación psiquiátrica es un proceso de cambio en las capacidades, como el que se piensa que tiene lugar en el hospital psiquiátrico. Por el contrario, es un proceso de lo que Criswell llama "acomodación".

Significa esto que los profesionales que participan en la rehabilitación tienen que preocuparse más por los problemas cotidianos de la "vida real" de las personas que sufren enfermedades mentales. El paciente incapacitado, en la comunidad, a menudo tiene dificultades en establecer y mantener relaciones interdependientes con los demás.

La rehabilitación requiere ajustar o adaptar al individuo en el ambiente social, tanto en el sistema de apoyo primario como en el secundario. Por lo tanto, el ajuste lo deben hacer tanto los miembros no incapacitados del sistema como la persona que sí lo está (Wing y cols., Criswell, citados en Watts y Bennett, 1990).

Es necesario porque las presiones sociales de esos sistemas exacerban las incapacidades, por lo que se requieren apoyos sociales para amortiguar tales presiones y mantener un desempeño aceptable de los patrones de conducta. No siempre le resulta fácil al paciente psiquiátrico incapacitado, o sus parientes y amigos, realizar los ajustes, porque los pacientes frecuentemente se han comportado de una manera que los ha alejado de su familia y amigos. Y también la familia puede hacer tantas críticas y rechazar al enfermo que la vida con ella quizá no sea un objetivo deseable en la rehabilitación. Por razones semejantes, los pacientes con trastornos psiquiátricos tienen dificultad para encontrar lugar dónde vivir o un empleo razonable (Ebringer y Christie-Brown, 1980).

Si bien el empleo ya no es una de las metas principales de la rehabilitación, es un objetivo favorable para quienes pueden conseguirlo. Si la persona incapacitada no tiene empleo, es indispensable que se ocupe en algo, porque, al menos en la esquizofrenia, las incapacidades

intrínsecas resultan afectadas si aumenta el tiempo que se pasa sin hacer nada (Wing y Brown, 1970).

El movimiento por la rehabilitación en la comunidad ha ocasionado otros cambios. Ha ampliado las metas de la rehabilitación, que ahora incluyen el reajuste vocacional, el interpersonal y el residencial. Ha puesto de relieve la necesidad de "operaciones combinadas". Tiene que haber un ajuste entre los incapacitados y los no incapacitados, tanto dentro como fuera de la familia. Debe de existir cooperación entre el personal y el paciente, puesto que la rehabilitación no es algo que se le "hace" a alguien o para alguien. Debe existir comunicación entre el personal, en los equipos multidisciplinarios; entre las diferentes formas de servicio como el residencial, diurno y de internado; así como entre el personal médico y social, el remunerado y el voluntario. Estos cambios, a su vez, han dirigido la atención no sólo a las necesidades específicas de la persona y a los perfiles tan específicos de la incapacidad y la capacidad, sino también a las exigencias que establece el ambiente del individuo y los apoyos específicos que presta.

En la rehabilitación comunitaria temprana, entonces, tiene que cesar la rehabilitación rutinaria e irreflexiva de grandes grupos de pacientes como se practicaba antaño en el hospital psiquiátrico y asumir el enfoque "individual".

La rehabilitación se inicia actualmente en una etapa más temprana del comienzo de la incapacidad, y más bien trata de impedir que se generen incapacidades en las instituciones. De todas maneras, el desarrollo de la rehabilitación fuera del hospital ha sido lento (Watts y Bennett, 1990).

PARTE 3.

EVOLUCION DE LA PRAXIS PSIQUIATRICA: ABORDAJES INSTITUCIONALES DE LA ENFERMEDAD MENTAL.

3.1. MAZMORRAS, CARCELES, HOSPITALES GENERALES, ASILOS Y MANICOMIOS.

Las necesidades de atención a los enfermos mentales evolucionan con el tiempo y demandan soluciones propias para cada situación y momento histórico específico. Es así que desde los albores de la civilización, la locura ha sido un tema sobre el cual se ha escrito y hablado durante toda la historia de la humanidad, en todas y cada una de las culturas que la constituyen y siempre se ha podido comprobar la existencia de criterios, actitudes y prácticas tanto sobre las enfermedades como hacia los enfermos mentales.

Antes de la existencia de instituciones, si los enfermos amenazaban la paz y el orden público, la actitud de la sociedad para con ellos era cruel. Se cree que los expulsaban de la comunidad o que la suerte que corrían era semejante a la de quienes portaban “el espíritu de un muerto”, es decir, que se les podía condenar a la muerte, a causa de esos espíritus malos y de esos demonios que se habían apoderado de ellos. Ante estos hechos muchos enfermos mentales, huyeron a los bosques, donde se les olvidó, empeoraron y se convirtieron en el terror de los que tropezaban con ellos.

Postel y Quérel en su compilación sobre la Historia de la Psiquiatría (1993), describen con detalle el abordaje institucional de los enfermos mentales (alienados) en Europa, donde se gestan grandes movimientos desde la Edad Media hasta los albores del siglo XIX.

En este texto se señala que la privación de la libertad es, para los alienados de la Edad Media, una medida común y corriente, pero en situaciones bien definidas: es encarcelado el que se entrega a las vías de hecho, el furioso, el “mal tonto que comete excesos y desmanes”, y al que ni parientes ni vecinos pueden soportar, al menos provisionalmente. Desde el siglo XIV los

archivos urbanos mencionan el encarcelamiento de frenéticos en crisis, de carácter transitorio las más de las veces, sin ninguna finalidad terapéutica.

La privación de la libertad se impone, sobra decirlo, cuando hay heridas a terceros u homicidios. En el caso de una agitación sin consecuencias penales, el encierro queda limitado a la duración de la crisis, en espera de una solución práctica: busca de los parientes, por ejemplo, para confiarles al loco (Postel y Quétel, 1993).

Los gastos de manutención del loco encarcelado, si puede hacerlo la autoridad, corren a cargo de los familiares. Los locos extranjeros, sin sostén familiar, son expulsados pura y simplemente a veces después de haber sido azotados. Las torres de los recintos fortificados de las ciudades son, en los siglos XIV y XV, lugares de detención para locos.

En los siglos XII y XIII, periodo de expansión económica en Occidente, se multiplican las fundaciones de hospitales u hospicios que recibían a los indigentes, a los enfermos, a los vagabundos a quienes una economía agrícola de bajos rendimientos y fluctuaciones importantes arrojaba a los caminos o marginaba despiadadamente en caso de crisis, o cuando la presión demográfica se tornaba demasiado fuerte. Por iniciativa de las autoridades eclesiásticas o de laicos piadosos preocupados por asegurarse la salvación (pero también ansiosos de perpetuar su memoria) se crearon estas instituciones de caridad, necesarias en una sociedad dominada por la pobreza. Hospicios y asilos, que se encuentran hasta en las villas más pequeñas, acogen, por un tiempo a menudo limitado, a los excluidos y, entre éstos, a los locos arrojados de su comunidad originaria. El hospital es por encima de todo, una estructura de auxilio a los pobres: el deber de la caridad justifica la función hospitalaria. El loco es acogido allí menos como enfermo que como pobre, como marginado (op.cit.)

En el transcurso del siglo XIV sale a la luz la idea de que los locos son una categoría específica de excluidos y que las instituciones deben hacerles un lugar aparte; así, por ejemplo, la cédula de fundación del hospital de la Santísima Trinidad en Salisbury señala que “los locos se mantendrán al abrigo hasta que hayan recuperado la razón”.

A fines del siglo XIV y en el siglo XV, las fundaciones de asilos distintos para los locos, o al menos de salas que se les reservan en las instituciones de asistencia, son objeto de mención cada vez más frecuente, exclusivamente en el medio urbano. Hamburgo, en 1375, fue una de las primeras ciudades en que se destinó una celda para resguardar a los locos. En el siglo XV, el hospital de Santa María de Belén —conocido también con el nombre de Bedlam— daba acogida a dementes que donantes piadosos no olvidaban en su testamento, y que daban un poco de su dinero para “los pobres locos de Belén”. En 1471, el consejo de Bamberg mandó construir “una casa para personas privadas de razón”. Los pacientes agitados, a quienes ninguna familia acogía, quedan albergados de tal modo en los hospitales.

Las hermandades, asociaciones lo mismo urbanas que rurales, desempeñaron un papel muy importante en la asistencia a los pobres y los enfermos. Los estatutos de estas organizaciones caritativas enumeran con exactitud los deberes de las asociaciones en este campo: el albergue para alienados forma parte de ellos en algunos casos (Postel y Quérel 1993).

Así, por ejemplo, en España, las hermandades, crean asilos (como el de “Los Inocentes” en Sevilla), especializados a veces en la asistencia a los alienados (el asilo de Valencia estuvo patrocinado por la asociación de “Los Inocentes”). Las hermandades contribuyeron poderosamente a hacer que los locos fueran objeto de empresas de caridad y a contrapesar, de tal modo, la connotación demoníaca a menudo asociada a la enfermedad mental. Sólo los idiotas quedan asimilados plenamente a los pauperes Christi, a todos los débiles caros a Dios y a quienes el cristiano debe socorrer (op.cit.).

En 1656, se funda el Hospital General de París, el objeto de dar acogida indistintamente a todos los vagabundos: los mendigos válidos son sin duda la presa privilegiada, pero los ancianos, los niños, los tífosos, los sarnosos, los epilépticos, los locos y, de manera más general, los enfermos reciben acogida de igual modo.

También en esto, la dimensión caritativa no debe ocultarse en provecho de la sola perspectiva represiva.

Lejos de circunscribirse a Francia, este encierro de los vagabundos, en los lugares en que se conjugan la asistencia y la represión, es un fenómeno ampliamente europeo: casas de misericordia en España, hospitales generales de Roma, de Venecia, Zuchthausern en Alemania, Doll-Huis de Amsterdam, Workhouses de Inglaterra, son otras tantas casas en que se encierra a mendigos y vagabundos, y en las que a los válidos se les obliga a trabajar.

Ahora bien, dos categorías de enfermos habían sido hasta entonces rechazados regularmente de los hospitales y hospicios: los que padecían enfermedades venéreas y los insanos. Los primeros a causa de su contagiosidad tanto física como moral, los segundos porque incomodaban demasiado a sus prójimos.

Más tarde, un decreto del Parlamento de París, en 1660, señala que “será provisto de un lugar para encerrar a los locos y las locas que se encuentran ahora, o se encontrarán más tarde, en el dicho Hospital General”. En efecto, contrariamente a una idea muy arraigada, no se trata de revolver a todas las categorías de encerrados. De hecho, se lleva a cabo una segregación estricta en el interior mismo de los hospitales generales y los locos, sobre todo, son cuidadosamente aislados del resto de la población recluida. Y esto es tanto más fácil en el Hospital General de París cuanto que dos casas se han desarrollado en forma desmesurada desde el principio: Bicetre para los hombres y la Salpetriere para las mujeres...

En el siglo XVIII, los reclusorios se multiplicaron y diversificaron para tomar el relevo de los hospitales generales y de unas cuarenta cárceles del Estado (la más célebre de las cuales fue la Bastilla) (Postel y Quérel, 1993).

Entre estos sujetos a corrección, encerrados unas veces por orden de arresto y otras veces por sentencia de la justicia o decisión de la policía, los insanos constituyeron una proporción constante, que osciló alrededor de 20%. Por encima de esta media global, cabe señalar que muchas prisiones no recibían prácticamente locos, en tanto que otras, por lo contrario, se fueron especializando cada vez más en darles cabida, hasta el punto de que a veces llegaron a constituir 50% de su contingente.

Otro multiplicador fue el de la creación, bajo el reinado de Luis XV, de los asilos...Luego del fracaso de los hospitales generales, sobre todo en provincia, el poder central decidió, a partir de 1724, hacerse cargo directamente del encierro de los vagabundos. Los asilos constituyeron, de tal manera, un nuevo eslabón que pronto se hizo indispensable en la cadena del encierro. Estos asilos tienen por objeto el internamiento de los indigentes: pordioseros, enfermos y ancianos, prostitutas, sujetos a corrección “irrecuperables” rechazados por los reclusorios religiosos. A estos contingentes hay que añadir los números cada vez mayores de sujetos a tratamiento médico: víctimas de enfermedades venéreas, sarnosos, epilépticos, insanos...

Los insanos, que constituían globalmente de 10 a 20% de la población de los asilos, solían quedarse mucho más tiempo, a menudo hasta su muerte. Sólo una curación muy problemática o una petición de liberación, prácticamente excluida por el hecho de que se trataba de indigentes sin familia, podían justificar, en efecto, su liberación (Postel y Quérel, 1993).

Durante varios siglos el establecimiento típico de enfermos mentales en Europa fue el Manicomio, lugar con pequeñas habitaciones con agujeros en la pared en lugar de ventanas, con pisos de piedra, sin calefacción ni muebles de ningún tipo. Desnudos y sujetos a la pared con grilletes, permanecían allí toda su vida, los vigilantes armados de látigos, acudían únicamente a apaciguar a los que se alborotaban (Castañeda, 1994).

En 1785, se difundió por toda Francia una circular que prescribía que no bastaba con secuestrar a los alienados, sino que también era necesario darles tratamiento en establecimientos especiales subdivididos en salas de clasificación. Fue también en 1785 cuando el rey encargó a la Academia de Ciencias que diese su opinión acerca de la reforma de los hospitales. Tenon, uno de los miembros de la Comisión formada, dio a la publicidad tres años más tarde su *Mémoire sur les hopitaux de Paris*, que entre otras cosas trazó el cuadro de la locura en París y en algunas grandes ciudades del reino. Es cierto que, expuso Tenon, es preciso poner a los locos furiosos en imposibilidad de hacer daño, pero “su estado lamentablemente ha llamado desde hace tiempo la atención del gobierno”. Primero se cuida a los maniacos en el Hospital General y, sigue diciendo Tenon, cuando se les declara incurables se les despacha a los reclusorios o casas de orates. (Postel y Quérel, 1993).

El siglo XVII, representa un periodo de transición, desde la dependencia sin crítica de las antiguas creencias en los dioses, que en el renacimiento encontró su expresión en la manía por la brujería, a la especificación y aplicación de criterios metodológicos en la ciencia. Varios progresos científicos condujeron a la preocupación por la observación de la conducta, lenguaje, acciones, capacidad de emitir un juicio correcto y el estado emocional de una persona.

Como resultado de la importancia atribuida a la razón durante el Siglo de las Luces, la locura fue confinada al terreno de lo absurdo y lo irracional, la glorificación de la razón y la falta de tolerancia para lo irracional, culminó con un rechazo completo del enfermo mental desde un punto de vista filosófico, lo que representaba el primer paso hacia el puritanismo.

Durante el siglo XVIII, había una contradicción básica en la actitud hacia el enfermo mental, estos eran rechazados por las sociedades profesionales médicas, aún cuando los hombres cultos de toda Europa estuvieron ocupados en la discusión filosófica sobre la mente humana y sus funciones y de las teorías económicas y sociales, los enfermos mentales continuaban siendo objeto de burla, menosprecio y malos tratos. Mas tarde se hizo algún progreso en la comprensión y tratamiento de la enfermedades mentales. (Castañeda, 1994).

Tenon, escribió que a diferencia de los edificios del hospital que para los demás enfermos no son sino medios auxiliares los hospitales para los locos “cumplen por sí mismos funciones de remedio (...). Es preciso no contrariar al loco, durante el tratamiento; que pueda, en los momentos en que es vigilado, salir de su celda, recorrer su galería, salir a la avenida del jardín, hacer ejercicio que los distraiga y que la naturaleza le pide”.

Se prestó atención preferente a los establecimientos hospitalarios violentamente criticados, y se propuso su sustitución por hospitales especializados y de pequeñas dimensiones.

Comienza de esta manera un periodo de confusión en que el loco, según el médico destinado teóricamente a la curación, no podía hacer que se olvidara el eterno loco social, agitado a peligroso que las leyes consignan nuevamente a la responsabilidad de las familias y de las comunidades. Contradicción que en una gestión lenta y complicada, que es la del nacimiento de

la psiquiatría, deberá aguardar hasta 1838 para encontrar una solución, si no terapéutica, por lo menos institucional (Postel y Quérel, 1993).

Es así que llega a finales del siglo XVIII, el gesto enfático de Pinel, que “rompe las cadenas” que aprisionaban a los alienados y crea el tratamiento moral fundado en el interrogatorio e intervenciones psicológicas.

En 1815 se nombró un comité selecto para estudiar la posibilidad de implantar “mejoras” en el reglamento de los manicomios de Inglaterra, en todos estaba en vigor el usos de cadenas, así como de paja o tablas desnudas como camas, la suciedad, la aglomeración y la falta de ventilación, ponían en peligro la vida. La indignación que estos acontecimientos causaron obligó a introducir cambios beneficiosos, aunque no por eso se desarraigaron ni se corrigieron definitivamente los abusos. Más adelante se abrieron nuevos asilos, que estaban más enfocados al tratamiento comprensivo de los enfermos mentales, aquí es donde comenzó el movimiento de la no violencia. Durante este siglo se sustituyó el término Manicomio por el de Asilo de acuerdo con la nueva actitud terapéutica, por desgracia no duró mucho la emancipación de los pacientes. Con el aumento de la población, y la acumulación de los casos clínicos en los asilos, desapareció el tratamiento moral, incluso de los hospitales privados. Reapareció la fuerza bruta, ahora ya bajo el control legal, al público le empezó a sonar la palabra asilo, casi tan escalofriante como le había sonado anteriormente la palabra manicomio (Castañeda, 1994).

Profunda agitación teórica puso todo en tela de juicio de nuevo durante la Segunda Guerra Mundial; desde 1945-1946 se publicaron críticas y proposiciones de los psiquiatras, y con un retardo aún de quince años aparecieron las primeras construcciones nuevas. Durante varios años, se fueron levantando los hospitales-aldea, mientras que la psiquiatría, por su parte, entró en un periodo por demás evolutivo, las terapias (terapias de choque, neurolépticos) modificaron toda la atmósfera del asilo.

Estos hospitales no siempre están en armonía con las prácticas clínicas; la nueva política de construcciones intentó adaptarse a algunas de las nuevas circunstancias, estableciéndose en centros hospitalarios.

En una suerte de perversión última, el tratamiento moral, a falta de su individualización en una relación de palabra con el médico, se confundió rápidamente con el asilo mismo, pues su aislamiento arrancaba al alienado del medio familiar o social patógeno, en tanto que su reglamento interior, sus zonas de clasificación, la simetría de su plano debían conducir a una simetría del cuerpo y una armonía del alma. En efecto, el asilo puso al alcance de todos el aislamiento (sólo los ricos podían aislarse a domicilio). “El aislamiento actúa directamente sobre el cerebro, escribió Esquirol en 1838, y obliga a este órgano a reposar, al sustraer al alienado de las impresiones irritantes, al reprimir la vivacidad y la movilidad de las impresiones, al moderar la exaltación de las ideas y de los afectos”. Aparte del tratamiento moral, reducido así a su caricatura, el asilo dejó amplísimo lugar a la aplicación de las terapéuticas tradicionales utilizadas desde el siglo XVIII y que, sin pretender atacar a la locura misma, se contentaron con luchar contra los síntomas: calmantes, evacuantes, irritantes, tónicos, sin olvidar la hidroterapia...

Los sedantes más empleados en los asilos para alienados fueron la valeriana, el opio, la tintura de digital, el hachís, utilizados siempre en dosis elevadas. Tónicos y estimulantes son menos numerosos y su moda, iniciada a mediados del siglo XVIII, se prolongó hasta la primera mitad del siglo XIX: además de los regímenes reforzados (chocolate con hierro, por ejemplo), de las fricciones, de las infusiones aromáticas, de los vinos amargos de quina, de genciana, así como de los estimulantes internos (mercurio, mostaza, polvos de esquilas o de cantáridas) se prescribieron en numerosos tipos de alienación mental; melancolía, algunas demencias más o menos complicadas de parálisis, idiocia, histeria, epilepsia y, más generalmente, para cualquier tipo de alienación complicada con agotamiento. De todos modos, la predilecta fue la hidroterapia. Al igual que en la Antigüedad, su valor terapéutico general se creía especialmente útil para la locura.

En la medida en que la terapéutica está de tal modo ligada al asilo mismo que ambos no son sino una sola cosa en el espíritu de la mayoría de los alienistas, es una crítica global la que se desarrolla desde fines del siglo XIX ante los escasos resultados de la terapia institucional que se había convertido, en virtud de una suerte lógica interna pervertida, en instrumento de fabricación de incurables. Se estimó entonces, que para obtener su curación era indispensable someterlos a una higiene de la libertad en lugar de la del aislamiento.

De esta toma de conciencia, aun minoritaria, nacieron la “open-door” entre los anglosajones, el sistema de asilos en “cottage” británicos (1865), después en Francia, las colonias familiares, o las colonias agrícolas, y por último, mucho después del primer conflicto mundial, el asilo abierto (Postel y Quetel, 1993).

El desarrollo de la psiquiatría en América coincidió con el desarrollo de los hospitales, se decía que los países europeos eran los encargados de crear las condiciones para un tratamiento más inteligente y humano, lo que no significa que en otros países no se hiciera, lo que pasaba es que había una separación de funciones médicas y administrativas que repercutía desfavorablemente en los centros mentales.

En 1752 se construyó el primer hospital en Filadelfia, para dementes y posteriormente en otras ciudades de Estados Unidos. Esto ayudó a convencer a las autoridades de que las enfermedades mentales eran controlables siempre y cuando se dispusiera de servicios adecuados, dirección médica y trato humano.

El enfermo mental, como algo esencial de su padecimiento, plantea el problema de sus relaciones con la sociedad, por ello durante mucho tiempo, el problema de su existencia ha sido confundido con la necesidad de tratarle y de proteger a la sociedad mediante su aislamiento. En Francia alrededor de 1920, con la creación del Hospital Henry Rousselle en el mismo lugar del Asilo Saint Anne se inicia una profunda reforma de los establecimientos públicos: la creación de servicios libres y la transformación de los asilos en Hospitales Psiquiátricos. En este país a partir de 1960, la política de “sectorización”, señala la voluntad de llevar la asistencia fuera de los establecimientos cerrados, creando además un dispositivo asistencial comunitario al mismo tiempo. Así el Hospital se convierte en una fase, formando parte de un sistema de atención a la salud mental, y ya no en el asilo de alienados.

A partir de 1972, por decreto, los antiguos hospitales de alienados se denominan “Centros Hospitalarios Psiquiátricos”, actualizando incluso su denominación y Responsabilidad en cada departamento (estado) la obligación de asegurar la hospitalización de sus enfermos mentales, y

si no se cuenta con un hospital en la región, hacerlo mediante un convenio con departamentos vecinos, ya sea en instituciones públicas o privadas (Castañeda, 1994).

3.2. EL HOSPITAL PSIQUIATRICO

Salomón y Vernon (1976) apuntan que hasta hace pocos años, la misión principal de los hospitales psiquiátricos radicaba en el cuidado físico y el control de los alienados. La escases aguda de personal impuso un sistema piramidal de autoridad por el interés de la eficiencia.

El paciente recién ingresado iba a una sala de admisión en donde el mejor equipo humano y los pocos servicios terapéuticos disponibles se hallaban a su disposición. Esta era la única oportunidad que él tenía para curarse. Si no se presentaba una mejoría substancial dentro de unas cuantas semanas o meses, el paciente comenzaba el descenso a través del sistema de salas hasta aquellas de los enfermos más crónicos y quizá las salas más violentas. Con cada paso en el descenso, había menos personal, menos tratamiento, menos intimidad, más reglamentación y más desesperanza. El hospital no tenía generalmente un servicio de consulta externa y había poca ayuda disponible para el paciente recién dado de alta.

No todos los pacientes que permanecían en los hospitales tenían un panorama tan sombrío. Muchas personas que no podían tolerar la tensión de la comunidad exterior eran capaces de sentirse bien en el ambiente protegido del hospital. En él obtenían diversos grados de libertad y de privilegios. Por lo general eran encargados de la granja, la lavandería, y cocinaban los alimentos. Para muchos pacientes este ambiente representaba su ajuste social óptimo y se hallaban bien servidos, los cuales trabajaban bajo difíciles circunstancias (Salomón y Vernon, 1976).

La tendencia actual (en los últimos 10 años) ha sido hacia la descentralización de la autoridad y del empleo del medio hospitalario como una parte integral de la experiencia terapéutica. El hospital se haya dividido en varias secciones autónomas, cada una de ellas bajo la responsabilidad de un jefe de unidad, con sus servicios propios de tratamiento, alimentación y dormitorio. En algunos hospitales los pacientes en las unidades son clasificados en secciones.

Una característica esencial del concepto de medio es el de que todo el personal tiene un potencial terapéutico, es decir, no solamente los profesionales habituales, sino también los ayudantes y todos los que entran en contacto con el paciente. Su papel terapéutico es facilitado por reuniones de equipos en donde todos pueden expresar sus opiniones, describir los problemas, y participar en su solución.

El objetivo de la terapéutica del medio hospitalario es el de abrir y facilitar las comunicaciones en todos los niveles y estimula relaciones más estrechas con la comunidad.

Solamente unos cuantos hospitales psiquiátricos estatales han cumplido plenamente con los cambios en el enfoque terapéutico mencionado en los párrafos anteriores, pero la mayoría han adoptado por lo menos algunos de los conceptos del medio terapéutico. (op. cit.).

Debido a la disponibilidad de mejores cuidados en el hospital y puesto que el público ha aprendido a aceptar la psiquiatría como un método para resolver problemas inherentes al mismo, ha habido un notable aumento en el número de ingresos voluntarios. Esto ha introducido una categoría completamente nueva de pacientes.

Mientras que hubo una época en la cual solamente los individuos "muy enfermos" ingresaban a los hospitales psiquiátricos –principalmente psicóticos y unos cuantos alcohólicos y neuróticos graves- la proporción de pacientes con neurosis y trastornos de la personalidad ha aumentado notoriamente. Esto ha constituido un factor contribuyente a la mejoría del medio hospitalario y al mayor optimismo en los hospitales estatales, puesto que esta nueva población de pacientes requiere una más alta flexibilidad de la filosofía terapéutica.

Las terapéuticas orgánicas se hallan en uso, pero ya no constituyen el único arsenal terapéutico. Los medicamentos tranquilizadores y antidepresivos constituyen el principal recurso terapéutico para la población psicótica. La terapéutica de grupo de un tipo tradicional más formal se sigue usando todavía, existe también un mayor énfasis en la terapéutica recreativa y vocacional, con atención particular al papel que ambas desempeñan al estimular la interacción constructiva social.

La hospitalización en la actualidad tiende a ser breve y flexible. El paciente puede recibir tratamiento durante el día y regresar a casa durante la noche. Se hace hincapié en el mantenimiento del contacto con la familia y la comunidad y en ayudar al paciente a adaptarse a ellas con más eficacia (Salomon y Vernon, 1976).

Clark (1973), dice que en realidad un hospital psiquiátrico, debe ser considerado como una especie de alojamiento con virtudes terapéuticas y como un refugio "tranquilo". La atmósfera de un hospital de este tipo debe promover formas nuevas y más saludables de conducta, motivaciones y actitudes cuidando de no llegar a los extremos que pueden perjudicar el bienestar del paciente y del personal que lo atiende, la actitud hacia el tratamiento debe ser protectora pero excesivamente restrictiva (D. Clark, 1973).

Gralnick (1974), plantea que las hospitalizaciones sólo fuesen para obtener una regulación mental, es decir, controlar la fase aguda. Uno de los procedimientos para llevar a cabo esto, es la conocida hospitalización continua que es requerida cuando las perturbaciones y alucinaciones del paciente se hacen muy agudas, es decir, cuando se encuentran sumidos en la depresión o la ansiedad o cuando llegan a convertirse en una amenaza para sí mismos y/o los demás, en estos casos es necesario someterlos a cuidados prolongados (de dos a tres meses) que en un momento dado no le puede proporcionar la familia (Gralnick, 1974).

Durante los periodos de hospitalización, la relación con la familia se establece más o menos de la siguiente manera:

Al principio se prohíben las visitas, ya que se estima que el paciente delira demasiado o esta demasiado agresivo. Después el régimen de visitas es más abierto, lo que permite ver si son bien aceptadas las visitas por el paciente, posteriormente son más regulares al haber mejoría, se prosigue con un regreso condicional al seno familiar y por último su salida definitiva (Broustra, 1979).

Lo más frecuente es que la familia esté dispuesta a recibir de nuevo al sujeto una vez que los médicos consideran satisfactorio su estado clínico. Asimismo el sujeto también reclama su

salida desde el momento en que se considera mejorado. La mayor parte de las historias clínicas de los esquizofrénicos están marcadas por hospitalizaciones más o menos prolongadas. Durante los periodos llamados de remisión, el sujeto acude a la consulta, a menudo llevado por su familia. El médico en conversación directa con el sujeto y los miembros de la familia, aprecia el estado mental actual y modifica la terapia en consecuencia. A veces se intenta una reinserción profesional, con resultados variables, y frecuentemente efímeros.

Broustra, dice que este modo de actuar queda marcado por las variaciones de normalidad – anormalidad del sujeto. La familia y el servicio hospitalario se ayudan mutuamente a soportar la situación mediante un sistema de intercambios resumible así: va mejor, puede vivir en familia; va mal, conviene que el hospital se vuelva a hacer cargo de él (Broustra, 1979).

Aunado a esto, se ha observado también que el costo- beneficio tanto para la familia del paciente como para la institución de salud mental que lo atiende se ve afectado ya que los gastos son muy elevados y los beneficios son transitorios, por lo que se han propuesto procedimientos y servicios intermedios y de rehabilitación para este tipo de pacientes, uno de ellos es la hospitalización parcial la que trataremos ampliamente en el capítulo siguiente.

3.3. LAS INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS EN MEXICO

México inició hace más de cuatro siglos la atención de las enfermedades mentales, y desde entonces, lo ha hecho a través de instituciones creadas para tal fin.

La historia de estas instituciones ha estado revestida de concepciones acerca del origen y pronóstico de las enfermedades mentales, y son el resultado de más de doscientos años de enconados enfrentamientos por parte de dos formas de pensamiento universal: el científico y el religioso.

HOSPITAL DE SAN HIPOLITO

El Dr. Pérez Rincón apunta en su libro “Breve Historia de la Psiquiatría en México” (1995) que en 1566, Bernardino Alvarez fundó el primer hospital en América dedicado al amparo de los enfermos mentales, los viejos, los convalecientes pobres, los inocentes o retrasados. Desde el 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 Hermanos de la Caridad.

“Estos hospitales en la Nueva España constituyen un riesgo característico de la cultura colonial, donde insistimos, el elemento de caridad era esencial” (Calderón Narváez, citado en Pérez-Rincón, 1995).

Bernardino Alvarez 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.

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 el principio, pues el dinero de Bernardino Alvarez se gastó en la edificación del hospital, por lo que para su sostén tuvo que recurrir a las donaciones y la caridad pública (op.cit.)

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:

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 reclusos 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 sobrenatural 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 mudo. (Muriel, J. 1990).

Esta obra se extendió en dos redes hospitalarias más, para el auxilio de 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 en 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 (Pérez-Rincón, 1995).

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 Ana 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 albergados (op.cit.).

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

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 (Pérez-Rincón, 1995).

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 a atender a mujeres con enfermedades mentales. Esta obra fue 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 las internas corrió a cargo del arzobispo (op.cit.).

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 de 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 del territorio Borbónico, el hospital quedó bajo la tutela del Real Patronato hasta la consumación de la independencia.

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 (Pérez-Rincón, 1995).

En 1871 el Cabildo de esta ciudad dispuso que el hospital sirviera de asilo a niñas y a 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 de Lerdo de Tejada, las Hermanas de la Caridad fueron lanzadas del hospital y poco a poco la institución cayó en el abandono. La sobrepoblación 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. En el espacio diseñado para 1900 había 403 asiladas.

Esta situación se mantuvo cinco años más hasta que se trasladó a las internas al nuevo Manicomio "La Castañeda" (op.cit.).

LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

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 conocida como los juaninos.

En un principio las instalaciones que crearon estuvieron predominantemente dedicadas a la atención de leprosos, sifilíticos, 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 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 1901 se restauró la orden hospitalaria en México ya con su nueva misión 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 abrieron un nuevo hospital en Cholula, Puebla, llamado De Nuestra Señora se Guadalupe. En 1949 abrió sus puertas la clínica San Rafael, en Tlalpan, D.F., que hasta nuestros días es uno de los centros privados más importantes del área metropolitana. (Pérez-Rincón, 1995).

EL MANICOMIO GENERAL DE “LA CASTAÑEDA”

Después de las deplorables condiciones en que se encontraban las instituciones de atención a los enfermos mentales en nuestro país, sobretodo a finales del siglo pasado, fue creado en 1910 en 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 estaba 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 (op.cit.).

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 psiquiátrica más 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 talleres, baños, anfiteatro, etc. (Pérez-Rincón, 1995).

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

En un principio la obra fue proyectada para albergar entre 800 y 1000 pacientes. Para 1950 albergaba a más de 3000. Se repitió la misma historia de los manicomios pasados. La sobrepoblación 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 en los trabajadores y una verdadera mafia protegida por líderes sindicales corruptos, lucró durante años 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 Viniegra, 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 (op.cit.).

Al superarse el concepto de asilo y surgir nuevas terapéuticas, 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 en León, Guanajuato.

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

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 coercitivo, 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 de la década de los sesenta, anunciaba una labor titánica para las instituciones asignadas (Pérez-Rincón, 1995).

Para solventar esta situación se elaboró la llamada históricamente 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 Psiquiátrica.

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

El proyecto arquitectónico fue encomendado a la Comisión Constructora de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, mientras que el diseño funcional fue encargado a un grupo de especialistas de la salud mental.

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

- Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, con 600 camas, para enfermos mentales agudos adultos.
- Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, con 200 camas.
- Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, en Tlahuac, con 519 camas, para pacientes crónicos.
- Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, con 495 camas, en el Batán, Puebla, para crónicos.
- Hospital Psiquiátrico Dr. Adolfo M. Nieto, con 524 camas, en el Estado de México, para mujeres.
- Hospital Psiquiátrico Fernando Ocaranza, en Pachuca, Hidalgo, con 620 camas para enfermos crónicos no recuperables.

Durante el gobierno del presidente Gustavo Díaz Ordáz, 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 los especialistas mencionados (Pérez-Rincón, 1995).

Esta operación fue terminada en mayo de 1984, su aplicación duró 20 años.

3.4. EL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

En la reseña histórica de la psiquiatría en México editada con motivo del XXX aniversario del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, S.SA. (1997), se cita:

Una de las instituciones que más reconocimiento ha tenido a nivel nacional e internacional es el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, el cual se planeó como el centro neurálgico del sistema de atención para la salud mental, ya que sería el tamiz por el que se canalizarían los pacientes de acuerdo al tipo de tratamiento requerido en cada persona.

El Hospital fue inaugurado el 9 de mayo de 1967, iniciando su funcionamiento el 22 de junio del mismo año, siendo su primer director el Dr. Mario Fuentes Delgado y como subdirector médico el Dr. Javier Garciadiego Madrid.

Con un cupo original de 600 camas, en un edificio de ocho pisos de altura, el objetivo de esta institución, generada bajo el enfoque de la psiquiatría moderna es el brindar atención integral el enfermo mental en la fase aguda de la enfermedad, de ambos sexos, mayor de 18 años, que no cuente con servicios médicos de seguridad social, dando especial atención a la población de bajos recursos económicos.

Al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", se le asignaron como funciones básicas:

- a) La prevención de enfermedades mentales
- 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 Alvarez", vivió una de sus mejores épocas. En primer lugar por ser un hospital nuevo y en ese momento con todos los recursos, en donde la atención al paciente psiquiátrico

era adecuada y eficiente; y la enseñanza tenía como representante al propio curso de Residencia en Psiquiatría, 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 conocimientos.

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

El Servicio de Terapia Ocupacional que ocupaba el ala izquierda de la planta baja, tenía desde entonces talleres 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 a 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 las funciones básicas para las cuales había sido creado.

A casi 20 años de funcionar bajo los mismos preceptos operativos y teóricos, durante los cuales la inmovilidad había generado una gran desorganización, llevando al hospital a una problemática 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 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. En 1987, el quinto piso, se reestructura y, es el primero que se organiza como comunidad terapéutica, hasta llegar a 1992 año en que se realiza el cambio de los nuevos programas establecidos y de las actividades técnico-médicas, ya que los diferentes servicios exigían esta forma de organización.

En 1988, se logra la autorización de los comités ex profeso de la Secretaría de Salud, estos juegan un papel indispensable, ya que junto con la Dirección, los Subdirectores 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.

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

En 1991, aparece la Revista Psiquis como órgano de difusión de la investigación y el avance psiquiátrico en la institución en particular y en México en general. Esta publicación sirve como retroalimentación al Servicio de Investigación al impulsar las líneas de investigación de la salud mental. Desde esa fecha se sigue publicando y tiene una distribución que cubre todos los países de América y algunos de Europa.

La Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP), se transforma en La Unidad Médico Quirúrgica de Atención Intensiva Psiquiátrica (UMQAIP), con la necesidad de proporcionar atención médica integral a las interurrencias médicas y quirúrgicas y brindar cuidados especiales a las psiquiátricas. Esta Unidad cuenta con el equipo más moderno y sofisticado en

atención médica psiquiátrica, además de que la plantilla de personal está capacitada y organizada de acuerdo a los más altos estándares médicos.

Para 1992, el hospital, que ha sido desde su establecimiento el principal educador y formador de los profesionales de la psiquiatría en México, y sentida esta responsabilidad ha ido modificando su organización para mantener el más alto nivel entre sus residentes y estudiantes, es por eso que en este año se modifica la docencia para postgrado, 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 y los niveles de exposición en las sesiones clínicas han mejorado notablemente. 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.

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

En el plan de remodelación física del inmueble, se contruyó un edificio anexo de dos plantas, en la planta baja se reubicaron los Servicios de Consulta Externa y Urgencias. En la planta alta, se ubicaron los Servicios de Hospital Parcial (de día y de fin de semana), Psiquiatría Comunitaria y la entonces jefatura de división de Hospitalización Parcial, Rehabilitación y Psiquiatría Comunitaria, hoy Subdirección de Servicios Ambulatorios.

Se reorganiza el Servicio de Rehabilitación y Terapia Ocupacional incluyendo programas de vanguardia en el campo con el fin de reintegrar a los pacientes egresados a una vida social y familiar de manera más adecuada. Se forma 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.

En este mismo año (1992), en el renglón de la enseñanza el hospital 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, así como los cursos de pregrado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM y de otras escuelas del D.F. y del interior de la República Mexicana. Existen los diplomados de Psicogeriatría, Administración de Enfermería y Enfermería Psiquiátrica con reconocimiento universitario y por supuesto el curso de la Residencia Médica para formación de Médicos Psiquiatras.

En el capítulo de la investigación se ha adelantado en forma sustancial de tal manera que se realizan investigaciones clínicas con psicofármacos, en la línea estadística y en la clínica en cooperación con otras instituciones.

En 1994, se recibe el apoyo de la Secretaría de Salud, al otorgar 100 nuevas plazas ya que para eficientar las actividades del hospital se ha requerido aumentar continuamente la plantilla de personal, lo que significa un gran esfuerzo sostenido en la gestión frente a las autoridades superiores.

Se abre la Unidad de Observación en Urgencias, ya que las características propias de las urgencias psiquiátricas hacen indispensable la creación de esta área para observar la evolución y dar tratamiento oportuno a pacientes de corta estancia (por horas) sin necesidad de recurrir a la hospitalización continua. Esta Unidad presta atención oportuna e inmediata las 24 horas del día los 365 días del año, para tratar, canalizar y/o referir a los pacientes a los servicios o instituciones adecuadas.

El hospital es miembro de la Asociación Mexicana de Hospitales, así como de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial.

Se inauguran las áreas físicas remodeladas destinadas a los Servicios de Rehabilitación y Terapia Ocupacional.

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

PARTE 4

EL MODELO DE HOSPITAL DE PARCIAL: FUNDAMENTOS

4.1. DEFINICIÓN

La Asociación Americana de Hospitalización Parcial (AAHP), define a la hospitalización Parcial como, un programa de tratamiento ambulatorio, que incluye diagnóstico, tratamiento médico, psiquiátrico, psicosocial y prevocacional diseñado para pacientes con un serio desorden mental y que requieren un coordinado, intensivo, comprensivo, y multidisciplinario tratamiento, permitiendo una mayor flexibilidad y menos restricción en el programa terapéutico, ofreciendo una alternativa al tratamiento intrahospitalario (West, Casarino, Dibella y Gross, 1988).

Weiss, escribe como única diferencia entre la hospitalización parcial y otras estructuras terapéuticas como: “medio tiempo adentro más medio tiempo afuera”, como distribución del tratamiento. El paciente pasa una buena parte de su tiempo dentro del programa terapéutico mientras mantiene un considerable contacto con la comunidad general como su hogar, familia y medio ambiente social y laboral.

Así el hospital parcial representa un interjuego creativo y finalmente terapéutico entre sus propias experiencias en la comunidad y sus experiencias en el programa. Este balance entre estas dos áreas en tiempo e intensidad no puede ser logrado en el internamiento continuo ni en el control externo (Weiss, 1982).

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 (Wahburn, 1976. citado en Río Lugo, 1982).

Cameron, declara que el hospital de día “es la expresión de que los pacientes psiquiátricos no necesitan estar en la cama, No les hace falta permanecer en un hospital hasta que están recuperados, incluso al contrario, no mejoran si les obligamos a estar ingresados; y no sólo el paciente, sino también su unidad familiar, y el marco social general necesitan tratamiento”. Cameron estaba convencido de que en el hospital de día podía tratarse a los pacientes que padecían alucinaciones e ideaciones suicidas igual que los psiquiatras hacían en sus consultas privadas. Comentaba al respecto de la moral más alta que se vivía en el hospital de día en comparación al resto, de los servicios de 24 horas y el ajuste más fácil del paciente una vez dado de alta (Cameron, 1947).

Para Kaplan y Sadock, el hospital de día es con mucho la forma más corriente de hospitalización parcial. En su forma moderna se concibió en el mundo occidental durante los años 40. Una definición operativa de un programa para hospital de día, según su conceptualización y diseño originales, es la de que se trata de un foro en el que un grupo de terapeutas, utilizando un amplio espectro de modalidades terapéuticas, particularmente la terapia de grupo, tratan a un grupo de pacientes (Kaplan y Sadock, 1998).

Una definición ampliamente citada en la literatura subraya que la hospitalización parcial es una forma ambulatoria de tratamiento, que incluye los principales métodos diagnósticos y terapéuticos: médicos, psiquiátricos, psicosociales y vocacionales. Estos programas están diseñados para pacientes con trastornos mentales graves que requieren un tratamiento intensivo, global y coordinado. El tratamiento lo aplica un equipo multidisciplinar, que presta sus servicios en términos de mayor disponibilidad de lo habitual en el encuadre de las clínicas ambulatorias. Por otro lado, la hospitalización parcial permite una alternativa menos restrictiva y más flexible a la asistencia en régimen de ingreso (Casarino, Wilner, Maxey, 1982).

Los términos “hospitalización de día” y “hospitalización parcial” se emplean indistintamente y se han venido utilizando en la literatura para describir una amplia gama de servicios para el tratamiento de una variada gama de pacientes psiquiátricos, incluyendo (1) pacientes de diferentes edades: niños, adolescentes, adultos y ancianos; (2) pacientes en crisis, subagudos,

agudos y crónicos y (3) pacientes incluidos en categorías diagnósticas diversas, desde trastornos de ansiedad a trastornos del ánimo, psicosis, trastornos de personalidad y toxicómanos (op.cit.)

Se han sugerido tres categorías de hospitalización parcial: programas de hospital de día, programas de asistencia diurna y programas de tratamiento de día.

Programas de hospital de día

Para Cameron (1947), “el hospital de día se concibió como una extensión y complemento del trabajo en la unidad de ingresos, y hasta la fecha ha venido funcionando en asociación con un departamento de internos”.

En este sentido, Creed, Black y Anthony, consideran que la hospitalización parcial cumple dos funciones: (1) alternativa a la asistencia en régimen de ingreso y (2) servicio de transición entre el régimen interno y el alta. Los criterios usuales acerca de quien es susceptible de ser atendido en un programa de hospital de día tenían carácter de exclusión. Los criterios más habituales han sido el potencial lesivo para uno mismo o para los demás, el abuso de sustancias tóxicas y el retraso mental. Sin embargo, el potencial lesivo depende en parte de la percepción de las fuentes de referencia, del personal del hospital de día y de los parientes del paciente (Creed, Black, Anthony, 1989; citados en Kaplan y Sadock, 1998).

Para Dickey, Berren, Santiago y Breslaw, los programas de hospital de día ofrecen atención intensiva, incluyendo tratamiento somático al comienzo de una enfermedad aguda durante unos cuantos días o semanas. Dicha asistencia somática suele complementarse con terapia psicosocial, a veces en un encuadre distinto (Dickey, Berren, Santiago, Breslaw, 1990; citados en Kaplan y Sadock, 1998).

Programas de asistencia diurna

Klein y Rosie, consideran que los programas de asistencia diurna se ocupan fundamentalmente del mantenimiento de los pacientes crónicos, al margen de los esfuerzos del staff para hacer rehabilitación. Para Klar, Frances y Clarkin (1982), la desinstitucionalización y las estancias cortas de los pacientes ingresados han contribuido a lo largo de los años para que aumente el número de tales pacientes entre la población. La hospitalización parcial surgió como una

alternativa conveniente a otras formas de asistencia para esta población. De hecho, desde un punto de vista estadístico la mayoría de los pacientes en hospitalización parcial son tratados siguiendo programas de asistencia diurna (Klein, 1974; Rosie, 1987; citados en Kaplan y Sadock, 1998).

Sin embargo, las descripciones y resultados registrados en la literatura levantan serias dudas acerca de la justificación para proporcionar rehabilitación a largo plazo a estos pacientes, refiere Klein, y Lancet al respecto refiere que ello ha llevado a algunos a la conclusión de que los hospitales de día están abarrotados de pacientes psicóticos crónicos mal emplazados a consecuencia de un fracaso de la sociedad para dar asistencia a largo plazo a los discapacitados mentales, a quienes se esconde tras una fachada de inadecuados programas de día, en lugar de encarar el problema directamente. (Klein, 1974; Lancet, 1987; citados en Kaplan y Sadock, 1998).

Programas de tratamiento de día

Estos programas los diseñaron algunos pioneros del movimiento de hospitales de día, especialmente en Inglaterra. Estaban dirigidos a tratar a pacientes no psicóticos con trastornos graves, generalmente afectados también de trastornos de personalidad. El abordaje en los programas se tomó prestado de los conceptos de la comunidad terapéutica; subraya el trabajo de grupo, los equipos multidisciplinares y una amplia variedad de relaciones interpersonales. Lancet, refiere que los programas de tratamiento de día comparten los objetivos de mejorar el funcionamiento social y reducir los síntomas. Una característica diferencial es la prescripción de un tiempo limitado, ya sea igual para todos los pacientes o ajustado a la medida individual. Los programas y la población a la que se dirigen constituyen entidades discretas. Los pacientes suelen requerir un tipo de estructura no disponible en la asistencia ambulatoria y a la vez no necesitan el entorno de la asistencia en régimen de internamiento, caro, restrictivo y que aumenta la regresión (Lancet, 1987; citado en Kaplan y Sadock, 1998).

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 ineficiencia para lograr el mayor bienestar del paciente psiquiátrico.

Sin embargo, debemos tomar en cuenta la utilidad de la hospitalización continua en casos en los que el paciente o las personas que le rodean corren riesgo por la agitación psicomotriz o agresividad que el mismo cuadro psicótico propicia, siendo muy probables en estas circunstancias las hetero y autolesiones; de igual forma aquellos pacientes que rehusan aceptar cualquier alternativa de manejo, a sabiendas de que si no reciben tratamiento, irremediablemente se agravará su situación y a la larga su deterioro será importante; los pacientes con riesgo suicida ya sea por algún trastorno afectivo o por errores de juicio y conducta, también requieren de la contención y cuidados que brinda la hospitalización continua.

Por su parte la hospitalización parcial es un espacio y un tiempo para que el paciente que habiendo requerido hospitalización continua, logre la readaptación a su ambiente de origen. De igual forma resulta una alternativa al tratamiento ambulatorio, sobre todo en los casos en que la evolución ha sido tórpida a pesar del tratamiento en la consulta externa. Esto en muchos casos obedece a que los pacientes requieren un manejo más estrecho sin llegar a los requerimientos de la hospitalización continua pero sí un mayor manejo de aspectos no solo psicopatológicos.

4.2. ANTECEDENTES

La hospitalización parcial ha existido desde hace varias décadas, y está íntimamente ligada a una práctica médico-psiquiátrica tendiente a mejorar algunas situaciones en que la psiquiatría tradicional ha sido rebasada, debido principalmente a los avances que en materia de salud mental se han alcanzado ya no es aceptable que los pacientes psiquiátricos permanezcan hospitalizados por largas temporadas o de por vida.

El primer hospital de día fue creado por Dzhagarov, M.A; en Moscú, en 1933. Y aunque no fue una innovación programática, sino el resultado de la escasez de camas y financiamiento insuficiente para construir una institución mayor para los pacientes psicóticos y traumatizados de guerra después de la Segunda Guerra Mundial, es preciso reconocer que fue el primer servicio de hospitalización parcial en el mundo, organizado para personas con severas perturbaciones. Este servicio se encontraba asociado al Hospital Psiquiátrico Principal de Moscú.

En Inglaterra en 1935, J.M. Woodall, atendía pacientes psicóticos en una estructura de tratamiento diurno, en el Adams House Sanatorium en Boston. Y en 1938 en el Lady Chichester Hospital, en Hove, se implementó la misma modalidad. El primer hospital de día formal, se estableció en Inglaterra en el Instituto de Psiquiatría Social en los años cuarenta.

El primer programa formal en América fue creado por D.E. Cameron, en Montreal, Canadá en 1947, en el Allen Memorial Institute. El programa funcionó como alternativa a la hospitalización en régimen interno a fin de reducir la necesidad de asistencia durante 24 horas al día.

Posteriormente, en 1948, en Inglaterra, Bierer introdujo un hospital de día como modalidad de transición entre el tratamiento interno y el externo. El programa era de orientación psicoanalítica, utilizando psicoterapia grupal e individual; terapia ocupacional, recreativa y artística; psicodrama y un club social.

El primer programa de hospitalización parcial de Estados Unidos se creó en la Universidad de Yale en 1948, seguido de programas en la Menninger Clinic en 1949 y el Mental Health Center de Massachussets, en 1952. Cada servicio proporcionó programas de tratamiento individualizados para determinados pacientes que pudieran ser tratados fuera del régimen interno.

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 Faarndale 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 este modelo en 1962, estableciendo las modalidades de hospital de día, de tarde, de noche y de fin de semana.

4.3. ASPECTOS TEORICOS

PSIQUIATRIA BIOLOGICA

Aún antes de que se iniciara la revolución psicofarmacológica, los hospitales de día empleaban métodos físicos, incluyendo el coma y subcoma insulínico, terapia electroconvulsiva y condicionamiento de reflejos para tratamiento del alcoholismo (Cameron, 1947).

Un estudio confirmó la idea empírica de que recibir medicamentos se asociaba a una menor tasa de abandonos. El empleo juicioso del empleo de psicotrópicos ha sido un beneficio para los hospitales de día, al hacer posible tratar a algunos pacientes que de otra forma habrían estado demasiado trastornados para incluirlos en un programa diurno (Kutcher, Blackwood, 1989; Coccaro, Kavoussi, 1991; citados en Kaplan y Sadock, 1998).

PSICODINAMICAS

Los conceptos psicoanalíticos se han usado en los hospitales de día conforme los cuatro conceptos psicoanalíticos fundamentales de impulso, yo, relaciones de objeto y psicología del self.

Luber (1979) menciona que las técnicas conductistas se han utilizado especialmente en casos de pacientes psiquiátricos de larga duración (Luber, 1979; citado en Kaplan y Sadock, 1998).

Para Azim y Beck la psicodinámica continúa siendo hasta nuestros días el medio más útil para la comprensión del paciente individual en el medio grupal (Azim, Beck, 1968; citados en Kaplan y Sadock, 1998).

El tema de la interrelación transferencia – contratransferencia es bastante diferente en los hospitales de día que funcionan como comunidades terapéuticas para garantizar la elaboración en el aquí y ahora (Kaplan y Sadock, 1999).

TEORIA GENERAL DE SISTEMAS

Un hospital de día, más que cualquier otro encuadre psiquiátrico, suele diseñarse como sistema integrado. En consecuencia, los elementos de la teoría general de sistemas son especialmente aplicables tanto a su sustrato filosófico como a su operatividad.

El uso de la teoría general de sistemas es el resultado de reconocer la imposibilidad de aplicar la capacidad de explicación, control y predicción de las ciencias naturales a las ciencias biológicas, conductuales y sociales, dado que estas últimas están dominadas por características interactivas, plurifactoriales, organizativas, autoevaluativas y dirigidas a objetivos.

Un organismo y una organización son sistemas cuyas partes y procesos están en constante interacción. La psicopatología, por ejemplo, puede verse como una disfunción del sistema, dado que representa un síntoma.

Entre los importantes sistemas introducidos por la teoría general de sistemas está la inevitabilidad de la existencia de fronteras o límites cuando se estudia una entidad como sistema o como subsistema por propio derecho. Tales límites se asume que son dinámicos en sí mismos, ya que se acomodan a los intercambios necesarios a través de ellos. Los efectos de las terapias psicosociales son un testimonio de la paradoja de que los seres humanos son tan capaces de cambiar como de resistirse a los cambios.

En un programa de hospital de día de funcionamiento óptimo los pacientes como grupo son los principales motores del sistema. Sin embargo, cuando se precipita una crisis por el intento de suicidio de un paciente, tiene lugar un cambio en la jerarquía de prioridades.

Una situación incluso más grave, como un conflicto entre los miembros del staff que inconscientemente desestabiliza el sistema, puede llevar a una alteración colectiva entre la población de pacientes (Menzies, 1960; von Bertalanffy, 1966; Skynner, 1976; citados en Kaplan y Sadock, 1998).

4.4. ASPECTOS CLINICOS

Existen tres categorías diferentes de tratamiento psiquiátrico en la hospitalización de día; una enfatiza el tratamiento dentro de programas del hospital de día, otra el tratamiento y la rehabilitación en programas de tratamiento de día y una tercera la rehabilitación y mantenimiento en programas de asistencia diurna.

Tratamiento. El tratamiento incluye métodos biológicos, psicológicos y sociales dirigidos a producir cambios en el estado del paciente.

La terapia electroconvulsiva (TEC) se ha utilizado en hospitales de día desde el comienzo de este movimiento.

La psicofarmacoterapia se utiliza ampliamente en los tres tipos de programas. Aunque los medicamentos se consideran como un pilar fundamental en los programas de hospital de día, cabe entenderlos como un complemento de los programas de tratamiento y un instrumento para mantenimiento y prevención en los programas de asistencia diurna.

La terapia, especialmente terapia de grupo, es la columna vertebral de los programas de tratamiento de día, generalmente, se dispone de una amplia gama de grupos. Se ofrece terapia de familia y de pareja (Kaplan y Sadock, 1998).

Rehabilitación. Robert Rapoport, uno de los primeros investigadores de la hospitalización de día, subrayó la importancia de diferenciar los métodos y objetivos del tratamiento de los de la rehabilitación. Los grupos de rehabilitación pueden incluir grupos de entrenamiento de aptitudes centradas en la comunicación, tareas cotidianas, grupos de pares, actividades sociales y recreativas, actividades de ejercicio y relajación y grupos de actividades académicas y ligadas al trabajo (Rapoport, 1980). Para von Bertalanffy, esta idea se traduce en contemplar al paciente como un sistema activo que necesita terapias orientadas a la acción en respuesta a estados disfuncionales, de forma que se favorezca la integración y la orientación hacia futuros objetivos mediante la anticipación simbólica (von Bertalanffy, 1966).

Mantenimiento. Busca el resultado de reducir en grado óptimo las recaídas y la necesidad de reingresos hospitalarios.

Los programas de hospitales de día varían ampliamente en dos campos asociados al tema del tiempo: duración de las estancias y límite de tiempo. La duración de las estancias suele etiquetarse como breve, a corto plazo, a largo plazo o similares, pero generalmente sin definición o especificación de número de días. El segundo aspecto es la limitación del tiempo para dar el alta a un paciente, a menos que éste se marche antes por voluntad propia o se produzca un alta por razones administrativas. Un límite de tiempo ayuda a tener sobre el tapete el tema de la terminación. Este aspecto puede quedar desenfocado, ya sea consciente o inconscientemente, tanto por los pacientes como por los miembros de la plantilla si no existe tal límite, al margen de la duración de la estancia. En este caso los pacientes tienen pocas oportunidades de trabajar aspectos relativos a la separación, pérdida, rechazo y abandono, y el staff puede verse sosteniendo a pacientes por razones contratransferenciales o de infrautilización de recursos (Cutick, 1988).

4.5. PROCESO TERAPEUTICO

Actualmente, los programas de hospitalización parcial se utilizan para tratar una amplia gama de trastornos y utilizan diversas técnicas de tratamiento con diferentes orientaciones. Pueden identificarse los siguientes objetivos:

1. Una alternativa al tratamiento interno
2. Una modalidad de transición del tratamiento interno a externo que permita al paciente volver a su hogar en una etapa anterior del curso de la enfermedad
3. Una alternativa al tratamiento externo para los individuos que estarían en mayor riesgo de enfermedad mental sin el beneficio de un mayor contacto social e intervención psicológica
4. Un programa continuado de apoyo social y psicológico de determinadas poblaciones.

Hospitales de día. Se utiliza un modelo médico flexible en el marco del medio terapéutico. Se pone énfasis en las intervenciones conductuales, la interacción social, educación y rehabilitación profesional, además de las intervenciones psicoterapéuticas individuales o grupales y las intervenciones psicofarmacológicas. La identificación con las figuras de autoridad, la modificación de la conducta y el reforzamiento del yo mediante el dominio de tareas grupales e

individuales de la vida cotidiana son instrumentos importantes del proceso de tratamiento (Kaplan y Sadock, 1992).

Hospitales de tarde, noche y fin de semana. Tienen por objeto principalmente ayudar al paciente individual a realizar el tránsito de la situación de internamiento a la de la comunidad. Estos programas son especialmente útiles para los individuos capaces de reintegrarse en su trabajo, escuela o programa de formación, pero con insuficientes apoyos familiares o interpersonales para pasar del hospital a la comunidad sin un periodo de transición con protección social. Es un programa que también puede utilizarse para aquellos individuos que siguen funcionando en su trabajo sin hospitalización de 24 horas, pero que necesitan la asistencia de terapias psicológicas, recreacionales y ocupacionales o el asesoramiento profesional proporcionado por el hospital parcial durante las horas no laborables. Estas modalidades deben considerarse también para el individuo cuya situación doméstica es extremadamente difícil o para el cual el regreso a tiempo total a su hogar significaría la adopción inmediata de responsabilidades inconvenientes (Kaplan y Sadock, 1992).

Aunque los modelos de hospitalización parcial surgen por medidas de orden económico, manteniéndose desde su inicio improntados por estas necesidades el modelo de hospital parcial ha respondido a la demanda de optimización institucional y la efectividad de su modelo ha venido manifestándose durante los 60 años de su existencia en el mundo. Paulatinamente esta modalidad de tratamiento ha demostrado su utilidad terapéutica al margen de aspectos financieros.

El modelo se nutre de los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para abordar estos problemas, entre los que destacan los avances científicos en farmacología y en neurociencias, así como las técnicas psicosociales con enfoques de tipo sistémico, dinámicos y sociológico, constituyendo hoy por hoy el más representativo esfuerzo de integración para una comprensión humanística de las alteraciones mentales y de las personas que las padecen.

De lo anterior es menester comentar dos hechos fundamentales que tienen que ver con todos los aspectos mencionados. El primero es que en todos y cada uno de los programas mencionados tanto los aspectos terapéuticos como los rehabilitatorios están íntimamente relacionados,

ocurriendo que en la mayoría de las veces no pueden establecerse límites estrictos entre lo que corresponde exclusivamente al tratamiento y la rehabilitación. Otro es que no existe un solo tipo de hospitalización parcial, sino que son varias alternativas que se tienen dentro de este modelo general.

Dependiendo del tipo de población y necesidades que se tengan, dependerá la estructuración del servicio que se vaya a diseñar.

Por lo anterior es difícil encontrar, en la práctica, un servicio de este tipo que se apegue totalmente a los criterios de clasificación mencionados; siendo cada unidad de hospitalización parcial, tan individualizada y única como sus necesidades lo sean (Kaplan y Sadock, 1992).

Wahburn (1976), menciona que 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 (Wahburn, 1976; citado en Río Lugo, 1982).

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 (op. cit.).

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 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 (op. cit.).

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 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 enfrenta con el imperativo de reducir la tasa de rehospitalizaciones. Lo que pone de manifiesto el descuido que se tiene en algunas instituciones en el rubro readaptativo necesario en el tratamiento psiquiátrico para lograr el acoplamiento al mundo extrahospitalario (Wahburn, 1976; citado en Rio Lugo, 1982).

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 (op. cit.).

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 (Wahburn, 1976; citado en Río Lugo, 1982).

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.

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 (Stanton, 1954).

La hospitalización parcial dentro de una institución psiquiátrica nos habla de la flexibilidad de esta para realizar programas en los cuales los pacientes asisten al hospital durante periodos específicos del día, la tarde, la noche o el 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 sí mismos ni a otros.

En 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 periodo prolongado de observación antes de poder precisar un tratamiento adecuado (Ryan, P., et al, 1982.)

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 coordinado con programas de orientación social y vocacional (Kaplan y Sadock, 1992).

La hospitalización parcial se caracteriza por ser un servicio de corta duración, de carácter transitorio entre el hospital y la comunidad, que evitan los efectos negativos del 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 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, vocacionales o sociales que le permitan conservar y consolidar en lo posible la célula familiar. De esta forma se incentiva a que la familia no se desentienda 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 (op. cit.).

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 al constituirse como una extensión de la unidad de hospitalización, o bien conformar el principal objetivo en programas comunitarios. Puede ser también parte esencial de las 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 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 (Kaplan y Sadock, 1992).

4.6. INVESTIGACION Y EVALUACIÓN

Hay dos afirmaciones sobre la investigación y la evaluación de la hospitalización de día que pueden resultar desalentadoras. La primera es que el conjunto de problemas que dificultaban los estudios hace 20 años continúan siendo vigentes (Creed, Black, Anthony, 1989) Tales problemas incluyen definiciones poco claras sobre las formas de hospitalización estudiadas, escasez de métodos fiables y válidos, falta de control o aplicación aleatoria y elevadas tasas de desgaste en los seguimientos.

En varios estudios se ha demostrado que uno de los procedimientos más recientes en el tratamiento de enfermos mentales, es la hospitalización parcial, que ofrece ventajas en lo que respecta al costo beneficio, disrupción familiar, estigmatización social y excesiva dependencia causada por la hospitalización total.

Los estudios comparativos acerca de la eficacia del hospital parcial frente a la hospitalización completa no han arrojado resultados muy certeros, pero lo que sí se puede afirmar al momento, es que este sistema, representa una alternativa igual o mejor que la hospitalización completa (Kaplan y Sadock, 1998).

PARTE 5

PROCEDIMIENTO

EL SERVICIO DE HOSPITAL DE DÍA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

5.1. ANTECEDENTES

En el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", el servicio de hospital de día se inaugura en el año de 1979, como un proyecto piloto con el fin de establecer un puente de enlace que permitiera al paciente recién egresado y su familia enfrentar de una manera más adecuada el regreso a casa.

El primer programa de trabajo incluía acciones de consulta psiquiátrica de seguimiento, actividades ocupacionales y sociorrecreativas y pláticas de orientación familiar.

Por desgracia el nuevo servicio no contaba con un espacio físico propio, teniendo que compartir las instalaciones con el servicio de terapia ocupacional; aunado a esto, la poca difusión del servicio y los limitados conocimientos de los beneficios que este tipo de modelos brindan a los pacientes con trastornos mentales, llevaron a la subutilización del mismo, ya que la derivación de pacientes por parte de los servicios de hospitalización, consulta externa y urgencias era precaria, por lo que el impacto no fue el esperado.

Así este servicio que prometía un cambio estructural de la atención en la institución cayó en un letargo importante, convirtiéndose en "un rincón" desconectado del sistema hospitalario en donde, con un pequeño grupo de pacientes y sus familiares se realizaban las actividades programadas.

En el año de 1985, la institución tiene un cambio de administración, la cual inicia un proceso de reestructuración de los servicios y un programa de mejoría de la calidad de la atención en donde uno de sus principales objetivos fue derruir el modelo manicomial y asilar aún prevaleciente, en

donde el paciente permanecía inactivo, segregado, con periodos largos de internamiento y tratado únicamente con psicofármacos; abandonado por su familia y con pocas o nulas posibilidades de rehabilitación.

Se realizan diversas acciones de regularización administrativa, se crea una estructura orgánica formal en donde el servicio de hospital de día aparece como una jefatura médica de atención ambulatoria.

Se renueva la plantilla de personal del servicio de hospital de día, el cual reinicia sus actividades atendiendo un promedio de 15 pacientes con un tiempo de estancia promedio de 5 meses.

En 1990, se fusionaron los servicios de hospital de día y terapia ocupacional, integrando sus actividades a través de una sola jefatura de servicio a cargo de un médico especialista en psiquiatría. Se desarrolló el primer programa de trabajo estructurado, el cual planteaba dos líneas básicas, la primera contemplaba actividades médicas y psicológicas tanto individuales como grupales con pacientes ambulatorios y la segunda incluía la organización, supervisión y evaluación de actividades ocupacionales y sociorecreativas con pacientes internos.

En el transcurso de 5 años (1985-1990) y debido al importante cambio que sufría la institución, existieron 5 jefes a cargo del servicio de hospital de día, todos médicos psiquiatras, los cuales no del todo convencidos de las bondades de este modelo, mantuvieron las actividades del programa más por disciplina que por interés, vocación de servicio y beneficio clínico, dando énfasis nuevamente a la farmacoterapia, existiendo un franco desconcierto entre el personal paramédico, que a diferencia del médico pretendía rescatar la interdisciplina y las intervenciones múltiples basadas en terapéuticas que evitaran la cronificación de las enfermedades, las recaídas, la polifarmacia y la poca tolerancia social, brindando al paciente mayores posibilidades de rescate psicológico, familiar y social.

Las entonces autoridades del hospital, preocupadas por la poca productividad (en cuanto al número de pacientes ingresados), los pobres resultados obtenidos (con respecto a los objetivos planteados en el programa y alcance de metas) y la deficiente organización del servicio de hospital de día, deciden en 1991 junto con el consejo técnico consultivo del hospital, confiar la

dirección de los servicios de hospital de día y terapia ocupacional a una psicóloga clínica (sustentante de este reporte laboral), con la tarea de rescatar el trabajo en equipo, implementar acciones integrales y desarrollar un modelo de trabajo con fundamentos teóricos y metodológicos acordes con las necesidades de los pacientes y sus familiares.

Cabe destacar que es la primera vez que en la institución, regida por el modelo médico individualista y jerárquico, se otorga un puesto directivo (de estructura orgánica) a un psicólogo. Con el apoyo y nombramiento correspondientes se inicia una nueva etapa en la historia del servicio de hospital de día del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". Este servicio vive una importante reestructuración.

5.2. MODELO DE ATENCION

Actualmente el servicio de Hospital de día depende de la Subdirección de los Servicios Ambulatorios, de la que dependen además los servicios de Hospital de fin de semana, Consulta externa, Psiquiatría comunitaria y Rehabilitación.

El programa del Servicio de Hospital de día fue diseñado de acuerdo a las necesidades de la población más representativa que se atiende en el Hospital Fray Bernardino Alvarez, y que son fundamentalmente pacientes con cuadros psicóticos de tipo agudo y subagudo.

El programa muestra la evolución que ha tenido el servicio de hospital de día a través de la práctica y constante aprendizaje logrados durante los últimos nueve años de trabajo ininterrumpido.

Describiremos las características más importantes que conforman ahora el modelo de hospital parcial en su variante de hospital de día en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

En esta institución, la hospitalización parcial representa una modalidad de manejo que incluye acciones preventivas, de diagnóstico, de tratamiento y rehabilitación orientadas a pacientes con alguna experiencia psicótica sin importar su etiología, en donde a través del trabajo interdisciplinario, involucrando a los ejes individual, grupal y familiar, el paciente recibe las ventajas de un tratamiento estrecho y con las libertades de un manejo ambulatorio, brindando

con esto la posibilidad de estimular sus potencialidades de funcionamiento, para que con ello, ejerza su derecho a una vida digna, productiva y con satisfacciones. Es muy importante que los pacientes sean apoyados durante todo el proceso por sus familiares más cercanos, a quienes se incluye de manera integral en el programa.

(de la Llera, 1999).

De los lineamientos que guían nuestro trabajo, destacan:

- La continuidad del tratamiento, aspecto de suma importancia en las personas cuya fortaleza “yoica” está disminuida, requiriéndose de un mayor soporte terapéutico psicológico para poder mantener un mayor contacto con la realidad, de tal forma que gracias a la estructura del servicio, los equipos interdisciplinarios son percibidos por el enfermo como una sola entidad terapéutica, en donde aunque existan cambios en algunos elementos no exista la discontinuidad en el manejo.
- Se plantea el trabajo terapéutico y rehabilitatorio a través del manejo grupal, dirigidos por equipos interdisciplinarios en contraposición a terapias individuales manejadas por un solo terapeuta, esto propicia que a través de la participación grupal los roles educacionales y de relación tengan la posibilidad de difundirse por todo el grupo, aumentando la retroalimentación, motivación y enseñanza. La situación grupal produce un microcosmos social en donde se reproducen los roles vivenciales en el contexto del aquí y ahora, situación que posibilita el trabajo psicoterapéutico y rehabilitatorio mucho más focalizado a la resolución de problemas en donde la dimensión social es fundamental.
- Se enfatiza el involucramiento de personajes significativos en el tratamiento y la rehabilitación, al integrarse los familiares al manejo, estimulándose el entendimiento de las acciones terapéuticas y rehabilitatorias así como una mayor adherencia al tratamiento, lo que redundaría en la inclusión del paciente en su medio familiar, manteniendo una relación que posibilite el análisis de sus efectos con lo cual tanto el paciente como sus familiares pueden conocer otros niveles de interacción mucho más sanos a los anteriores que, dicho sea de paso, coadyuvan al desarrollo de la patología. Esto permite que las esferas social y laboral tengan más puntos de apoyo para favorecer la rehabilitación.
- Se focaliza claramente la problemática presente del paciente, con el fin de promover las habilidades sociales, no perdiendo en ningún momento el contexto de la realidad en la que

está inmerso, permitiendo de esta forma, con las necesidades que el paciente presenta, plantear expectativas específicas, así como estimular la participación total del paciente.

- Se posibilita la creación de un medio ambiente terapéutico, mediante la flexibilidad, comprensión, comunicación clara y directa que permitan interacciones significativas entre el personal y el paciente estimulando la confianza y sentido de pertenencia que de manera global crean en el enfermo un sentimiento de seguridad y compromiso.
- El uso de la ergoterapia y las actividades recreativas se encaminan a una adaptación del paciente a un medio ambiente social, familiar y laboral mucho más productivo y gratificante.
- La psicofarmacoterapia como instrumento utilizado para lograr un control sintomático que posibilite los demás aspectos del manejo integral.
- Las terapias expresivas se prescriben cuando el paciente no es capaz de verbalizar sus problemas, y a través de estas encuentra una manera de expresar su conflictiva, en donde estos modelos les ayuda a externar sentimientos y problemáticas con las que se enfrentan a diario, tal es el caso de la expresión corporal y los talleres terapéuticos, tales como el de literatura, teatro y música.
- Algunos de los lineamientos basados en las comunidades terapéuticas nos son de gran utilidad, ya que la actividad de “asambleas”, en donde el paciente participa activamente de las problemáticas del servicio, criticando, opinando y proponiendo soluciones a las situaciones que se presentan.
- Punto fundamental es estructurar las reuniones entre el personal del servicio, momento en el cual se analizan y retroalimentan las actividades diarias, siendo esta la manera mediante la cual se puede observar la evolución de los pacientes y del servicio, así mismo se pueden hacer los ajustes necesarios en las distintas actividades. (de la Llera, 1999).

Sustentado en las líneas de acción mencionadas, el trabajo en el Servicio de Hospital de día pretende lograr un abordaje integral dentro de un marco clínico bien fundamentado e incluido dentro del marco institucional de optimización de recursos.

Actualmente consideramos que no se puede dar un tratamiento general a los diversos tipos de padecimiento y situaciones sociales que los influyen, por lo tanto, en este programa se da relevancia a la problemática individual y familiar de cada paciente, intentando ofrecer un tratamiento que se ajuste a las necesidades particulares de cada paciente.

5.3. PROGRAMA DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE DIA

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, la hospitalización parcial representa una modalidad de manejo que incluye acciones preventivas de tratamiento y rehabilitación orientadas a pacientes con alguna experiencia psicótica sin importar su etiología, en donde a través del trabajo interdisciplinario y grupal el paciente recibe las bondades de un tratamiento estrecho pero con las libertades de un manejo ambulatorio, brindando con esto la oportunidad de estimular y desarrollar sus potencialidades de funcionamiento para que con ello aproveche su derecho a una vida digna, productiva y con satisfacciones, apoyados en todo el proceso por sus familiares más cercanos a quienes se incluye en el manejo. (de la Llera).

JUSTIFICACION

Los tiempos actuales y las condiciones de nuestro país implican una serie de exigencias a nuestra capacidad, no solo intelectual sino social y económica, resultando una gran competencia en donde se agregan factores como la inestabilidad económica, desempleo, menores oportunidades de preparación y explosión demográfica, entre otros, de tal manera que para obtener un desempeño exitoso en nuestro medio (no sólo urbano) como individuos nos vemos demandados en la fortaleza de nuestra personalidad y carácter, lo que en el caso de los pacientes psiquiátricos en general y los que padecen alguna enfermedad de tipo psicótico en particular, está menguada.

Los enfermos mentales han sido identificados desde hace mucho tiempo como personas cuyas capacidades adaptativas y de contender con la realidad están alteradas, lo cual les hace proclives a perder efectividad y eficacia en sus procesos homeostáticos y heterostáticos, lo que ha significado para ellos su relegación en un medio de competitividad, con sobradas muestras de su ineficaz funcionalidad que va desde lo particular en el terreno cognitivo hasta lo familiar, social y laboral. Por tal razón el diseño del programa del servicio de hospital de día del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, dedica todo su esfuerzo a la atención de pacientes con problemas psicóticos.

Es importante controlar el elemento que les pone en desventaja, es decir, controlar la enfermedad mental hasta donde es posible, y entonces poder aspirar a las oportunidades de las que el resto de la población participa, aunque hay que reconocer que esto último está fuera de nuestro alcance, pero en nuestro papel como profesionales de la salud mental el primer paso es de suma importancia.

Considerando que la patología mental determina una pobre y difícil participación del paciente en su tratamiento, al igual que la disposición familiar, creemos que el cambio se posibilita a partir de la concientización y en la participación del problema por ambas partes, lo que justifica actividades informativas, de reflexión y vivenciales alrededor de la educación para la salud, la enfermedad, el tratamiento, la rehabilitación, el pronóstico y las complicaciones. Para ello consideramos como herramientas importantes las técnicas psicoeducativas por las cuales se logran estos objetivos.

Es necesario establecer y corregir los problemas de relación que en la mayoría de los casos se presentan con problemas de comunicación deteriorada, insuficiente, contradictoria o nula, de esta manera la participación tanto de pacientes como de familiares en un proceso donde el logro o la frustración son compartidas, solidarizándose los familiares con el paciente, provocando o reafirmando un sentido de pertenencia a un grupo, tanto en el terreno terapéutico como en el sistema familiar; lo que a su vez influye en su autoestima y confianza. (op. cit.)

Al mismo tiempo el control sintomatológico corrige las deficiencias que el paciente experimenta como consecuencia de su cuadro psicótico, lo que conlleva una estructuración, tomada ésta como una operación de apertura y difusión de límites, que impiden el aprovechamiento de este proceso, justificando el trabajo clínico individual en términos de tratamiento psicofarmacológico, individualizándose este de acuerdo a las necesidades de cada paciente; para lo que se requiere de un estudio previo para realizar diagnósticos precisos para proporcionar los tratamientos específicos y la rehabilitación adecuada.

La rehabilitación considerada desde el momento mismo del diagnóstico, revive una proyección hacia el tratamiento y la reintegración al sistema que pertenece, con una mayor capacidad de integración a través del trabajo y del ejercicio de la propia existencia y su expresión; la

enfermedad mental es ya de por sí una manifestación de ello, solo que en una condición de comunicación disfuncional. (op.cit.)

Desde este punto de vista podemos encontrar en el paciente psicótico una gran necesidad de aprendizaje en el manejo de su misma existencia por carecer de una requerida diferenciación-individuación-separación e interdependencia que le hagan ser un individuo con suficiencia para contender con las vicisitudes del mundo; este proceso es lento y por tanto requiere de un trabajo constante e intenso.

No es suficiente el tratamiento donde el aislamiento desvincula al paciente del ambiente en que se desarrolla, o impide que se involucren de forma verdaderamente importante al sistema familiar, así mismo, el contacto debe ser muy estrecho, con una supervisión del proceso constante y permanente, este proceso requiere de un manejo a plazos intermedios o largos.

La rehabilitación es un proceso, en la mayoría de los casos, de larga duración, que reconoce grados, y en el cual se correlacionan los objetivos con las posibilidades reales de los pacientes para alcanzar niveles similares a los que tenían antes de enfermar, otros, pueden mejorar parcialmente y otros más permanecen con discapacidades importantes por el resto de sus vidas. No sólo la magnitud del daño sino las circunstancias señalan los límites de la rehabilitación.

De este modo la hospitalización parcial es un servicio que forma parte del engranaje institucional y responde a las necesidades de un buen porcentaje de pacientes que requieren de cuidados psiquiátricos estrechos sin perder el contacto con su medio familiar y social. (de la Llera, 1999)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Otorgar atención integral (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) a pacientes con problemas de tipo psicótico, con el fin de disminuir el índice de recaídas y reingresos, favorecer e incrementar el nivel de conciencia de enfermedad, lograr un adecuado control sintomático y disminuir el abandono y deserción del tratamiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Establecer diagnósticos precisos, de acuerdo con la Clasificación Internacional CIE-10.
2. Lograr el control sintomático del paciente.
3. Fomentar la conciencia de enfermedad y reforzar la adherencia terapéutica.
4. Incidir en la rehabilitación integral (bio-psico-social) del paciente psicótico de acuerdo a sus posibilidades reales.
5. Incidir en la mejoría de la calidad de vida tanto en el paciente psicótico como en su familia.
6. Sensibilizar a la familia del paciente para favorecer la reinserción familiar y social.
7. Promover un cambio de actitud de la familia hacia el enfermo mental.

POBLACION

El programa de atención en el Servicio de Hospital de día está dirigido a pacientes que cursen con algún cuadro psicótico de tipo agudo o subagudo y que cumplan con los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes con psicosis activa, en remisión o controlada que presenten un nivel de funcionamiento cognitivo suficiente para poder desempeñarse en actividades que requieren de atención permanente, interacción en grupo y posibilidades de aprendizaje.
2. Pacientes que cuenten con un soporte familiar o comunitario que posibilite la contención de la patología.
3. Pacientes mayores de 18 años y menores de 65, de ambos sexos.
4. Pacientes psicóticos agudos o subagudos que no ameriten hospitalización continua pero sí un manejo integral ambulatorio.
5. Pacientes cuyo ingreso al servicio sea voluntario así como la aceptación del familiar responsable quien deberá participar en las actividades programadas.

Los criterios que impiden la inclusión de algún paciente al servicio son:

1. Pacientes que debido a su padecimiento presenten riesgo suicida, dificultad grave para establecer relaciones interpersonales, con bajo control de impulsos, conductas agresivas, negación a aceptar cualquier tipo de tratamiento.
2. Pacientes en estado de confusión mental. Intoxicados o con retardo mental moderado y profundo o proceso demencial equiparable.

3. Pacientes cuya situación o estado médico imposibilite su funcionamiento dentro del servicio (con alteraciones metabólicas, impedimentos físicos importantes, etc.)
4. Pacientes que cuenten con un familiar atendido en el servicio.
5. Pacientes con marcados rasgos de personalidad sociopática, trastorno de personalidad antisocial o con trastornos límite de la personalidad.

Los pacientes que acuden al servicio pueden provenir de:

1. Servicios de Hospitalización Continua: pacientes egresados de hospitalización continua que ya no requiere el internamiento de 24 horas, y que pueden estar en control ambulatorio para dar continuidad de manejo y sostén para evitar posibles recaídas y reingresos.
2. Servicio de Consulta Externa: pacientes cuya evolución ha sido tórpida y que requieran rehabilitación.
3. Servicio de Urgencias: pacientes que no ameritan internamiento de 24 horas y se considera la hospitalización parcial como una alternativa de manejo.
4. Otras Instituciones: pacientes referidos por otras instituciones tanto públicas como privadas que no cuentan con los servicios de hospitalización parcial.
5. De la comunidad: pacientes que puedan acudir referidos por el servicio de Psiquiatría Comunitaria o por sí solos. (de la Llera, 1999)

ACTIVIDADES

Los objetivos son logrados mediante la participación de los pacientes y sus familiares en actividades que están organizadas sobre tres ejes de abordaje: el individual, el grupal y el familiar.

El establecimiento de diagnósticos precisos se realiza mediante el estudio clínico en las entrevistas y consultas individuales, en donde con la elaboración de historias clínicas y la ayuda de un abordaje psicopatológico que va desde el diagnóstico sindromático hasta el nosológico, para lo cual también complementan la información los datos aportados por el paciente en otras instancias terapéuticas así como la misma familia.

La sintomatología psiquiátrica se controla, empleando la dosis mínima indispensable de medicamento y evitando la polifarmacia, lo cual nos ayuda a disminuir la posibilidad de efectos secundarios y complicaciones a corto mediano y largo plazo. (de la Llera, 1999)

El crear conciencia de enfermedad y lograr la adherencia terapéutica en el paciente y en su familia, para garantizar la continuidad y responsabilidad del tratamiento y la rehabilitación, se realiza mediante sesiones grupales psicoeducativas en las que se incluyen, como la técnica lo indica, sesiones de orientación, reflexión y dinámicas grupales que van desde simples dinámicas de acción hasta sesiones sociodramáticas pasando por la resolución de problemas.

El eje grupal gira en torno a la psicoterapia breve grupal, pensada en función de la necesidad de trabajar la conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica en un ámbito específicamente grupal, favorecedor de la cohesión, la catarsis, la identificación y la socialización como elementos curativos importantes. Es evidente que el grupo aporta mayores beneficios que van, desde la optimización de los recursos humanos, hasta el proveer de un espacio terapéutico individual y colectivo, con una amplia posibilidad de teoría y práctica, que aporta resultados satisfactorios.

Además de diagnosticar las condiciones psicopatológicas en lo individual, el trabajo con la familia nos permite conocer la dinámica familiar en que se desenvuelve el paciente, lo cual influye de manera determinante sobre la evolución de su enfermedad, razón por la cual se realiza una historia clínica familiar, que nos auxilia en el abordaje de estas familias tanto para crearles conciencia como para modificar su actitud hacia la enfermedad mental, si fuera necesario.

En las sesiones psicoeducativas, se les permite a los familiares vislumbrar opciones de manejo más recomendables para sus pacientes, en las que no haya una proyección rehabilitatoria dentro de la familia y sociedad, incluso laboral también, por su parte las sesiones grupales con actividades como psicoterapia, psicodrama, talleres, cineterapia, expresión corporal y hasta la misma toma de alimentos en el hospital, permiten modificar patrones de conducta alterados en los pacientes, mediante el fortalecimiento de sus áreas libres de conflicto y la estimulación de las afectadas, lo que también orienta a una proyección rehabilitadora.

De manera global, podemos decir que todas las actividades que se plantean en el programa, contribuyen al fin común de incidir en la mejoría de la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias, ya que en mayor o menor medida tienden a modificar sus actitudes y por lo tanto en la dinámica familiar, creando un ambiente más adecuado, lo que disminuye las constantes recaídas y reingresos a la hospitalización continua, deteniendo al máximo posible los efectos residuales de la enfermedad y el deterioro que la propia condición patológica produce, a través de la ejercitación de sus procesos cognoscitivos, afectivos y físicos, el paciente estará en mejores condiciones para resocializar y reinsertarse a su ámbito familiar, laboral, educacional y recreativo; de acuerdo a su capacidad y necesidades de manera que le permitan la mayor autonomía posible. (de la Llera, 1999)

Las actividades del programa de hospital de día son las siguientes:

I. Actividades con pacientes.

1. - Actividades Interdisciplinarias individuales:

- Entrevistas de evaluación, valoración e ingreso.
- Entrevistas de evaluación y egreso.
- Asistencia terapéutica individual.
- Aplicación de instrumentos clinimétricos.
- Estudios de trabajo social.
- Rescate de pacientes.
- Visitas domiciliarias.

2. - Actividades Psicoterapéuticas Grupales:

- Psicoterapia breve grupal.
- Grupos psicoeducativos.
- Cineterapia.
- Sociodrama.
- Expresión corporal.

3. - Actividades de Rehabilitación y la Vida Cotidiana:

- Actividades sociorecreativas.
- Actividades deportivas.
- Asambleas.
- Comisiones.
- Salidas culturales y recreativas.
- Talleres terapéuticos de Teatro

Literatura

Música

II. Actividades con Familiares.

1. Actividades de Exploración y diagnóstico:

- Entrevistas diagnósticas.
- Aplicación de instrumentos de medición.

2. Actividades de Manejo Complementario:

- Grupos psicoeducativos.
- Participación en actividades sociorrecreativas.

III. Actividades Administrativas.

1. Trámites de ingreso al servicio.
2. Trámites de egreso del servicio.

IV. Actividades de Fortalecimiento a la calidad de la atención.

1. Actividades Académicas:

- Sesiones clínicas del hospital.
- Sesiones clínicas del servicio.
- Sesiones bibliográficas.
- Seminarios.
- Impartición de cursos y clases.

2. Actividades de Integración:

- Postareas

3. Actividades de Supervisión:

- Revisión de notas en expedientes clínicos, cronogramas, integración de estudios.

V. Actividades de promoción.

1. Campaña permanente de promoción del servicio en hospitalización continua, consulta externa y urgencias.
2. Campañas informativas del servicio mediante trípticos, carteles y actividades académicas dirigidas a la población externa al hospital.

EVALUACIÓN CLINICA

Cada paciente es evaluado a su ingreso al servicio, para realizar una valoración integral y determinar el plan terapéutico a seguir de acuerdo a las condiciones psicopatológicas del momento y establecer objetivos a cumplir; posteriormente se realizan evaluaciones semestrales con el fin de monitorear el avance, evolución y cumplimiento de objetivos, replantear estrategias de abordaje, incluyéndolo en las actividades individuales y grupales que puedan aportarle un mayor beneficio; y finalmente se realiza una evaluación de egreso al momento del alta hospitalaria, en donde si no se han cumplido los objetivos satisfactoriamente existe la posibilidad de recontrato y si el paciente ha alcanzado el máximo beneficio en el servicio, será referido al servicio de consulta externa para su manejo, control y seguimiento a más largo plazo. Las evaluaciones son realizadas por un equipo interdisciplinario que no participa en las actividades de tratamiento y rehabilitación, sino sólo en las de evaluación, retroalimentando a los equipos de tratamiento para que vayan dirigiendo sus intervenciones y adecuándolas a las necesidades del paciente. Las acciones a seguir en cada evaluación son las siguientes:

1. - Se realiza una entrevista psiquiátrica y una psicológica.
2. - Se aplica una batería de instrumentos clinimétricos, integrada por:
 - Entrevista estructurada y criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE-10
 - Escala de ajuste premórbido (GAF); mide el funcionamiento previo a la enfermedad, el deterioro y orienta sobre la dirección del tratamiento.
 - Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS), para medir la severidad y cambios en la psicopatología.
 - Escala de Hamilton de ansiedad (HAM-A) opcional de acuerdo a la psicopatología.
 - Escala de Hamilton de depresión (HAM-D) opcional de acuerdo con la psicopatología.
 - Escala para síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS)
 - Criterios de Kaplan para consciencia de enfermedad.

A los familiares responsables de los pacientes se les aplica al ingreso y al egreso:

- Escala de Actitudes Hacia la Enfermedad Mental (AMI).
- Historia clínica familiar.

Los resultados de las evaluaciones intermedias también permiten integrar grupos más homogéneos.

El alta o egreso de cada paciente es una decisión que el equipo interdisciplinario toma conjuntamente con el paciente y el familiar responsable del mismo, y se basa en los criterios de mejoría clínica y cumplimiento de objetivos, existiendo siempre la posibilidad de un reingreso en caso necesario.

Causan baja aquellos pacientes que durante su ingreso a hospital de día, sufren una recaída (agudización del padecimiento), por abandono del tratamiento sin indicación médica o por defunción.

EVALUACIÓN DEL MODELO

Desde la aparición del primer servicio de Hospital de Día en 1933 en Moscú, hasta la fecha, diversas son las experiencias documentadas en el mundo acerca del desarrollo del modelo. La Hospitalización Parcial ha ido ganando reconocimiento y credibilidad a fuerza de mostrar con resultados los beneficios obtenidos por los pacientes. Estos resultados son muy variables así como la forma de medirlos y reportarlos, esto ha dependido de diversos factores tales como el tipo de población a la que atienden, el tipo de intervención que se efectúa, el tipo de actividades que realizan; si son servicios que se encuentran dentro o fuera de una institución, etc., pero sobre todo de los objetivos que se plantean. Sin embargo, la mayoría quedan a nivel descriptivo y aunque se han realizado algunos intentos, aún no existe una metodología definida, ni parámetros estándares de evaluación, ni indicadores hospitalarios o comunitarios que pudieran guiarnos para poder evaluar el impacto del modelo sobre la población a la que va dirigido.

Generalmente la evaluación del funcionamiento de este tipo de servicios se limita al cumplimiento de metas administrativas anuales, en cuanto al número programado de ingresos, egresos, días estancia, número de pacientes, número de actividades, etc., y estas se planean de acuerdo al presupuesto asignado y al número de personal con que se cuenta.

En el caso del Servicio de Hospital de Día del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", se cumple con los requerimientos institucionales de evaluación administrativa a través de informes mensuales, y aunque existe la constante supervisión clínica, el seguimiento individual de casos y en el expediente clínico se plasma la evolución de cada paciente, así como los motivos de alta hospitalaria en donde se observa un beneficio importante en cuanto a la mejoría clínica en muchos de los pacientes, se hizo necesario conocer de alguna manera el impacto de nuestras acciones sobre el curso de la enfermedad, a través de constatar que tanto se cumplen los objetivos para los que fue creado el Servicio de Hospital de Día dentro de la institución, los cuales enfocan básicamente a disminuir las principales causas de recaídas y rehospitalizaciones:

1. Disminuir el número de recaídas y reingresos a hospitalización continua.
2. Favorecer e incrementar el nivel de consciencia de enfermedad.
3. Lograr un buen control sintomático.
4. Disminuir el abandono y la deserción del tratamiento.

Cada uno de estos objetivos y el estudio de su alcance a través de los instrumentos aplicados es una investigación por sí misma que podría trabajarse individualmente, pero para los fines de este Reporte Laboral, se consideró oportuno presentarlo de manera global.

Se decidió utilizar una metodología clínica, dado que por un lado se trata de un modelo asistencial y por el otro, nuestro quehacer nos permitió contar con una serie de técnicas e instrumentos como son la entrevista clínica, el expediente clínico y las evaluaciones de ingreso, intermedias y de egreso de cada paciente.

Se realizaron 4 investigaciones independientes, el análisis fue retrospectivo, se utilizaron pruebas t para determinar significancia estadística en las tres primeras investigaciones, el tamaño de la muestra de cada investigación fue determinada por el objetivo específico de análisis, la población estudiada en cada investigación cumplió con las siguientes características:

- Pacientes ingresados a Hospital de Día.
- Recibieron tratamiento por lo menos 6 meses, a excepción de los pacientes que abandonaron el tratamiento voluntariamente.
- Se les aplicaron escalas al ingreso y cada 3 meses hasta su egreso.
- Pacientes de ambos sexos.
- Las edades fluctuaron entre 18 y 40 años.
- Todos con diagnóstico de esquizofrenia.

La primera investigación, consistió en conocer el número de recaídas con reingreso hospitalario previas al ingreso al servicio de Hospital de Día, en un grupo de pacientes, en comparación con el número de recaídas con reingreso hospitalario posteriores al egreso del mismo servicio, en un lapso de dos años tanto antes del ingreso como después del egreso para conocer si el programa de tratamiento incide en la disminución de este fenómeno. La indagación de esta información se realizó revisando los expedientes de todos los pacientes ingresados en el servicio desde 1993, tiempo en que se inicia el trabajo con el programa descrito en este reporte, encontrándose un total de 214 casos que cumplieron con el criterio de tiempo previo al ingreso y tiempo posterior al egreso, número que compone la muestra.

La segunda investigación, fue un estudio comparativo del nivel de conciencia de enfermedad en 68 pacientes derivados al servicio de Hospital de Día, considerando las evaluaciones de ingreso y de egreso utilizando la Escala de Conciencia de Enfermedad que contiene los criterios de Kaplan para evaluar el grado de conciencia de enfermedad, la cual consiste en la apreciación subjetiva del paciente con respecto a su enfermedad, en donde el criterio de mejoría según el autor es a partir del incremento de 2 puntos en una escala de 0 a 5 puntos.

La tercera investigación, trató sobre la evaluación de la manifestación sintomatológica de 60 pacientes al momento del ingreso al Hospital de Día y 6 meses después de estar recibiendo tratamiento, a través de la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS),

-creada por Overall en 1969- para así comparar la presencia y severidad de psicopatología expresada en síntomas antes y después del tratamiento. Tomando en cuenta como criterio de mejoría la disminución del 30% en calificación global, la cual se evalúa de 0 (ausente) a 4 (máxima severidad) por subfactor.

Para el estudio sobre el índice de abandono y deserción del tratamiento, se revisaron los motivos de egreso (alta o baja) de 394 pacientes que fueron ingresados al Servicio en los años de 1993 a 1997. Se consideraron los criterios de egreso por mejoría, lo que significa que cumplieron los objetivos planteados por el equipo interdisciplinario y se realizó el alta hospitalaria; abandono de tratamiento, es decir, que el paciente desertó del tratamiento ya sea por recaída o por causas desconocidas sin aviso ni indicación médica; y por alta voluntaria, cuando el paciente y/o la familia deciden el alta exponiendo sus motivos que en muchas ocasiones son por actividad laboral o escolar y el equipo tratante lo deriva a la consulta externa para su control.

RESULTADOS

RECAIDAS CON REINGRESO HOSPITALARIO

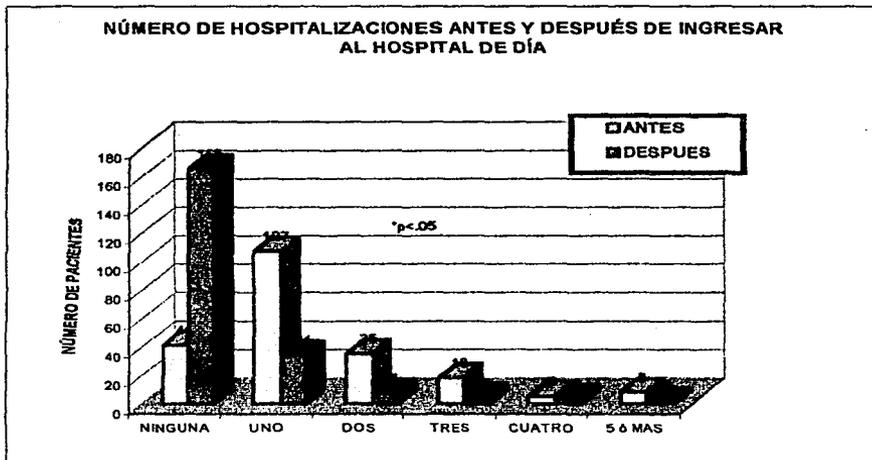
Número de Recaídas	Número de Pacientes Antes de Hospital Parcial	%	Número de Pacientes Después de Hospital Parcial	%
Ninguna	41	19%	165	77.1%
1	107	50%	34	16%
2	35	16%	7	3.2%
3	18	8%	4	2%
4	5	2%	3	1.4%
5 o más	8	4%	1	0.4%
TOTAL	214	100%	214	100%

De los 214 pacientes estudiados, 41 (19.1%) no reportaron recaídas durante los dos años previos al ingreso al Servicio de Hospital de Día, 107 (50%) una recaída, 35 (16.3%) dos recaídas, 18 (8.4%) tres recaídas, 5 (2.3%) cuatro recaídas y 8 (3.7%) reportaron cinco o más recaídas.

De estos mismos pacientes, se encontró que después de 2 años de haber concluido su tratamiento en el Servicio de Hospital de Día, 165 (77.1) no reportaron recaída, 34 (15.8%) tuvieron una recaída , 7 (3.2%) dos recaídas, 4 (1.8%) tres recaídas, 3 (1.4%) cuatro recaídas y sólo 1 (0.4%) cinco o más recaídas.

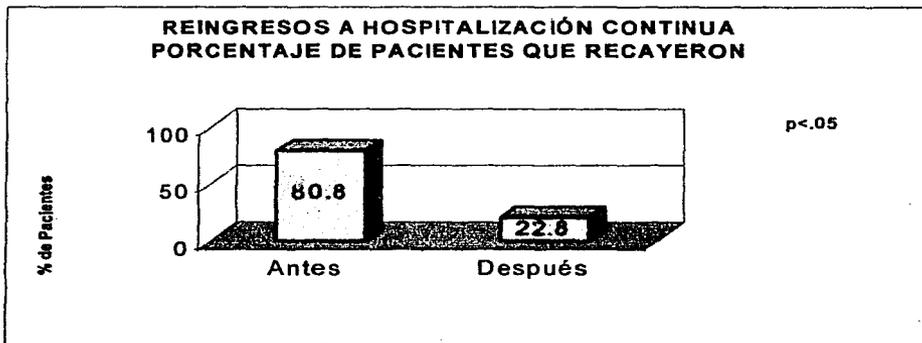
La comparación de los resultados obtenidos se expresa en la siguiente gráfica 1:

Gráfica 1



En esta gráfica podemos observar en las barras azules las recaídas con ingreso hospitalario antes de ingresar al Servicio de Hospital de día y en las barras moradas la disminución del número en todos los parámetros después del tratamiento.

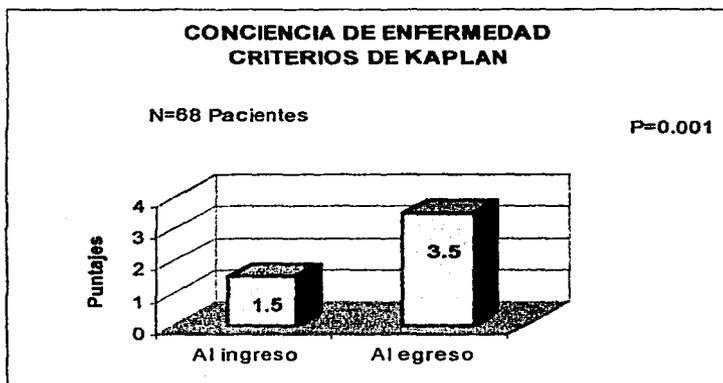
Gráfica 2



Esta gráfica nos muestra la diferencia global en porcentajes del índice de recaídas previas y posteriores al tratamiento

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Gráfica 3

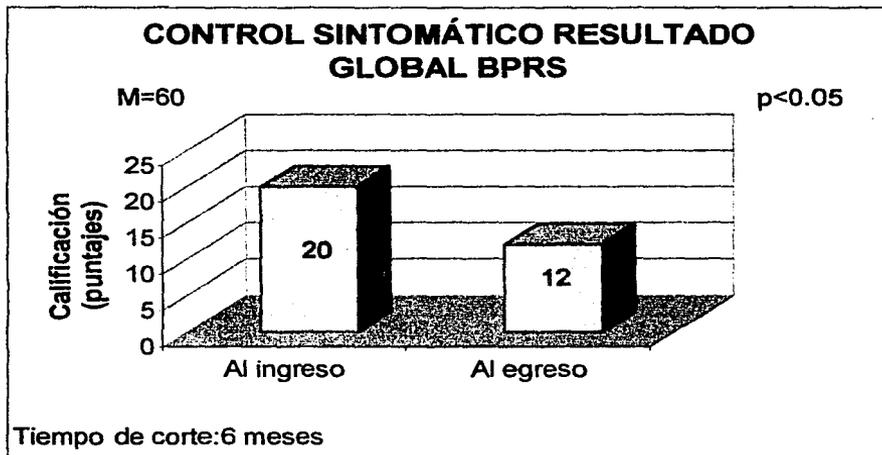


En esta gráfica observamos la diferencia con un incremento de 2 puntos como criterio de mejoría

De los 68 pacientes estudiados encontramos en la evaluación de ingreso al Servicio de Hospital de Día un puntaje promedio de 1.5 de nivel de conciencia de enfermedad, lo que corresponde según los criterios de Kaplan, a una ligera conciencia de enfermedad que fluctúa entre la negación de la enfermedad y la aceptación de ésta, pero culpando a los demás de su enfermedad o atribuyéndola a factores externos. En la evaluación realizada al momento del egreso de Hospital de Día, encontramos un puntaje promedio de 3.5 de nivel de conciencia de enfermedad, lo que corresponde a un buen nivel de conciencia de enfermedad, pero atribuyéndola a causas desconocidas, así mismo, este puntaje corresponde a una buena capacidad de insight intelectual.

CONTROL SINTOMÁTICO

Gráfica 4

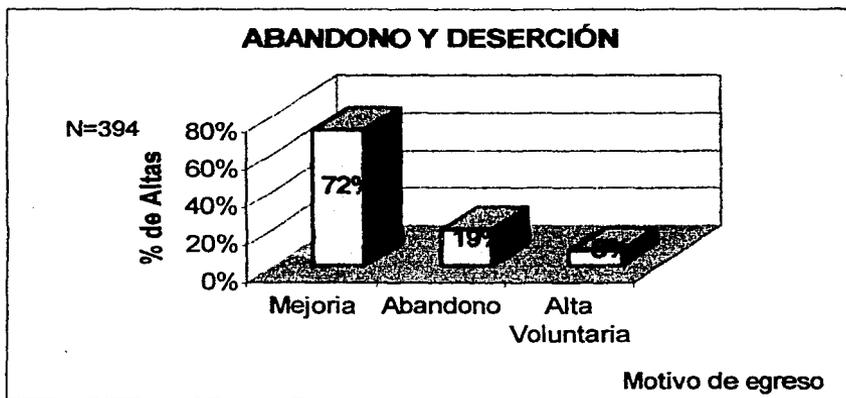


La gráfica nos muestra la diferencia en cuanto a la disminución de manifestaciones sintomatológicas después de recibir tratamiento por un lapso de 6 meses, cumpliéndose el criterio de mejoría.

De los 60 pacientes evaluados a través de la escala BPRS, encontramos un puntaje promedio de 20 puntos en la evaluación de ingreso al Servicio de Hospital de Día, lo cual corresponde a "muy sintomático", presentando sintomatología aguda del cuadro psicótico; en la evaluación de egreso del Servicio se encontró un puntaje promedio de 12 puntos, lo cual significa que los síntomas agudos se pueden controlar existiendo menor predominio de la sintomatología positiva, la cual está en proceso de remisión. El porcentaje global de disminución de puntaje es mayor al 40%.

ABANDONO Y DESERCIÓN

Gráfica 5



Aquí observamos que el mayor porcentaje de motivos de egreso es por mejoría en comparación con el abandono o el alta voluntaria, lo cual nos habla de la adherencia al tratamiento como criterio de mejoría.

De la muestra total de 394 pacientes, los motivos de egreso reportados en el expediente clínico, encontramos que 283 pacientes (72%) egresaron por mejoría, habiendo cumplido los objetivos planteados para su caso, 74 (19%) egresaron por abandono y deserción del tratamiento y 31 (8%) egresaron por alta voluntaria.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El partir de una clara comprensión de lo que actualmente implican los términos “salud” y “enfermedad” mediante el proceso dinámico: salud-enfermedad, nos permite crear el espacio propicio para abordar la enfermedad mental dentro del campo de estudio y acción de las ciencias sociales y humanísticas en donde se ubican las disciplinas medico-psiquiátrica y psicológica.

Sin embargo, para llegar a este punto se hace necesario entender como a lo largo de la historia, las diversas manifestaciones de las enfermedades mentales, han significado un reto para la humanidad, en donde la comprensión, el trato y tratamiento de éstas, ha transitado por caminos muy diversos, pero siempre buscando la forma de llegar al entendimiento y mejor solución de los problemas que estos trastornos representan. Reconocer estos hechos, nos permite reflexionar de manera más objetiva acerca de los caminos que se tuvieron que recorrer para llegar a lo que hoy planteamos como una alternativa de solución al encierro y marginación de las personas que padecen trastornos psiquiátricos mayores, conocidos popularmente como “locura”.

Como es sabido, la atención a la salud mental, por tratarse de la esfera más compleja del hombre, ha representado diversas facetas, evolucionando con el tiempo y ha propuesto soluciones propias para cada situación y momento histórico. Desde hace siglos y hasta la aparición de los psicofármacos, nada atenuaba el escándalo de la enfermedad mental, era preciso ocultar al enfermo en lugares “especialmente” destinados para recibirle y legalmente recluirlos, aislándolos por completo de la sociedad.

La historiografía de la psiquiatría y sus fundamentos psicológicos han pasado por varias etapas, desde el “tratamiento moral” a comienzos del siglo XIX, hasta el tratamiento interdisciplinario y el énfasis en la rehabilitación de nuestros tiempos, pasando por los fundamentos organicistas, las teorías psicodinámicas de la conducta y la antipsiquiatría entre otras.

Elvio Sisti, en 1995, señala que actualmente, vivimos una época marcada por el incremento progresivo de los trastornos mentales, tanto en su prevalencia como en la complejidad de su interconexión causal, en función de problemas adaptativos.

Isaac Levav (OPS), señaló en 1989 que en Latinoamérica -y por lo tanto en México- al final del siglo veinte, uno de cada seis habitantes demandaría algún tipo de atención psiquiátrica, y que una de cada seis personas con cualquier tipo de problema de salud mental, padecería un trastorno grave que requerirá de atención especializada e incluso atención intrahospitalaria.

La OMS, estima que aproximadamente el 1% de la población mayor de 15 años es proclive a desarrollar esquizofrenia. Estadísticamente hablando, se considera que un tercio de enfermos mentales graves son esquizofrénicos.

Hemos visto como las tendencias de modernización y globalización han influido en el ejercicio de la psiquiatría y en las acciones a favor de la salud mental. Así la exigencia que se plantea como un reto es afinar los métodos diagnósticos, actualizar y mejorar los programas de tratamiento y rehabilitación tradicionales, así como mejorar la calidad de los servicios además de proveer alternativas comunitarias de atención.

Existe en nuestros días todavía un número importante de esquizofrénicos que se han "sedimentado" en los hospitales psiquiátricos tradicionales. Se han encerrado paulatinamente en un autismo pobre, inmovilizados por los hábitos del retiro y mecanizados por los inmutables paseos.

El enfermo mental plantea el problema de sus relaciones con la sociedad, por ello durante mucho tiempo, el problema de su existencia ha sido confundido con la necesidad de tratarle y de proteger a la sociedad mediante su aislamiento, amortiguando así la ansiedad de los profesionales que intentan atenderlo y comprenderlo.

Fue necesario que surgieran varios movimientos sociopolíticos en algunas regiones del mundo, para que llegara a la conciencia de que el sistema de salud mental institucionalizado, no ofrecía verdaderas posibilidades a las mayorías, ni siquiera en los países ricos. Más bien funcionaba como fórmula de un mecanismo descalificador a los grupos vulnerables.

De acuerdo con Boustra (1979), quien señala que dentro del sistema hospitalario clásico, cada recaída aumenta el coeficiente de alienación, ya que la acción terapéutica, básicamente

farmacológica, se aplica únicamente en los momentos floridos de la psicosis, sin la posibilidad de una relación de acercamiento psicoterapéutico o un abordaje integral más profundo, surge en nuestro país la propuesta de implementar el Servicio de Hospital de Día en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", al tomar conciencia de la necesidad del cambio.

Estamos convencidos al igual que Boustra que esto no significa que el hospital deba desaparecer, su función sigue siendo muy necesaria durante ciertos momentos en la evolución del proceso salud-enfermedad mental. Simplemente queda integrado a un conjunto más complejo, pierde su papel central y absoluto, y se ve obligado a articularse con otras modalidades terapéuticas y con otras disciplinas como la psicología, ya no en un papel secundario sino fundamental, lo que con frecuencia acarrea conflictos, resistencias y frustraciones motivadas por la pérdida de su antiguo esplendor autocrático.

La propuesta es sustituir los muros del asilo por una institución abierta, con personas que no compartan el espíritu asilar. Se trata pues, de practicar la psiquiatría hacia fuera del hospital, en un medio ambiente lo más normal posible, conservando la posibilidad del apoyo institucional de tratamiento integral según la demanda real e individual de cada sujeto.

La concepción de la salud mental, trasciende el modelo médico clásico, su relación con la cultura y el desarrollo humano se ve desde nuevas perspectivas, las cuales abren espacios esperanzadores, que exigen a todos los que están comprometidos en la superación del sufrimiento y la enfermedad, una participación más compleja, plural y estrecha con el contexto macrosocial.

La implantación de este tipo de psiquiatría ecléctica y abierta, modifica de manera esencial el modo de hacerse cargo de los enfermos esquizofrénicos, anteriormente condenados a los asilos, o constantemente manipulados por la familia, su entorno social y por los servicios hospitalarios, en donde se hace cada vez más evidente la necesidad de los equipos interdisciplinarios y de una sólida formación académica de los trabajadores de la salud mental. (Boustra, 1979).

De una política hospitalaria que ofrecía el total internamiento, se ha llegado en la actualidad a la aceptación de la hospitalización parcial, complementada con diversos tratamientos mas cercanos a la realidad familiar y social.

Nuestro modelo de Hospital Parcial incluye los principales métodos diagnósticos y terapéuticos: médicos, psiquiátricos, psicológicos, psicosociales y vocacionales, ofreciendo un tratamiento intensivo, global y coordinado. No se limita a un solo tipo de programa, hemos conformado un modelo propio que incluye:

- A) Los principales aspectos de los programas de Hospital de Día, (1) como una alternativa a la asistencia en régimen de ingreso y (2) funciona también como un servicio de transición entre el régimen interno y el alta que describen Creed, Black y Anthony en 1989, citados en Kaplan y Sadock (1989).

- B) Al igual que los programas de asistencia diurna que describen Klein (1974) y Rosie (1987) citados en Kaplan y Sadock (1998), nuestro modelo promueve la desinstitucionalización y las estancias cortas de los pacientes ingresados, ya que estos continuarán su tratamiento de manera ambulatoria en el Servicio de Hospital de Día.

- C) Se retoman los conceptos de la comunidad terapéutica que subrayan el trabajo de grupo, los equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios, y se promueve el mejoramiento del funcionamiento social para reducir los síntomas, además de que el contrato es de tiempo limitado, como lo señala Lancet (1987) en los programas de tratamiento de día que propone.

El modelo de Hospital Parcial que presentamos, representa en la Institución una alternativa al tratamiento ambulatorio de la Consulta Externa, principalmente en los casos en que la evolución ha sido tórpida.

La prescripción de psicofármacos se realiza bajo el precepto de evitar la polifarmacia y se hace énfasis en la utilización de las mínimas dosis necesarias, lo que permite, como afirman Kutcher

y Blackwood (1989), citados en Kaplan y Sadock (1998), tratar a algunos pacientes que de otra forma habrían estado demasiado trastornados para incluirlos en un programa diurno.

Se utilizan dispositivos grupales con las siguientes técnicas:

- De psicoterapia breve de corte psicoanalítico con objetivos delimitados, estando de acuerdo con el punto de vista de Azim Beck (1968) citado en Kaplan y Sadock (1998), en cuanto a que la psicodinámica sigue siendo hasta nuestros días el medio más útil para la comprensión del paciente individual en el medio grupal.
- Cognitivo conductuales, especialmente en pacientes crónicos y que han permanecido largas temporadas hospitalizados, tales como estímulos y reforzadores ante el cumplimiento de tareas específicas diseñadas por el equipo tratante.
- De corte sistémico socializante, ya que los pacientes como grupo son el principal motor del sistema, y son las decisiones de grupo las que establecen las reglas de funcionamiento e interacción grupal.
- De tipo psicoeducativo para familiares, este trabajo es fundamental para involucrar a la familia en el tratamiento y no se desentienda y aprenda a relacionarse con el paciente, al mismo tiempo que comparte y apoya el tratamiento.

Por último es menester mencionar que el modelo de Hospitalización Parcial, no es aplicable exclusivamente a pacientes psiquiátricos, existen diversas experiencias en algunas partes del mundo en donde se han diseñado programas de Hospital de día y noche principalmente, dirigidos a pacientes con trastornos en la alimentación, pacientes con enfermedades terminales, trasplantados, así como programas para niños y ancianos con problemas específicos, entre otros.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación del modelo, observamos que existe un impacto positivo del Modelo de Hospital Parcial en su modalidad de Hospital de Día sobre el logro de los objetivos planteados, los cuales se cumplen a través del plan de tratamiento (actividades del programa), dirigido a pacientes psicóticos agudos y subagudos.

Los resultados nos indican que se incide en el curso de la enfermedad, ya que con respecto al objetivo de disminuir el número de recaídas y reingresos a hospitalización continua, vemos que hay una diferencia del 58% en el número de hospitalizaciones antes y después de recibir tratamiento. El nivel de conciencia de enfermedad reportó un incremento de 2 niveles en los criterios de Kaplan. En cuanto a la evolución sintomática hubo una diferencia del 40% de disminución en el puntaje obtenido en la escala BPRS y el porcentaje de deserción y abandono del tratamiento fue del 19%, cuando el esperado es del 40% en promedio.

En esta experiencia laboral como psicóloga y en la conciencia que me despertó la elaboración de este Reporte Laboral quiero destacar las siguientes reflexiones:

- El modelo al que hemos hecho referencia es un modelo psicológico, que fue instrumentado a partir de una relación mas horizontal entre los psiquiatras y los psicólogos, rompiendo con el viejo esquema jerárquico. En esta nueva forma de relación se han incluido otras disciplinas en una relación de intercambio disciplinario, que permite una relación más digna y humana. Retomando el punto de vista de los autores Kaplan y Sadock (1999), quienes al respecto dicen –Este modelo se nutre de conocimientos teóricos y prácticos necesarios para abordar estos problemas, entre los que destacan los avances científicos en farmacología y en neurociencias, así como las técnicas psicológicas y psicosociales con enfoques de tipo sistémico, dinámico y sociológico, constituyendo hoy por hoy el más representativo esfuerzo de integración para una comprensión humanística de las alteraciones mentales y de las personas que las padecen-. Wahburn (1976) refiere – 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- .
- La experiencia nos lleva a concluir que todos los criterios de tratamiento y de abordar al paciente y su familia, pueden realizarse en forma interdisciplinaria (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), lo que da como resultado un mayor beneficio al enfermo, a su familia y al medio social en que se encuentra inmerso.

- No debemos dejar de mencionar las limitaciones que se tienen al estar este modelo inmerso en una institución pública, y nos referimos principalmente al rubro económico: plazas, material, equipo, capacitación, etc., ya que siempre en nuestro país se ha destinado un bajo presupuesto a la salud en general y para la salud mental es irrisoriamente pobre.

CONTRIBUCIÓN

Las funciones tradicionales de un psicólogo clínico dentro de una institución psiquiátrica, se han limitado a la aplicación e interpretación de instrumentos psicológicos que ocasionalmente son tomados en cuenta debido a la poca valía que se les da en este medio, además del profundo desconocimiento que prevalece con respecto a la utilidad de estos instrumentos; funciones de tipo administrativo, de acompañamiento y reforzamiento de las acciones que realiza el psiquiatra; teniendo poca o nula participación en el tratamiento de los pacientes.

Este Reporte Laboral pretende contribuir para romper el paradigma de las escasas posibilidades que tiene un psicólogo dentro del Hospital Psiquiátrico, y lograr la desmitificación del trabajo que se nos ha asignado, dándonos la oportunidad de participar y crear otras formas de ejercer la psicología institucional.

El psicólogo clínico sólidamente formado, puede aportar otros puntos de vista que enriquezcan al modelo médico tradicional, el cual en su aplicación en el caso de las enfermedades mentales se ve limitado, ya que la conducta "normal" puede considerarse como el resultado final de la interacción de mecanismos y fuerzas psicológicas y sociales que actúan sobre el sujeto durante su existencia. Esto supone, por lo tanto una valoración continuada de la dinámica psíquica, atendiendo especialmente a los cambios o procesos que se producen en el devenir vital. La enfermedad mental no cumple las condiciones propuestas en el modelo médico por múltiples razones; siendo la presencia del psicólogo un elemento importante que ha coadyuvado a cambiar el modo de ver y abordar estos males de la humanidad.

La psiquiatría siempre ha tenido fuertes lazos con la psicología, recordemos que el mismo Kraepelin, conocido por sus estudios clínicos de las psicosis funcionales, fue también un inquieto psicólogo, quién aplicó la psicología de Wilhelm Wundt al campo de la psicopatología y estudió también fenómenos tales como la fatiga, la capacidad laboral y los efectos psicológicos del alcohol.

En este Reporte se demuestra que el psicólogo clínico además de ejercer liderazgo en una institución psiquiátrica, puede contribuir desempeñándose en una amplia variedad de intervenciones clínicas, tales como el desarrollo de grupos, las terapias ambientales y el estudio del apoyo social entre otras. Podemos aportar con hechos, que la psicología clínica tiene hoy día como una de sus metas centrales la de contribuir a comprender los procesos salud-enfermedad contextualizadamente y a encontrar y desarrollar modelos e instrumentos adecuados y diversificados para realizar intervenciones que contribuyan, junto con las de otras disciplinas, a la mejora de todos; en definitiva a la construcción individual y colectiva de la salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Broustra, J., (1979) La esquizofrenia, Barcelona, Herder.
2. Brussel, J.A., Cantzlaar, G.L., (1980) Diccionario de Psiquiatría, México, CECSA.
3. Calderón Narváez, G., (1995) Esa Agonía Llamada Locura, México, Edamex.
4. Cameron, D.E., (1974) The day hospital: An experimental form of hospitalization for psychiatric patients. Mod. Hosp. 68:60
5. Casarino, J. P., Wilner, M., Maxey, J.T., (1982) American Association for Partial Hospitalization (AAPP) Standars and Guidelines for Partial Hospitalization. Int. J. Partial Hosp 1:5
6. Castañeda, C., (1994) El Hospital Psiquiátrico Moderno, Psiquis, vol. 2, núm. 6
7. Clark, D., (1973) Psiquiatría Administrativa. Los Roles en la Comunidad Terapéutica, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
8. Clarke, A.D.B. (1962) Constructing assets in the severely subnormal. Lancet. i. 40-42.
9. Cockerham, W.C., (1989) Sociology of Mental Disorder. Prentice Hall, New York.
10. Coderch, J., (1991) Psiquiatría Dinámica, Barcelona, Herder
11. Cutick, R.A., (1988) The short-term program: Commentary. In differing Approaches to Partial Hospitalization. New Dimensions for Mental Services, K Goldberg, editor, Jossey-Bass, San Francisco.
12. De la Fuente, R., (1992) Psicología Médica, México, Fondo de Cultura Económica.
13. De la Fuente, R., (1990) Nuevos Caminos de la Psiquiatría, México, Fondo de Cultura Económica.

14. Delacampagne, C., (1989) Antipsiquiatría, Barcelona, Mandrágora.
15. De la Llera, M., (1999) Programa del servicio de hospital de día, México, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez (material de circulación restringida).
16. Ebringer, L. y Christie-Brown, J.W.R. (1980) Social deprivation among short-stay psychiatric patients. British Journal of Psychiatry, 136, 46-52.
17. Goldman, H.H., (1999) Psiquiatría General, México, El Manual Moderno, 4ª. Edición.
18. Gralnick, A., (compilador), (1974) El Hospital Psiquiátrico como Instrumento Terapéutico, Buenos Aires, Paidós.
19. Harpert, H., (1994) Public Opinion and Attitudes about Mental Health, Social Psychology and Mental Health, New York
20. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, XXX Aniversario, (1997) Una Reseña Histórica de la Psiquiatría en México, material de circulación restringida.
21. Kaplan, H.I., Sadock, J.S., (1992) Tratado de Psiquiatría, Tomos I y II, Barcelona, Masson-Salvat, 2ª. Edición.
22. Kaplan, H.I., Sadock, J.S., (1998) Terapia de Grupo, Madrid, Ed. Médica Panamericana, 3ª. Edición.
23. Kaplan, H.I., Sadock, J.S., (1999) Sinopsis de Psiquiatría, Madrid, Ed. Médica Panamericana, 8ª. Edición.
24. Klain, M., (1946) Contribuciones al Psicoanálisis, Buenos Aires, Hormé.
25. Kuhn, Th.S., (1983) La Estructura des las Revoluciones Científicas, México, Fondo de Cultura Económica.

26. Laplanche, J., Pontalis, B.J., (1981) Diccionario de Psicoanálisis, Barcelona, Labor, 3ª Edición.
27. Muriel, J., (1990) Hospitales de la Nueva España, fundaciones del siglo XVI, XVII, UNAM – Cruz Roja, México, Tomo II.
28. Olivé, L., Pérez Ransanz, A.R., (compiladores), (1989) Filosofía de la ciencia: teoría y observación, México, Siglo Veintiuno Editores.
29. Organización Mundial de la Salud., (1992), CIE-10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento, Madrid, Meditor.
30. Pancheri, P., (1979) Manual de Psiquiatría Clínica, México, Trillas.
31. Pankow, G., (1969) El Hombre y su Psicosis, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
32. Pérez-Rincón, H, (1995) Breve Historia de la Psiquiatría en México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.
33. Pichot, P., López Ibor, A., J.L., Valdez M., M., (1995) DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, España, Masson, 1ª Edición.
34. Postel, J., Quétel, C., (1993) Historia de la Psiquiatría, México, Fondo de Cultura Económica, 1ª. Reimpresión en español.
35. Rapoport, R.N. (1960) Community as Doctor, Tavistock, Londres.
36. Río Lugo, N. et. al, (1982) Hospital de Día: un nuevo concepto de atención psiquiátrica, Salud Mental, Vol. 5, Núm. 3.
37. Rosemberg, M., (1991) The Unread Mind, Lexinton Books, New York.
38. Rosen, G., (1974) Locura y Sociedad, Sociología de la Enfermedad Mental, Madrid, Alianza Editorial.

39. Ryan, P., et. al. (1982) Alternativas para el hospitalismo. Salud Mental, vol. 5, núm. 3.
40. Salomon, P., Vernon, B.,P., (1976) Manual de Psiquiatría. México, Manual Moderno.
41. San Martín, H., (1992) Salud y Enfermedad, México, La Prensa Médica Mexicana S.A., 4ª. Edición
42. Seidman, L.J., (1994) Schizophrenia and Brain Dysfunction: An Integration of Recent Neurodiagnostic Findings. Psychological Bulletin, New York.
43. Stanton, s., (1954) El hospital mental. New York, Basic Books.
44. Straus, R. (1966) Social Change and the Rehabilitation Concept. En M.B. Sussman, comp., Sociology and Rehabilitation. American Sociological Association in collaborataion with the Vocational Rehabilitation Administration, Washington.
45. Szasz, T., (1985) El Mito de la Psicoterapia, México, Premia Editora, 1ª. Edición.
46. Vidal, G., Alarcón, R.D., (1986) Psiquiatría, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.
47. von Bertalanfy, I., (1966) General system theory and psychiatry. In American Handbook of Psychiatry, vol.3. S Ariete, editor, p. 705. Basic Books, New York.
48. Watts y Bennett, (1990) Rehabilitación Psiquiátrica, México, Noriega Editores.
49. Weiss, K., (1982) Partial Hospitalization: state of the art. The International Journal of Social Psychiatry. Vol. 33, No.11.
50. Wing, J.K. (1962) Institutionalism in mental hospitals. Journal of Social and Clinical Psychology, 1, 38-51.
51. Wing, J.K. y Brown, G.W. (1970) Institutionalism and Schizophrenia. Cambridge University Press, Londres.