



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**“LA PSIQUIATRÍA Y LA PSICOLOGÍA:
UNA APROXIMACIÓN AL SERVICIO”**

TESIS HISTORICO CONCEPTUAL

QUE PRESENTA PARA SUSTENTAR SU EXAMEN
PROFESIONAL Y OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

JULIAN GRACIA ACOSTA

ASESOR

DR. SERGIO LOPEZ RAMOS

DICTAMINADORES

LIC. IRMA HERRERA OBREGON

LIC. ARCELIA SOLIS FLORES

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

1994





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.

RESUMEN

El trabajo es un ejemplo de como reconceptualizar el basto mundo de los Servicios de Salud Mental y Psiquiatría en México. Retomando al paciente, sus institucionalizaciones y el cruce de una sociedad que posee una moral que antepone "los principios morales y las buenas costumbres". Las revisiones que se integran en este trabajo, dan una visión para después reflexionar, proponer y, construir conceptualmente. Esto nos pone ante la necesidad de conocer la Historiografía mexicana y la historia que más nos aproxime a nuestro interés.

El trabajo se dividió en dos apartados. En el primero se habla de la importancia de historiar las Instituciones de Salud Mental, se concentra en mostrar el velo de un cuerpo que se instituyen las instituciones y discursos del siglo XIX y nos llega en el siglo XXI con su máscara de modernidad. Donde el cuerpo que se va construyendo no solo muestra la decadencia de una sociedad de consumo, también muestra que la esperanza de vida no ha sido la mejor y que el siglo XIX tiene sus tentáculos hacia la memoria cultural de un lenguaje que unas veces es hablado y otras postural, íntimamente relacionada con un principio ergonómico que no ve la salud. En el segundo se exponen diferentes aproximaciones psicológicas para la atención de la salud mental, cuya fragmentación no incluye el todo de un cuerpo como un microcosmos que tiene sus propios mecanismos de regulación, el pensamiento racional es el gran tirano del siglo XX y XXI

La historia de las Instituciones de Salud Mental en México es una propuesta concreta de cómo se puede hacer historia de la psicología en México, abriendo nuevos campos del conocimiento, otras posibilidades de interpretación donde se creía que nada era posible o se pensaban que no existían otras historias psicológicas, como la de la soledad, la tristeza, el olvido social, el comportamiento individual y colectivo. Darle al humano estas categorías es plantear otras interpretaciones sobre la profundidad de lo psicológico.

“LA PSIQUIATRÍA Y LA PSICOLOGÍA: UNA APROXIMACIÓN AL SERVICIO”

INDICE TEMATICO

Capítulo 1 LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL.

INTRODUCCION	Pág. 5
1. Antecedentes.....	Pág.10
1.1. Los Servicios De Salud Mental Y La Psiquiatría Contemporánea En La Sociedad Mexicana.....	Pág.12
1.1.1 Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.....	Pág.18
1.2. La Psiquiatría Como Campo De Estudio Y Sus Primeras Aplicaciones.....	Pág.21
1.3. Avances Tecnológicos, Biológicos, Médicos Y Terapéuticos En Psiquiatría	Pág.25
1.4. Hospitalismo, Psiquiatría Y Sus Alternativas.....	Pág.31
1.4.1. Impacto Del Hospitalismo En El Paciente Psiquiátrico.....	Pág.35
1.5. Detección E Identificación De Casos.....	Pág.38
1.6. Situación Actual De La Psiquiatría En México.....	Pág.42
1.7. Investigación Médica Psicológica.....	Pág.44
1.8. Conclusiones Y Comentarios.....	Pág.53

Capítulo 2 LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL MÉXICO ACTUAL

2.1. La Psicología hoy en Día.....	Pág.56
2.2. El Higienista Mental.....	Pág.59
2.3. Estudios Epidemiológicos De Enfermedades Neuropsiquiatricas En	

México.....	Pág.63
2.4. Alternativas De Programas De Salud Mental Pública.....	Pág.66
2.5. Un Enfoque Racional Del Psicólogo Hacia Los Problemas Psiquiátricos.	Pág.72
2.6. Servicios Asistenciales Y La Psicología.....	Pág.74
2.7. Enfermedad Psiquiátrica En La Teoría Biomédica Y Etnomedica....	Pág.77
2.7.1. Formas Clínicas De La Angustia Patológica.....	Pág.80
2.7.2. Formas Clínicas De La Depresión Patológica.....	Pág.82
2.7.3. Papel Del Estrés En Los Trastornos Psiquiátricos.....	Pág.85
2.8. Hacia El Papel Del Psicólogo En El Campo Psiquiátrico.....	Pág.91
2.9. Conclusiones Y Comentarios.....	Pág.107
Conclusiones Generales.....	Pág.116
Bibliografía.....	Pág.130

“LA PSIQUIATRIA Y LA PSICOLOGIA: UNA APROXIMACION AL SERVICIO”

INTRODUCCIÓN.

Hay que estar en las aulas mexicanas y recorrer la historia de la psicología. La gran mayoría de los programas universitarios inician con una hipotética idea de la psicología en los griegos y van constituyendo un retrato hablado de la psicología que enseñan. La historia culmina con su teoría, es una exposición por exclusión; lo que no se, lo niego, lo que odio no lo enseño, se deja ver el ridículo para otras teorías. Se prepara la entrada triunfal de la corriente de preferencia. Esa es la práctica cotidiana en los primeros años de la licenciatura y se constituye la idea absoluta de una historia, de una verdad sobre el comportamiento, sobre sus orígenes y no existen otras posibilidades de interpretación; así es, la historia no tiene ningún valor para los psicólogos. La profundidad del comportamiento humano sigue siendo una incógnita no desentrañada plenamente y con una lectura sin historia el asunto se complica.

Esta historia nos coloca frente a lo que ya hicieron otros para no repetirlo otra vez. Buscar alternativas en un tiempo y en un espacio; en particular de la Salud mental, y el trabajo de poner ante los ojos de los conformistas la pobreza de un ejercicio profesional que no busca la prevención. Se debe pensar en la participación en campos de salud donde no han existido posibilidades de mejoría; las Instituciones de Salud Mental. La competitividad con otros profesionales, que sólo se logra con un dominio de la disciplina y con la construcción de alternativas. El problema debe plantearse con lo que se ha hecho y con lo que se debe hacer.

Para nosotros la historia (con una perspectiva social) nos proporciona elementos tan trascendentales que puede transformar nuestros esquemas de trabajo y de vida; porque el conocimiento de la realidad en la que uno vive -y no solo su conocimiento, sino saber como funciona- , responde a intereses donde las prácticas psicológicas que nos ha tocado conocer o usar tienen fines o propósitos que podrían ser válidos o no. La historia no debe representar un agregado en la

formación del Psicólogo, sino un método que se engarce con nuestra profesión, y con los diversos procesos en la división socioprofesional de la sociedad de nuestros días que haga posible la realización de un trabajo interdisciplinario. La enseñanza de la Historia de la psicología de una manera profesional, permitirá disipar los cultos a las teorías que se erigen como el absoluto y asimismo, poner en el escaparate de su análisis las formas de curar o atender la salud mental, la reclusión y el castigo; enfrentar a la psicología para que haga suyos los problemas mentales y su origen socio histórico.

Las revisiones que se integran en este trabajo, dan una visión para después reflexionar, proponer y, construir conceptualmente. Esto nos pone ante la necesidad de conocer la Historiografía mexicana y la historia que más nos aproxime a nuestro interés.

La historiografía de la psicología nos permite dar una lectura de lo que ha sido y fue. Es un paso necesario para conocer la profundidad del tema trabajado y permite plantear nuevos retos, en donde el paso del tiempo dirá la validez de las explicaciones. A su vez, nos muestra una realidad muy importante, los momentos en que los protagonistas se han vinculado al poder político para poder tener un impulso social o permanecer al margen de los proyectos del Estado. Su análisis nos da una respuesta sobre el asunto de los problemas que han tratado y sus posibles resultados, permite encontrar la frontera de los vínculos con los individuos, saber de cual psicología estamos hablando en el pasado, sus usos e implicaciones.

POR LO ANTERIOR ES QUE CONSIDERAMOS IMPORTANTE ESCRIBIR NUEVAMENTE sobre Historia de la psicología en México y en éste caso en particular sobre las Instituciones de Salud Mental en México. La posibilidad de conocer lo realizado en México es una ubicación para el profesional que le da elementos de análisis para no hacer suposiciones. ¿Pero porqué Historiar las Instituciones Mentales en Psicología? la respuesta es sencilla , porque si

queremos hablar de una utilidad concreta, es necesario replantearnos las necesidades y problemas psicológicos que se estudian en cualquier periodo

histórico, las interpretaciones psicológicas y su relación con la clase en el poder, desentrañar quién dictamina lo que son las necesidades psicológicas a satisfacer en la población, las formas de castigo, de aprobación, de lo anormal y lo normal, etc. Y solo el conocimiento de la Historia y de las relaciones sociales vigentes nos permite encontrar sentido y razón de las diversas aproximaciones psicológicas del individuo, que se han realizado a lo largo de la historia, y hoy día tienen vigencia y sentido político. Las aproximaciones a lo humano y los alcances en lo global (la sociedad en su momento y la relación con otras) justifican y fortalecen las prácticas de orden preventivo o curativo, llevadas a cabo en cualquier periodo histórico, si se quiere con ese espíritu de modernidad; más humanizadas, sin sufrimiento; una economía del castigo, de la tortura, el castigo del cuerpo y también su cura.

Justamente, pensando en las implicaciones que tienen las historias que se conocen, para poder reorientar los tipos de servicio, su planificación, tomando en cuenta al sujeto beneficiado y, pensando en su constitución como ser humano más digno en éste mundo. El asunto es poner a la psicología al servicio de la psicología. La implicación de una historia que reconstruya los usos y fines de la psicología con el hombre y descubra la degradación, castigo y negación de su condición y capacidad está en la ruta de la planeación y la humanización de la vida social e individual. Como implicación para el futuro, esta será una posibilidad que nadie podrá dudar. La ignorancia de un pasado mal conocido es más peligrosa para la salud mental que algunos fármacos que utiliza la medicina alópata y que generan yatrogenias.

La historia de las Instituciones de Salud Mental en México, pueden ser motivo de diferentes interpretaciones tan variadas y diversas son, que cada quien tiene un trasfondo sobre el hacer historia. La importancia estriba en los propósitos de esa reconstrucción del pasado, ¿se incorpora al presente?, ¿se recupera la enseñanza de ese pasado para su organización, enseñanza y planificación presentes?

Para el caso de las Instituciones de Salud Mental en México, es más factible pensar que los estudiantes se han mostrado más interesados en el tema

porque siempre existe un poco de morbo y de curiosidad sobre los que han tenido la desdicha de caer en tales lugares. La historia de las Instituciones ha sido dominada por los médicos y psiquiatras; aquí uno se plantea: ¿cual es la tarea de estos trabajadores de la salud, solo recluir, drogar y aplicar electrochoques? La construcción de alternativas se puede dar desde otros campos del conocimiento. Es preciso abrir nuevas reflexiones sobre el tema y construir nuevos objetos de estudio. Si los psicólogos son trabajadores de la salud mental de una sociedad, ya es tiempo de que se abran espacios para su participación, que seamos los actores de un estudio más sistemático sobre éste tipo de condiciones que imperan en el México actual.

La justificación de una Investigación en el campo de la Salud Mental es propia de la Psicología también, y hay que conocer los antecedentes con una lógica más crítica de lo realizado en la sociedad mexicana, partiendo desde una reflexión teórica, hasta los archivos y las hemerotecas. Parece ser que la historia de la conquista; de la invasión es pasada por alto, porque se aísla el problema del psicólogo y su profesión, buscando lo que está mal en él, en el lugar y en los medios de su formación. La posibilidad de conocer lo realizado en México es una ubicación para el profesional que le dará elementos de análisis para no hacer suposiciones. La cronología de las instituciones, desde la Colonia hasta nuestros días, es un campo que han historiado médicos y psiquiatras con su lógica curativa y han planteado sus intervenciones desde el hecho consumado.

El trabajo es un ejemplo de como reconceptualizar el basto mundo de los Servicios de Salud Mental y Psiquiatría en México. Reconceptualizando al paciente, sus institucionalizaciones y el cruce de una sociedad que posee una moral que antepone "los principios morales y las buenas costumbres".

Podemos continuar dando ejemplos pero creo es mejor hablar de los contenidos del texto. El texto se divide en dos apartados. En el primero se habla de la importancia de historiar las Instituciones de salud Mental se concentra en mostrar

el velo de un cuerpo que se instituyen las instituciones y discursos del siglo XIX y nos llega en el siglo XXI con su máscara de modernidad. Donde el cuerpo que se

va construyendo no solo muestra la decadencia de una sociedad de consumo, también muestra que la esperanza de vida no ha sido la mejor y que el siglo XIX tiene sus tentáculos hacia la memoria cultural de un lenguaje que unas veces es hablado y otras postural, íntimamente relacionada con un principio ergonómico que no ve la salud sino el mercado. En el segundo se exponen diferentes aproximaciones psicológicas para la atención de la salud mental, cuya fragmentación no incluye el todo de un cuerpo como un microcosmos que tiene sus propios mecanismos de regulación, el pensamiento racional es el gran tirano del siglo XX y XXI, se mueve con una autonomía que da miedo a quienes sabemos que es un gran invasor en el cerebro, es la herencia de Descartes. Finalmente tenemos una bibliografía general.

Capítulo 1 LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL EN LA SOCIEDAD CONTEMPORANEA.

1. Antecedentes.

La sociedad de nuestro tiempo es el resultado de una política de desarrollo sustentado en la industria, que se gestó en los alrededores del siglo XVIII en Inglaterra. El surgimiento de la sociedad de consumo y la creación de nuevos mercados; cambio las formas de vida de la población: la creación de la ciudad como espacio integrador donde circula y se reproduce el capital, se constituyó en el gran polo de atracción para los individuos que buscaban una calidad de vida superior a la del campo. La creación de nuevas necesidades en la capacitación y educación, trajo como resultado la creación de instituciones; como la escuela, los hospitales, los servicios de seguridad pública y la creación de nuevas problemáticas, como nuevas enfermedades orgánicas y mentales¹. Las formas de vida en la naciente sociedad industrial no fue equitativa y la desigualdad en el crecimiento económico y cultural posibilita la estratificación en las oportunidades de participación en la riqueza y los servicios. La división geopolítica del mundo, marca formas y tipos de desarrollo para las sociedades y los individuos.

El desplazamiento de los artesanos; de sus talleres a la fábrica, trajo los primeros brotes de desarticulación y desintegración familiar, y consecuentemente la industria domestica, el surgimiento de las guarderías, la comida para llevar, las lavanderías, las escuelas públicas y privadas, las trabajadoras domésticas y la aparición de indigentes, incremento de prostitución; los problemas epidemiológicos, los niños de la calle y también el surgimiento de un cambio en las formas de dar afecto y abandono familiar, surgen pues las enfermedades o trastornos de orden mental como problema social², las razones las podemos ubicar de la siguiente manera: Los trastornos mentales han existido en la

➤ ¹ HOBBSAWN ERICK, 1989. Las Revoluciones Burguesas. España Edit. Anagrama Tomo I y II.
➤ ² ZARETZKI, ELI, 1989, Familia y Sociedad. Barcelona. Edit. Fontamara.

condición del hombre³, solo que con el surgimiento de la sociedad industrial, su índice aumentó por varios factores a saber:

1. Se considera que los individuos que son indigentes del campo a la ciudad sufren del SCHOK cultural que los deja en una relación de tiempo que no corresponde a su momento y eso los ubica en ser personas perturbadas y que a la postre, si se agrava, tendrá que ser recibida o no se podrá integrar a un empleo.
2. El abandono afectivo emotivo es otra fuente de construcción donde el sujeto se expone a la baja autoestima y tendrá perturbaciones sobre su desempeño, lo que lo conducirá al aislamiento y a un sentimiento de autodestrucción en diversas formas; agresión física, abandono corporal; no hay conductor de auto cuidado, inestabilidad emocional que lo llevan a pérdida de contacto con la realidad y se puede psicotizar.
3. Otro aspecto que contribuye a este proceso de la alteración mental en la sociedad de nuestro tiempo, son las expectativas de la autorrealización por los individuos, eso genera frustración y amargura que culmina en procesos mentales que desquician al sujeto en una sociedad del "éxito" ⁴
4. Quizá vale decir que otro aspecto presente en la conformación de los problemas mentales y su tratamiento es el aspecto orgánico derivado de lesiones y de secuelas de tipo neuronal que se presentan cuando los individuos tienen accidentes craneoencefálicos o una tumoración; quiste o cisticercosis que altera su percepción de la realidad y le hace perder contacto con el mundo normativo.
5. En otro orden, las investigaciones en el campo se han diversificado, lo mismo que el mantenimiento de la terapia tradicional de farmacopea, de terapia psicológica, de reclusión y terapia ocupacional, que los más avanzados con la teoría de la plasticidad cerebral⁵

➤ ³ GOMEZJARA FRANCISCO, 1989. Alternativas a la psiquiatría y a la psicología social. México. Edit.

➤ ⁴ MASLOW ABRAHAN, 1990. El hombre autorrealizado. España. Edit. Kairos.

➤ ⁵ BRAYLOSKY, 1992. El Cerebro Averiado, México. Edit. F.C.E.

Todo lo anterior constituye una realidad que la psiquiatría, la psicología, la neurología, la neurofisiología, entre otras ciencias, han hecho su campo de estudio que tiene como punto de partida la condición mental del ser humano; su investigación, tratamiento, cura o rehabilitación, internamiento o custodia.

Lo que nos sitúa ante un aspecto que se ha desarrollado para el tratamiento de los trastornos mentales: las Instituciones de Salud Mental.

La sociedad de nuestro tiempo ha creado Instituciones para la heterogeneidad de problemáticas y no solo para eso; las ha realizado para la normatividad y el servicio, podemos encontrar de reclusión, de rehabilitación, de cura, de asistencia, de reintegración a la sociedad, de educación, de religión, etc.

Para el caso que nos ocupa haremos una exposición de antecedentes de los servicios de salud mental y psiquiatría contemporánea.

1.1. Los Servicios De Salud Mental Y La Psiquiatría Contemporánea en la Sociedad Mexicana.

En la historia de la medicina en México existen historias que van desde la exaltación de individualidades, la llegada de congregaciones religiosas, la participación de los virreyes, los diversos individuos preocupados por la condición humana, y la participación del Estado mexicano y finalmente el surgimiento de las organizaciones no gubernamentales que han tenido una función importante en la última década, en el campo de la salud. Para poder llegar a este aspecto, haremos un recorrido cronológico de la historia del sistema de salud mental en México.

Con la llegada de los españoles, en el siglo XVI, a Mesoamérica, y su consecuente impacto en diferentes aspectos de la vida social, cultural, económica, religiosa y de la salud, se transformaron las formas de vivir y por lo tanto las formas de enfermarse, O'Gorman hace una discusión sobre el descubrimiento de América y se pone al descubierto que se hizo un error de cálculo por Cristóbal Colón que lo llevo a las Islas del Caribe, creyendo que era la India. Lugar al que iba para conseguir especies para conservar la carne de los reyes de España, que se dedicaban al cultivo de borregos para vender su lana a los países vecinos,

por lo tanto las especies la necesitaban para hacer los jamones, chorizos, salchichas, toda clase de embutidos. En ese sentido se cree que Colón no descubrió América, sino que la inventó. Lo anterior es un aspecto que se ha discutido, y se discute, pero lo cierto es que hoy día la sociedad es resultado de ese choque de dos culturas, de dominio de una por otra o invasión, la polémica esta vigente, especialmente entre Miguel León Portilla y Edmundo O´Gorman⁶.

El encuentro de dos culturas, de dos sistemas inmunológicos, de dos tipos de vivir y morir dio como resultado la creación de los sincretismos religiosos, alimenticios, de lenguaje, de vestimenta, etc. y a la creación de los mitos en la sociedad colonial, y consecuentemente la creación de sistemas de atención a la salud.

La mezcla de razas, es otro de los resultados, que ha decir de Salamanca Gómez⁷. Los Europeos tiene dominancia tipo A y los indígenas tipo B y O, así la composición sanguínea de la sociedad mexicana se integró por españoles de 65 a 70 %, indígenas de 25 a 30 % y negros de 1 a 5 %. Este acontecimiento se ha interpretado como el intercambio de bacterias, que tuvo su impacto de mortandad en los indígenas en promedio de 17 millones de muertos en tan solo 70 años, según nos ilustra Enrique Flores Cano⁸, las epidemias que trajeron los españoles acabaron con gran mayoría de la población; para ilustrar la gripe, produjo un alto índice de mortandad puesto que los indígenas no tenían defensas en su sistema inmunológico⁹.

En el campo de lo mental, la gran mayoría de los españoles sufrieron un Schok cultural que hubo varios que se trastornaron, perdiendo la razón¹⁰, la historia de este aspecto se puede ilustrar con la construcción de los hospitales que

-
- ⁶ O´ GORMAN EDMUNDO. La Invención de América. México, 1998, Edit. SEP Colección Lecturas Mexicanas.
 - ⁷ SALAMANCA GOMEZ FABIO, "Aspectos Genéticos de la Población en la Colonia" en Historia General de la Medicina en México. Tomo II Coordinador Gonzalo Aguirre Beltrán y Roberto Moreno de los Arcos. Edit. UNAM Academia Nacional de Medicina. Pág. 46-53.
 - ⁸ SEMO ENRIQUE, 1985. Historia Mexicana, Economía y Lucha de Clases. México. Edit. Era. Véase también Ensayos sobre la Historias de las Epidemias en México.
 - ⁹ FLORESCANO ENRIQUE Y ELSA MALVIDO. 1992. Ensayos sobre la Historia de las Epidemias en México. Edit. IMSS Tomo I y II.
 - ¹⁰ SACRISTAN MARIA CRISTINA. Locura e Inquisición en la Nueva España Pág. 1571-1760. México Edit F.C.E. Colmich.

mando hacer Hernán Cortés para los soldados y religiosos dementes¹¹. Lo anterior es un aspecto muy importante es la institucionalización de la medicina y sus formas de ejercicio. La creación del protomedicato en los años de 1628 permitió la consolidación de una política de salud que excluía a los curanderos y parteros del servicio de la salud y su atención, este acontecimiento establecerá una manera oficial de conceptualizar al enfermo¹² e instituye una forma de tratar la salud orgánica y mental.

No solo en esta campo se vera el impacto de una política de salud, también se vera en la moral y las costumbres, en la vida sexual y el matrimonio, lo que posibilita la construcción de la normatividad en el comportamiento social e individual, se instituye lo que sería normal y anormal en el comportamiento de los ciudadanos¹³ por lo tanto posibilita y justifica el castigo, sea físico, moral o de reclusión.

En este contexto de la sociedad nova hispana que aparecen las primeras propuestas de tratamiento a los individuos con problemas de orden mental, o como lo decían en ese tiempo, sin razón "inocentes". Según Fernández de Castillo¹⁴ es en el año de 1549 que llega a México Bernardino Álvarez y con él cambiara la situación de los enfermos mentales y desadaptados sociales.

En el año de 1549 llegó a México Bernardino Álvarez para cambiar la situación de los enfermos mentales y desadaptados sociales. Inicialmente llevó una vida de aventura poco productiva, de la cual logró obtener una gran fortuna, esto sucedió en Perú. Para cuando regresa a México deja a un lado esa vida escandalosa para dedicarse con todo afán al cuidado de los enfermos en el hospital llamado entonces del Marqués, hoy hospital de Jesús. Adelantándose a su tiempo un amplio concepto de lo que hoy llamaríamos medicina social.

-
- ¹¹ FLORESCANO ENRIQUE Y ELSA MALVIDO. 1992. Op. Cit.
 - ¹² AVILA HERNANDEZ ROSA MARIA. "Antecedentes del Tribunal del Protomedicato en Nueva España. En Gonzalo Aguirre Beltrán y Roberto Moreno de los Arcos. Historia General de la Medicina en México. Edit. UNAM Academia Nacional de Medicina Tomo II. Pág. 255-260.
 - ¹³ ORTEGA SERGIO, 1990 De la Santidad a la Prevención. México. Edit. Grijalbo. Se hace una excelente exposición sobre las formas morales del Siglo XVI.
 - ¹⁴ FERNANDEZ DEL CASTILLO. San Hipólito en la Historia y en la Medicina en México. México 1956. En Historia de la Medicina. Pág. 97-112.

La situación que se apreciaba en México era desoladora, pues los enfermos que abandonaban el hospital no eran aun capaces de luchar por la existencia, y por lo tanto se dedicaban a la mendicidad y a la vagancia o al delito. Fue Bernardino Álvarez quien tuvo la idea de fundar un establecimiento en donde pudieran recuperarse los enfermos de su larga convalecencia. Así, adquirió un extenso terreno junto a la iglesia de San Hipólito. Los mismos enfermos o convalecientes construían su nueva casa después de fabricar adobes de barro. Pero hizo más, recogió a los locos a quienes llamaban "inocentes" y los colocó en un departamento especial del nuevo edificio en México el primer manicomio que hubo en América.

Pero no solo levantó el hospital de San Hipólito. Levantó el Montén Claros en Veracruz, el de San Juan de Ulúa y fundó también hospitales en Guadalajara en la Habana y en Perú.

Bernardino Álvarez muere en el hospital de San Hipólito, el día 13 de agosto de 1576 y la tradicional fiesta del perdón fue como simbólica apoteosis en sus funerales. Años después en Roma fue titulado "venerable". Este antecedente, de un hombre con un gran sentido del humanismo, puso la piedra angular de lo que es hoy la institución hospitalaria para los dementes o inocentes.

Este hospital de San Hipólito vivió un proceso que lo une con la historia de la sociedad, es decir dejó de ser una obra de un individuo y se convierte en un espejo donde se pueden ver los cambios que lo llevan a su desaparición, el mismo Fernández del Castillo¹⁵ dice que en el año de 1812 fue promulgada en Cádiz la constitución española, que fue doctorada por hombres que más tarde se llamarían liberales; en ella se prohibían y suprimían las órdenes hospitalarias y se encomendaban a los ayuntamientos la administración de las instituciones benéficas. Cuando la constitución española fue promulgada en México, la orden de los hermanos de San Hipólito fue extinguida. Una vez consumada la independencia de México, se adaptó provisionalmente la misma constitución de Cádiz cuyos principios eran defendidos por hombres que posteriormente formarían

➤ ¹⁵ FERNANDEZ DEL CASTILLO. "El Hospital de Medicina en México II. En Historia de la Medicina ". 1956 Pág. 97-112.

el partido liberal. El 8 de febrero de 1822 se decretó que se entregase al ayuntamiento en administración los bienes y rentas que estaban designados por sus fundadores para la subsistencia de los hospitales y de los religiosos que lo servían, para que con ellos proporcionase la subsistencia de los primeros y el pago de las pensiones asignadas a los segundos. En consecuencia la parte anexa al hospital de San Hipólito que había sido convento, sería abandonado de acuerdo con los preceptos y disposiciones descritas siendo finalmente destinada a cuartel. En el año de 1824 se vendieron gran número de propiedades de las instituciones en virtud de facultades extraordinarias que se habían otorgado al gobierno, y otros más se reportaron en 1842 también en uso de facultades extraordinarias entre los favoritos del gobierno.

En el año de 1847, México sufrió la invasión del ejército de los Estados Unidos, y en ese tiempo fue Urbano Fonseca quien procedió a la instalación de los hospitales. Uno de ellos fue el hospital de San Pablo, el otro fue instalado en el antiguo convento de San Hipólito. Terminada la invasión el primero quedó con una parte destinada a manicomio, y el segundo quedó como hospital del municipio hasta el año de 1853 en que fue destinado a la escuela de medicina.

La reforma radical decretada por el Vicepresidente Valentín Gómez Farías, dio lugar al establecimiento de ciencias, hoy Escuela Nacional de Medicina, lo cual cambió constantemente de lugar según los compromisos e intereses del gobierno. Primeramente se estableció en el antiguo convento de Bedemitas el 5 de diciembre de 1833, que fue cerrado por falta de fondos el 17 de septiembre de 1834. Para 1838 le asignan el antiguo convento y hospital del Espíritu Santo. Hoy el casino español, pero en el año de 1840 el gobierno ordena al establecimiento de Ciencias Médicas que desocupe dicho convento pues el predio había sido vendido a los hermanos de la Santa Escuela. A la escuela de medicina se le asignan entonces locales en el colegio de San Idelfonso. Es hasta el año de 1850 cuando el director de la escuela de medicina hace gestiones para obtener una casa propia e inafectable fuera del convento de Betlemitas o del Espíritu Santo. Finalmente el presidente de ayuntamiento informa en cabildo del 3 de octubre del mismo año, la necesidad de situar a la Escuela de Medicina dentro

de un local lo bastante adecuado para el buen desempeño de la enseñanza y propone que se le ceda el edificio que fue convento de San Hipólito. Así el 1 de septiembre de 1851 el presidente Mariano Arista promulga el decreto del Congreso General, donde se le adjudicaba a la escuela de medicina su establecimiento definitivo en el edificio que fue convento de San Hipólito. Para el año de 1853 Antonio López de Santa Ana arrebató la casona adquirida mediante la abnegación y los esfuerzos de los profesores, quedando convertido el viejo San Hipólito otra vez en cuartel. Ante esa arbitrariedad el Licenciado José Urbano Fonseca concilia en calidad de cocupra el viejo edificio de la antigua inquisición, la casa de Santo Domingo que alberga a la Escuela de Medicina hasta el año de 1955.

Ante estas circunstancias de una institución podemos interrogarnos ¿cual ha sido el proceso de la atención mental y psiquiátrico? el despejar la interrogante nos lleva a realizar la siguiente consideración. A los antecedentes que se han señalado, autores como: Fernández del c. 1956, De la Fuente 1976, Gallegos y Colotla 1980, Álvarez 1981, Alcocer Benes 1983, consideran como el primer antecedente de la psiquiatría a tratamiento para enfermos mentales.

En ese orden, si para 1853 el hospital de San Hipólito pasa al control del Estado. Será en 1698 que se fundo el hospital del Divino Salvador, que es para mujeres dementes y se mantuvo activo hasta que los enfermos fueron trasladados al manicomio general en 1910. Sin embargo la construcción de instituciones que dieran este servicio, fueron de orden privados como públicos, como el sanatorio del doctor Rafael Lavista de Tlalpan en 1898; los hospitales de los hermanos de San Juan en 1907, en Jalisco; el manicomio general inaugurado por el presidente Porfirio Díaz en la antigua hacienda de la castañeda, en 1910; en 1938 se funda la clínica de la conducta y para 1960 se crea el hospital L. N. Navarro para niños con mentales; entre 1960 y 1964 se construyeron los hospitales, granjas por toda la república mexicana. En 1964 se inauguró en Tlalpan el Instituto Nacional de Neurología, esencialmente dedicado al estudio de problemas neurológicos. En 1965 la dirección de la salud mental y rehabilitación, llevo a cabo

la construcción de una cadena de hospitales y granjas para albergar a la población de enfermos.

El primer servicio de psiquiatría en un hospital general fue en 1942 en el hospital Español. En 1965 se funda un servicio de psiquiatría en el hospital general del centro medico del I.M.S.S que permaneció en servicio hasta 1970.

Actualmente el país cuenta con otras instalaciones para el cuidado de enfermos mentales o relacionados con problemas de salud mental dependientes del I.M.S.S., y del ISSSTE de la Secretaría de Educación del I.N.P. y un sistema de centro de integración juvenil para la prevención de farmacodependencia.

Sin embargo el hecho de que hubo una mejoría en cuanto a la creación de unidades psiquiátricas, no significa que la hubo también en lo que respecta al trato o atención de los enfermos mentales¹⁶

1.1.1 Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

La cronología por la que ha atravesado las formas de atención mental en México, nos permite entrar al proceso más actual, donde podemos ver la ilustración con alguna Institución, es el caso del Hospital Psiquiátrico "FRAY BERNARDINO ALVAREZ" que esta destinado a la hospitalización de enfermos mentales agudos adultos, de ambos sexos, tiene una estructura de servicios de consulta externa con capacidad para atender a 80 pacientes diarios, aulas, laboratorios para impartir cátedras y enseñanza conexos al ejercicio de la psiquiatría¹⁷.

➤ ¹⁶ DE LA FUENTE RAMON Y Campillo Carlos 1976, "La Psiquiatría en México: una perspectiva histórica". México. EN: Gaceta Medica de México. Vol. III Núm. 5 mayo 1976. P. 421-435.

➤ ¹⁷ GARCIA DIEGO MADRID JAVIER 1967, "Estructura y Funcionamiento del hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". En: Salud Pública de México. Época V Vol. IX núm. 4 Julio Agosto de 1967. P. 559-567.

Funcionamiento.

El hospital depende de la dirección de Salud Mental y ésta a su vez de la subsecretaría de asistencia médica. La dirección médica del hospital es asesorada por el consejo consultivo y por diversas comisiones que se nombren para este fin. Dependientes de la dirección se encuentra la Subdirección Médica y la Subdirección Técnica Administrativa, las cuales pueden asesorarse entre sí. De la Subdirección Médica dependen los servicios de: Consulta externa, Hospitalización, Ginecobstetricia, Cirugía, Medicina Interna y Odontología.

Los servicios médicos y administrativos están derivados en tres ramas: a) servicios paramédicos (farmacia, enfermería, estadística, trabajo social, fotografía, control de esterilización y dietología); b) servicios administrativos (personal, admisión, almacenes, inventarios, contabilidad, paja, relaciones públicas, archivo y correspondencia; c) servicios generales (ropería lavandería, transporte, intendencia y mantenimiento).

La construcción del hospital esta diseñada de tal manera que permita el funcionamiento eficaz en los aspectos de prevención, asistencia y docencia e investigación. El edificio del hospital consta de dos cuerpos principales que están unidos por una torre orientada de poniente a oriente, el cuerpo anterior del edificio tiene dos secciones: una con un gran vestíbulo que da acceso al hospital; y en la otra se ubican las instalaciones de: archivo clínico, tres locales para trabajadores sociales, tres locales para estudios psicológicos y psicométricos, seis consultorios de psiquiatría y dos de neurología, un despacho para el jefe de servicio con sala de juntas y tres salones para terapia de grupo o individual.

Los pasos sucesivos de la consulta externa son: 1) fuente de referencia, 2) preconsulta, 3) apertura de expediente, 4) primera consulta, 5) fotometría y somatometría, 6) estudios médicos, psicológicos, psicométricos y de trabajo social para integrar el diagnóstico e instituir el tratamiento adecuado.

En relación estrecha a este sistema de consulta externa se encuentra el hospital de Día cuya función específica es atender a enfermos que no ameritan internamiento cerrado, o cuya remisión parcial les permite convivir en el medio social y familiar. En el hospital de Día, se da terapia de grupo o individual,

ocupación de talleres y medicamentos. Por otro lado en cuanto al servicio de urgencia, tiene a su cargo la atención de pacientes en fase aguda de su padecimiento y que ameritan internamiento inmediato. Lo que es consulta externa, hospital de día y servicios de urgencias fueron programados en una sola área, la cual esta unida al segundo cuerpo del edificio, que ocupan la sección de talleres y los salones de socio terapia.

Servicio asistencial.

El hospital de día, esta constituido por seis plantas similares de construcción vertical que cuentan cada una con 100 camas, 50 para cada sexo, para el tratamiento hospitalario cuyo proceso de evolución o remisión se efectuará en un promedio de 8 a 12 semanas. Cada planta consta de 12 habitaciones aisladas para enfermos agitados o peligrosos. En la parte central de cada sección de 50 camas se encuentra la central de enfermeras y una subcentral cerca de los enfermos agitados. Anexos a la central de enfermos hay un cuarto séptico y una sala de curación, seis despachos para médicos adjuntos, trabajadoras sociales y psicólogos, y una oficina para el jefe de servicio.

En el primer piso del segundo cuerpo del edificio se encuentran las secciones de: medicina interna, cirugía y servicios médicos, auxiliares de diagnóstico. La sección norte de esta planta corresponde al servicio de medicina interna y cirugía, con 34 camas. Hay una central de esterilización, un laboratorio clínico y un banco de sangre. En el primer piso de la torre están las salas de cirugía y de expulsión y en la sección sur se encuentran los servicios auxiliares de diagnóstico.

Docencia e investigación.

La torre central del edificio se encuentra distribuida de la siguiente manera: en el primer piso están las salas de cirugía y expulsión; del segundo al séptimo piso hay seis aulas para 75 alumnos. Unido a la parte sur del primer cuerpo del edificio por un paso cubierto se encuentra el auditorio con cupo para 270 personas. El sótano del hospital se encuentra con el departamento de patología y museo de cerebros, en estrecha relación con el anfiteatro. El sistema

de aulas y el departamento de patología satisfacen ampliamente las necesidades de docencia e investigación.

En el octavo piso se encuentran las habitaciones de los médicos residentes, con capacidad para alojar a 38 profesionales que recibirán un curso de tres años.

Sección Administrativa.

Los servicios de cocina, lavandería, almacén, comedor y baños se encuentran en los sótanos del edificio, en una área cercana para un funcionamiento rápido, dado que el comedor de los enfermos será en dos salas de cada piso por el sistema de carros termos, comedores que pueden usarse el resto del día como cuartos de distracción o terapia para los enfermos que no pueden asistir a talleres, a los jardines o juegos recreativos.

1.2. La Psiquiatría como campo de estudio y sus primeras aplicaciones.

Esta ilustración permite de base considerar los antecedentes de la enseñanza en la psiquiatría en México, y es Miguel Alvarado director de hospital para enfermos mentales de Canoa, él que impartió en la escuela de medicina algunas lecciones sobre enfermedades mentales. Fue hasta el año de 1922 que la enseñanza de la psiquiatría cobro un impulso con el doctor Noé Meza Gutiérrez quién impartió su curso en el sexto año de la carrera de medicina como una materia no sujeta a examen. Algunos años después la asignatura se hace

obligatoria. Hacia 1924 una generación de jóvenes médicos hizo su aparición en el escenario de la medicina mexicana como exponentes de la dedicación especial o los desordenes neurológicos y mentales. Con ellos el nivel de la asistencia de los enfermos y el de la enseñanza de la neurología y de la psiquiatría mejoraron.

Pronto los conceptos de la neuropsiquiatría europea se introdujeron en nuestro medio y posteriormente después de la primera guerra mundial fue que la psiquiatría norteamericana empezó a ejercer una influencia predominante.

La guerra civil española trajo a nuestro país algunos psiquiatras destacados quienes aportaron importantes conocimientos al campo, entre ellos se reconoce a Dionisio Nieto, Leopoldo Salazar Vinugra, Raúl González Enríquez, Guillermo Dávila, Ramírez Moreno y Raúl Fournier N.

En 1951 la escuela de graduados de la UNAM., estableció un curso para el adiestramiento en psiquiatría. Este fue un hecho significativo porque hasta entonces solo había dos caminos para los jóvenes que se presentaban a la especialidad: la asistencia a algunos de los pabellones del Manicomio General o de los sanatorios privados donde la enseñanza era esporádica; y salir al extranjero a trabajar como médico residente en un hospital psiquiátrico. Otro desarrollo importante ocurrió en 1955 cuando a iniciativa de Alfonso Millán, la Escuela de Medicina creó al Departamento de Psicología Médica y Salud Mental, como partes de reformas tendientes a orientar la enseñanza de la medicina en un sentido más humanista y social. Este departamento destacó la importancia de los conceptos y metodología de la psicología para la formación general del médico, y desarrolló a lo largo de la carrera cuatro programas: medicina humanística, psicología médica, medicina, psicosomática y clínica de psiquiatría ¹⁸

El campo de la enseñanza se articula al proceso de la práctica y las formas de buscar y construir opciones de servicio, nos pone ante la modalidad de los hospitales Granjas que son instituciones creadas para la asistencia y la rehabilitación de los enfermos mentales recuperables cuya estancia hospitalaria es prolongada. Estos hospitales tratan de simplificar el problema de la atención a los pacientes, en la forma menos costosa y al mismo tiempo buscan al máximo provecho para las necesidades actuales y modernas de la terapia integral.

Historia.

El primer hospital granja que se estableció en México, fue el de San Pedro del Monte, en León Guanajuato, en 1943. En el Distrito Federal se fundó el

➤ ¹⁸ DE LA FUENTE RAMÓN Y Carlos Capillo. 1976. "La Psiquiatría en México: Una Perspectiva Histórica", México, En: Gaceta Médica de México Vol. num. 5 mayo 1976. P. 421-435.

primer nosocomio de este tipo en Tlalpan, llamándose hospital granja "Bernardino Álvarez". En el año de 1961 se inauguró en Zaquiapan Edo. De Méx., el hospital granja "La Salud"; posteriormente surgió el hospital "José Sayago" en Tepexpan, el "Cruz del Sur" en Tabasco, y el "Cruz del Norte" en Hermosillo. Actualmente han surgido otros que como los primeros tratan de poseer las condiciones óptimas para la debida atención de los enfermos correspondientes.

Aspectos médicos.

Los hospitales granjas son centros reactivos donde se emplean todos los recursos que la ciencia médica y el arte rehabilitatorio aconsejan; extienden su actividad a la prevención y han probado su capacidad como centros de docencia e investigación. Sin duda la asistencia psiquiátrica se auxilia de otras disciplinas para realizar una evaluación y tratamientos adecuados y completos; por lo que exige también la preparación profesional del personal que se vincula con el paciente, como las enfermeras, el trabajador social, los psicólogos, etc., será tarea de todos el lograr resultados positivos. El tratamiento estará encaminado no solo a la disminución de sistemas, sino también a la remotivación por la vida, buscando el reentrenamiento y la reeducación del paciente.

Manejo hospitalario del enfermo.

La atención del enfermo hospitalario consta de tres etapas: 1) Intrahospitalaria, que se compone de tres partes: tratamiento médico, psicoterapia y la terapia laboral y recreativa; 2) Transición a la comunidad; y 3) La reintegración del paciente a su ambiente social.

Una vez que ingresa el paciente se realiza el estudio médico, cuyos resultados determinaran el procedimiento psicoterapéutico a seguir: si es necesario o no la utilización de fármacos, en que lugar puede desenvolverse eficazmente el paciente, que actividades laborales y recreativas les son satisfactorias y le sirven para su integración personal. Así a medida que se nota una mejor organización, adaptación y paulatina desaparición de síntomas, se le van fomentando las relaciones con el personal, con sus compañeros, y sus familiares.

La reintegración del paciente a su hogar, es la tarea más difícil porque sigue siendo rechazado por sus familiares como por los centros de trabajo. De esta situación se deriva el hecho de que: la labor del hospital no cesa con el alta ni se limita al subsiguiente control médico periódico del egresado; su labor debe prolongarse y ampliarse mediante un trabajo educativo intenso entre los familiares y público en general, tratando de conseguir un cambio en las actitudes hacia las personas que sufren o han sufrido enfermedades mentales.

Relaciones del hospital granja con la comunidad.

En tiempos pasados los hospitales mentales servían únicamente como una protección para la comunidad, pues el enfermo era considerado un ser peligroso y por tanto se tenía que aislar, ésta era la función principal del hospital excluirlo, desaparecerlo de la sociedad. Su sistema desconocido y temeroso era en sí la causa de la errónea concepción del enfermo mental. No había un vínculo ni siquiera mínimo entre la comunidad y el hospital.

Actualmente esta ya es posible. Los hospitales modernos están en constante interacción con las ideas, con los sistemas e intereses de la sociedad, ya que solamente así es posible un progreso dentro del campo psiquiátrico. Pero también la sociedad se beneficia porque la vinculación no se da sólo en el aspecto médico, sino también en el social, lo cual permite una mayor comprensión del proceso de la enfermedad mental y por consiguiente la rehabilitación óptima del paciente¹⁹.

Estos avances en el servicio, son derivados de un proceso de exploración que tiene una tradición histórica que para los años de 1935 se contaba con pocos recursos para combatir las enfermedades mentales. La desnivelación de la psiquiatría de otras ramas de la medicina en ese tiempo, pero el surgimiento de los fármacos, como la insulina para producir estados de coma en el tratamiento de la psicosis esquizofrénica; el metrazol para el tratamiento de crisis convulsivas, etc., que más tarde fueron sustituidos por electrochoques y se realizan lobotomías

➤ ¹⁹ TEJADA RUIZ CARLOS 1967. "Los Hospitales Granjas". En: Salud Pública de México. Época V Vol. IX Núm. 4 Julio Agosto de 1976 P. 587-590.

prefrontales. Tales recursos dominaron el panorama terapéutico en la psiquiatría hasta 1952, cuando se inició el uso en la clínica de nuevos fármacos que actuando sobre estructuras subcorticales del cerebro modifican las funciones mentales y la conducta en varias direcciones, entre estos medicamentos se encuentran las fonotiacings, la imipramina, la iproniacida, las sales de litio, etc., los cuales han sido un factor muy importante en el manejo de los enfermos.

Otro hecho significativo es el traslado del individuo a la familia y a la comunidad. Ahora la psiquiatría se encuentra muy ligada con la sociedad a la cual anteriormente no se le daba importancia. Hoy en día se tiende a estudiar los problemas de los enfermos mentales y desordenes de la conducta en su contexto social y se pone énfasis en la prevención y el manejo oportuno de la crisis y el tratamiento de los enfermos en el seno de la familia para su integración a la comunidad.

1.3. Avances Tecnológicos, Biológicos, Médicos Y Terapéuticos En Psiquiatría.

El avance en el conocimiento de las bases biológicas de la conducta y los progresos terapéuticos han fortalecido las ligas de la psiquiatría con la medicina. Pero lo más importante es que a partir de los avances tecnológicos, biológicos, médicos, terapéuticos, etc., también se han logrado avances o mejorías en cuanto al trato humano de los enfermos. Ahora el panorama es muy distinto al del siglo pasado, pues el enfermo mental ya no se considera un demonio, una bestia, un ser peligroso, sino simplemente se le considera como un ser humano tan digno y capaz como cualquier otro. El enfermo está bajo un cuidado y un trato humano para lograr su rehabilitación e integración personal y social²⁰.

Esta muestra de los avances en la psiquiatría nos permite reflexionar sobre la condición de los servicios y su problemática desde la perspectiva de tipo epistemológico y funcional en las instituciones. Autores como Cabildo Arellano

➤ ²⁰ DE LA FUENTE RAMÓN Y CARLOS CAMPILLO Op. Cit. P. 421-425.

(1967) considera que la salud mental es un tema que demanda la realización de diferentes alternativas para lograr una óptima condición física y humana del enfermo mental. De allí la importancia de poner mayor énfasis en el carácter preventivo y en la necesidad de estudiar la epidemiología de los trastornos psíquicos, para que se logre una adecuada intervención en el aspecto de la planeación de los servicios de asistencia psiquiátrica y la prevención específica de los elementos causales encontrados.

La complejidad de tal estudio, precisamente, debido a su naturaleza no ha hecho posible el conocimiento exacto de esta problemática universal, la cual dificulta la elaboración de conceptos operacionales y por tanto la posibilidad de realizar estudios epidemiológicos exactos. Por estas razones y por el escaso desarrollo de trabajos en nuestro medio, las cifras que se señalan representan estimaciones no exentas de subjetividad.

Estadística hospitalaria.

Actualmente existen en el país 8,315 camas psiquiátricas de las cuales el 63% pertenecen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 15.5% a los gobiernos estatales o municipales, 0.6% al Instituto Mexicano del Seguro Social, 0.6% a otras instituciones federales y 20.3% son privadas. En conjunto el índice de ocupación de esas camas es de 93%, lo que significa la existencia prácticamente constante de 7.733 enfermos internados, o sea uno por cada 5.703 habitantes. Si se hace una extrapolación de lo que ocurre en las instituciones oficiales, cada cama atiende a dos pacientes al año por lo que un total de 15.466 personas son internadas. Como el 62% son casos nuevos, resulta que actualmente uno de cada 4.588 habitantes busca internamiento psiquiátrico por primera vez. De todos ellos el 80% son psicóticos y si a estas sumamos los de psicosis que acuden por primera vez a consulta externa de instituciones oficiales y descentralizadas tendremos una cifra de incidencia de psicosis de 19.275 casos de primera vez al año, o sea una tasa de 46×100.000 habitantes. Otro dato de interés derivado de las estadísticas hospitalarias es el referente a la proporción de diagnóstico de los internados; en los últimos 10 años hubo una reducción

considerable de porcentaje de neurosis con un aumento del más del doble de las psicosis seniles y preseniles.

Mortalidad.

Los padecimientos de psicosis seniles y preseniles no son causas importantes de mortalidad, los coeficientes van disminuyendo, por lo que puede suponerse que ha mejorado la atención general del enfermo mental, la excepción a este descenso lo constituyen los trastornos vasculares del sistema nervioso central que va en ascenso. La disminución en la meningitis no meningocócica se explica por una mejoría en el control y tratamientos de los padecimientos transmisibles. La mortalidad debido a padecimientos encefálicos no parecen tener esa tendencia a disminuir, debido quizás al importante papel que los virus tienen en dichos padecimientos, ya que es bien conocida la dificultad de control y terapéutica que existe con respecto a ellos.

La mortalidad por anomalías congénitas del encéfalo tienen una tendencia a bajar, esto puede considerarse como un índice de mejor cuidado prenatal de la población, pues las anomalías del origen genético seguramente permanecen constantes, y lo que baja entonces son las anomalías de origen adquirido en el periodo de gestación. Con respecto a las enfermedades psicosociales como el homicidio y suicidio, podemos apreciar que en un periodo de 10 años el homicidio ha descendido de forma importante, en tanto que el suicidio permanece más o menos constante.

Morbilidad.

En lo referente a los datos de morbilidad de trastornos psíquicos en la población, se observa que en los últimos 20 años existe la misma tendencia de disminución los trastornos causados por infecciones meningíticas y encefálicas.

Por otra parte, la investigación Nacional de Enfermos Neurológicos y Psiquiátricos que se efectuó entre la dirección general de Bioestadística y Asistencia y la Dirección de Salud Mental, revelan datos importantes de otros padecimientos: la suma de esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva es de 4.6, y la cifra encontrada en la encuesta bajo el rubro "total de psicosis, excepto seniles"

que engloba esos padecimientos y otros menos importantes, es de 7.0. En el caso del alcoholismo, los coeficientes de 55 y 7.0 pueden considerarse similares. Un promedio de ellos sería 6.2; si rectificamos esta tasa para la población mayor de 15 años, que es la realmente expuesta al riesgo, ascenderá a 12.0 X 1.000 habitantes. Los coeficientes de epilepsia aparecen como muy diferentes, los rubros con problemas emocionales no son comparables pues los criterios de investigación y codificación fueron muy diferentes. En general: la neurosis es baja, el rubro de reacciones neuróticas es bastante alto, y 40 de cada 1.000 habitantes presentan algún tipo de trastornos neuropsiquiátricos. Por los resultados totales, creemos que es necesario considerar aquellos desordenes psiquiátricos que por su importancia para el individuo y la colectividad deben ser atendidos en consulta especializada y aquellos trastornos emocionales que ameritan únicamente orientación de higiene mental.

Comentarios respecto a los factores que determinan la salud y la enfermedad mental de los mexicanos. Sea cualquiera la escuela psicopatológica que se prefiera, existe un acuerdo en que la salud y la enfermedad mental están condicionados por el estado orgánico del individuo y por los aspectos psicodinámicos que le son propios, influidos éstos por el ambiente sociocultural de la comunidad a la que pertenece:

- A. **Factores orgánicos.** Bajo la genética constitucional el mexicano tiene antes del nacimiento muchos riesgos de daño prenatal, derivados de la escasa proporción en que todavía las personas buscan y obtienen el cuidado médico durante la gestación y el momento del parto. (Solamente uno de cada tres partos es atendido por médico o partera). Actualmente la situación ha mejorado pues como lo revelan las investigaciones las anomalías congénitas tienen tendencia a bajar. De

esta manera, se observa pues que la salud mental del mexicano está preservándose mejor por los mayores cuidados prenatales y del parto, pero todavía hay una gran amenaza para el 66% de mexicanos que no reciben esa atención. Otro daño psíquico de origen orgánico es el que se deriva de la deficiente nutrición del pueblo, particularmente de la

niñez. Sabemos ahora que carencias vitamínicas particularmente las del complejo B, así como carencias de aminoácidos y algunas sustancias minerales, dan origen a la debilidad mental funcional. Si ésta situación se prolonga el daño puede hacerse orgánico. En el caso de algunos trastornos endocrinos como el bocio, el desarrollo psíquico de los menores es inadecuado, aún cuando no se llegue al cretinismo. La situación es de consideración si tenemos en cuenta que aproximadamente el 10% de la población mexicana presenta bocio. En lo referente a los trastornos motivados por tóxicos externos el problema es un círculo vicioso: los trastornos de personalidad inclinan a las adicciones y a su vez estas determinan psicosis tóxicas. Y por último debemos de tener en cuenta el aumento de validez somatopsíquica por accidentes vasculares cerebrales.

- B. **Factores Socioculturales.** Uno de estos es la explosión demográfica, circunstancia que origina una transformación continua de la organización institucional y social, buscando la satisfacción siempre urgente de más servicios públicos, mayor número de viviendas, empleos, escuelas y servicios de salud. Otro aspecto que genera trastornos psíquicos son el tipo de relaciones que se juegan en el espacio familiar, en este caso decimos que son un conjunto de factores interrelacionados los que determinan el proceso de salud enfermedad, como: relaciones afectivas, personalidad de los miembros de la familia, estilos de crianza, aprendizaje de valores, costumbre o hábitos, relaciones con los padres, y actitud de los padres hacia los hijos. Un problema más que confronta también el mexicano es su bajo ingreso económico y la inseguridad del

mismo, que tiende a provocar ansiedad, frustración, agresividad, baja autoestima, etc. Este bajo ingreso obliga al trabajo femenino y al infantil, contribuyendo a la desintegración de la vida familiar, y a la exposición del niño a los riesgos de la calle. Por otro lado, la economía débil también es motivo de las migraciones internas y externas de personas

que buscan una mejor situación; esa movilidad necesariamente acarrea dificultades de adaptación, facilitando desajustes en la gente susceptible. Otro factor más es el hacinamiento. El 62% de la población se aloja en viviendas constituidas por solo 2 cuartos, y ese hacinamiento es casi seguro que tenga efectos negativos para la personalidad infantil, además de que reduce la posibilidad de prevacía de los adultos y dificulta el reposo tan necesario de la salud mental. También la inseguridad y perturbación de la conducta, lo constituye la inseguridad pública que todavía siente el mexicano sobre todo en el medio rural o en ciudades pequeñas, lo cual le obliga a permanecer en cierto grado de tensión, así como a crear defensas para mantenerse en equilibrio. El mexicano canaliza sus problemáticas a través de la libertad de expresión: el chiste, la canción, la pintura, la creatividad artesanal e inventiva, diversiones, la religión, pues le permiten un cierto grado de realización y satisfacción. Todo esto parece influir en la salud mental de la población mexicana, pero en tanto no se tengan estudios epidemiológicos probatorios, todo queda en el plano de las deducciones teóricas, y por lo tanto no son por el momento premisas utilizables para la terapia social²¹.

1.4. Hospitalismo Y Psiquiatría Y Sus Alternativas.

Esta perspectiva de Cabildo Arellano, nos enfrenta a la búsqueda de otras aproximaciones y en ese camino, encontramos a Peter Ryan (1982)²² que

-
- ²¹ CABILDO ARELLANO HÉCTOR M. 1967 "Consideraciones sobre el problema de la salud mental en México." En: Salud pública de México. Época V Vol. IX Núm. 4 Julio Agosto 1967. P. 503-513.
 - ²² RYAN PETER Y OTROS, 1982, Alternativas para el Hospitalismo. P. 8-13.

consideran que el hospitalismo es un problema que no presenta muchas alternativas a los pacientes, el hospital mental desde su historia se ha enfrentado con diversas problemáticas, una de ellas es el "hospitalismo" que ha sido considerado como la condición de dependencia que aumentó constantemente en un ambiente protegido, hasta que el estilo de vida institucional desplaza y anula cualquier participación que el paciente pueda tener en la comunidad. Este ambiente es descrito por Goffman como institución total, en donde sin duda ocurre esta condición de aislamiento y dependencia del enfermo. Dicha institución global se caracteriza por un estrecho control sobre todas las actividades del paciente, por la restricción absoluta de su acceso al mundo exterior y porque a diferencia de la gente normal que desarrolla su vida (trabajo, diversión, etc.) en diferentes lugares, las actividades de los pacientes se desarrollan dentro del mismo ambiente. Otro problema más que experimenta el paciente, es lo que Goffman define como "violación de la reserva informacional": el expediente del enfermo incluye todos los hechos de su vida anterior, mismas que pueden ser leídos por cualquier miembro del personal clínico y es en este sentido que pierde su vida privada. Todas estas vivencias hacen que el paciente entre en un proceso de "mortificación", el cual trae como consecuencia una disminución de su sentimiento de autoestima al perder su identidad social.

Desde la perspectiva teórica de Etzioni el hospitalismo es una característica de las organizaciones de tipo coercitivo - alienante.

Alternativas para el hospital. En los últimos años se han hecho intentos para buscar alternativas que podemos conceptualizar dentro o fuera del hospital. De las alternativas dentro del hospital se encuentran: la comunidad

terapéutica y la economía de fichas. De aquellas fuera del hospital las más importantes son: el hospital parcial, la casa de medio camino, la casa grupal y la familia sustituta.

Alternativas dentro del hospital. La comunidad terapéutica, recibió del Dr. Maxwell J. su primer impulso como una clase de tratamiento psicosocial, en el

hospital Belmont de Londres. En este sentido fue un retorno a los valores del tratamiento moral, pero poniendo énfasis mayormente sobre la participación democrática de los pacientes y el ambiente social. Típicamente la comunidad terapéutica ha sido utilizada para pacientes cuyos diagnósticos son de neurosis crónicas, desórdenes de personalidad y psicosis aguda.

Repoport, propuso cuatro criterios para definir la comunidad terapéutica:

1. **La democracia**, en donde el personal y los pacientes tienen una participación completa en la toma de decisiones;
2. **La confrontación y la permisividad**, las cuales están vinculadas y ocurren cuando el paciente recibe una retroalimentación del personal y de los demás enfermos frente a su conducta inadecuada;
3. **El camenalismo**, que implica que se anulan todas las diferencias entre el personal y los enfermos. Precisamente por todo este sistema elaborado y llevado a la práctica tuvo un gran impacto social, esencialmente porque propicia un acercamiento más humano en el tratamiento de la enfermedad mental.
4. **La economía de fichas**. Tiene como finalidad la elaboración de técnicas de capacitación para el personal, que hagan reaccionar a los pacientes con el propósito de mejorar al máximo la presentación de conductas apropiadas y adaptativas. Este procedimiento tiene las siguientes características: una observación sistemática de la conducta del paciente, la designación de ciertas conductas como adaptativas, determinación de los sucesos ambientales que sirven para reforzar el comportamiento del paciente, un medio o símbolo de intercambio, la ficha, para integrar la conducta adaptativa y los reforzamientos apropiados, y el cálculo de la proporción de

fichas para cada conducta. Los grandiosos efectos que tiene sobre el

paciente, es que logra disminuir la manifestación de síntomas, mejora la socialización e incrementa el funcionamiento ocupacional en el

contexto

hospitalario.

Grupos autónomos de Fairweather. Fairweather trabajó con pacientes psicóticos crónicos con el propósito de poder aumentar su nivel de autonomía tanto dentro como fuera del hospital, siguiendo una nueva forma de tratamiento, en la cual los pacientes eran los que tomaban sus propias decisiones con respecto a la vida a seguir dentro del hospital. El personal tenía como única tarea proporcionar información según la que los pacientes necesitaban para tomar sus decisiones adecuadas y tenían también que reforzar estas. Dicho procedimiento resultó ser mucho más eficaz que los programas contratados por la autoridad hospitalaria como la economía de fichas y la comunidad terapéutica, pues estos grupos autónomos representan la integración íntima de un proyecto hospitalario con un programa comunitario en el que los pacientes del grupo viven y trabajan juntos en la comunidad.

Alternativas al institucionalismo fuera del hospital.

La casa de medio camino. Se inició en Gran Bretaña en 1879 por el reverendo Hawkins, del hospital Colney Hatch. El propósito básico de esta alternativa es el de actuar como un puente entre el hospital y la comunidad. Se esperaba que el proceso de rehabilitación se iniciara en el contexto hospitalario y se continuara en la casa de medio camino, para facilitar así el regreso del paciente a su propia comunidad donde pudiera permanecer viviendo normalmente. La meta clave de la casa de medio camino siempre ha sido el trabajo: el paciente tiene que trabajar diariamente en un oficio fijo, pagando con su sueldo una parte proporcional de la renta de dicha casa. La pregunta más importante es si funcionan o no para la readaptación del paciente con su comunidad. Ryan y Hewtt señalan que es posible lograr una adecuada adaptación sin recaídas, pero que esto requiere de una estancia bastante prolongada de entre uno o cinco años. Las desventajas o problemas de la casa de medio camino se pueden enumerar:

1) La institución brinda sólo un acomodo temporal cuando muchos de los pacientes requieren una estancia permanente. 2) Se exige que los pacientes trabajen, siendo que muchos de los pacientes crónicos se ven imposibilitados para trabajar diariamente, por lo que se ven excluidos de vivir en la comunidad. 3) Los

pacientes tienden a volverse dependientes y no quieren o no pueden regresar a vivir solos o con sus familias en la comunidad.

- A. **La casa grupal.** Básicamente es para pacientes que necesitan acomodo permanente en la comunidad, que son dependientes, y que no están acostumbrados a trabajar tiempo completo diariamente. La casa grupal esta formada por un número pequeño de cuatro o cinco pacientes que viven juntos en un departamento, lo cual hace que los pacientes disfruten un grado de independencia, hacen su propio mandado, cocinan, lavan, toman su medicamento sin ninguna supervisión del personal. La única desventaja que tiene es precisamente el alto grado de independencia que otorga a los pacientes, si no quieren hacer nada todo el día pueden hacerlo sin ningún problema, es decir tiene la libertad de mantenerse inactivo durante el tiempo que quiera ya que el personal no vive con ellos.
- B. **La familia sustituta.** En un tipo de cuidado muy antiguo iniciado en Gheel, que consistió en ayudar a los pacientes integrándolos a las familias del pueblo. Había supervisores que constantemente visitaban la comunidad con el propósito de lograr una adaptación óptima entre el paciente y la familia. También el centro de cuidado familiar se encargaba de apoyar todos los programas sociorecreativos para el mejoramiento de las relaciones y por consiguiente la rehabilitación del paciente. La ventaja principal de este sistema es que cada paciente puede encontrar su propio nivel de interacción con la comunidad. Claro que el método de la familia sustituta, se ha operado exitosamente no ha sido por la buena voluntad o caridad cristiana de la comunidad sino porque se obtiene un pago a cambio de que el enfermo permanezca en la familia. Como es un buen negocio continua por ello con éxito en diferentes países. Así tanto las familias resultan beneficiadas por la

ganancia como también el personal o la autoridad que se encarga de educarlos en un lugar, pues una vez aceptado, se puede quedar para siempre, si así lo desea, a vivir con la familia.

C. **Hospitalización parcial.** Es un proyecto elaborado en los últimos veinte años, el cual consiste en que el paciente tiene la facilidad de visitar el hospital durante periodos específicos del día ya sea en la noche, en la tarde o en los fines de semanas. Dicho programa está diseñado para pacientes con problemas severos para que puedan mantenerse en un nivel mínimo en la comunidad sin hacerse daño así mismo ni a otros. Tiene cinco metas primordiales de la hospitalización parcial: 1) facilitar la resolución o estabilización de síntomas agudos, 2) impedir el deterioro en 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, 5) diagnosticar a pacientes que necesitan un periodo prolongado de observación antes de poder precisar un tratamiento adecuado. En cuanto a su eficacia no puede tenerse una conclusión acertada, debido a que los estudios realizados al respecto no cuentan con una metodología científica adecuada que permita hacer el balance de la situación, sin embargo lo que sí permiten afirmar es que para algunos pacientes puede ser una alternativa valiosa.

1.4.1. Impacto Del Hospitalismo En El Paciente Psiquiátrico.

Muchos escritores como Mayersan o Borton han hecho hincapié sobre el impacto negativo que tiene el hospital en la mente en los pacientes, se han mencionado efectos como la apatía, el aislamiento social, bajos niveles de motivación, etc., que se manifiestan según estudios realizados dentro de la vinculación de los síntomas y la inactividad por lo que se considera que siendo de esta índole, pueden ser eficazmente aminorados como programas adecuados de intervención como la economía de fichas, la comunidad terapéutica, o los grupos autónomos de Fairweather, tomando en cuenta que cada hospital posee una estructura interna diferente.

Un estudio que bien puede referir en esta polémica es el realizado por Pulido Contreras Anselmo (1982) ²³, considera que el problema de la hospitalización prolongada de los pacientes psiquiátricos hasta la fecha no ha podido ser resuelto, ni siquiera en aquellos países en los que se ha logrado una movilidad en las instituciones psiquiátricas. En la actualidad ya no es válida la idea de que las enfermedades de curso crónico expliquen la larga hospitalización de los pacientes. Algunos estudios sostienen que la edad de 65 a más es un factor suficiente por sí mismo para justificar una larga hospitalización, dado que a esa edad los pacientes presentan daños orgánicos cerebrales.

La mayoría de los autores consideran un lapso de uno a cinco años como indicio del paso a la hospitalización prolongada. Entre otros factores es que el paciente fuera del sexo femenino, la falta de preparación profesional, el empobrecimiento, la ausencia de ligas familiares y aquellos que no reciben visitas.

También se ha insistido en que una de las principales causas de la permanencia en el hospital es la falta de servicios extrahospitalarios adecuados. En este sentido Babiker llega a la conclusión de que se deben prevenir tres condiciones indispensables para lograr el externamiento: 1) la capacidad para lograr la autosuficiencia, 2) la capacidad por obtener una existencia independiente y 3) un apoyo social extrahospitalario adecuado. Relacionado con esto, otra consideración es que la principal medida para lograr la reintegración social de los pacientes es el apoyo de la familia y la actitud de la comunidad.

El hospital campestre donde este autor se realizó el presente estudio tiene poca movilidad en su población, ya que de un total de 426 pacientes durante un año solo fueron concedidas nueve de altas. En esta población se manifiesta además, incompetencia social de los familiares y muchas veces ésta prevalece sobre otras causas.

Los estudios confirman que el diagnóstico no necesariamente es un impedimento para el alta y que la hospitalización prolongada se relaciona con factores diferentes al mismo, principalmente con problemas socioeconómicos y

➤ ²³ PULIDO CONTRERAS ANSELMO, 1982. "Situación asistencial y factores de Hospitalización prolongada en una población de enfermos mentales" En: Salud Mental Vol. 5, Verano de 1982 P.8-13'

familiares. Un hallazgo interesante que muestran los resultados de este trabajo es que la permanencia de los lazos familiares evidenciados a través de las visitas a los enfermos y de las salidas no es un buen indicador de las posibilidades de externamiento, puesto que suele haber condiciones familiares desfavorables que lo impiden. De lo anterior se puede deducir que el enfermo mental llamado crónico, necesita cuidados, atención, protección y tutoría, y que esto sólo puede proporcionarlo el Estado, diversos grupos sociales y la familia.

Las conclusiones al respecto son:

1. La permanencia del tiempo prolongado en un hospital psiquiátrico no esta en relación directa con el diagnóstico y el estado clínico de los pacientes. Los factores individuales de dependencia, factores económicos, sociales y familiares son causa primordial de la hospitalización prolongada.
2. Las medidas preventivas de rehabilitación y reintegración social de los enfermos deberían basarse principalmente desde los procesos del internamiento en el estudio y apoyo a los pacientes en cuanto a su autosuficiencia y autonomía, y a los familiares en las áreas económica y social.
3. Las medidas mencionadas solo podrán ser efectivas cuando el hospital psiquiátrico este integrado en el contexto de las instituciones psicosociales de un área geográfica determinada.

1.5. Detección E Identificación De Casos.

Si bien es cierto que el proceso de integración de una institución debe de contemplar los tiempos y la geografía específica, eso no nos exime de los interrogantes de la epidemiología en la psiquiatría mexicana, para Caraveo A. Jorge (1982), el problema radica en que el epidemiólogo dispone de un mínimo de información para determinar la condición patológica; en el área de la psiquiatría no ha sido posible hasta el momento encontrar marcadores objetivos que nos indiquen la presencia de los trastornos mentales. De acuerdo con Cooper, los requisitos para hacer una buena definición de "Caso" son: a) proveer al

investigador clínico con una guía confiable que le permita llegar a una decisión frente a cada sujeto limítrofe, b) basarse en síndromes clínicos catalogados de acuerdo a un sistema aceptado como el de la clasificación internacional de enfermedades, c) la definición de categorías individuales deberá basarse en un glosario psiquiátrico que contenga criterios adicionales precisos para inclusión o exclusión, d) del criterio diagnóstico deberá estipularse uno o más criterios generales para definir el umbral más bajo de la morbilidad.

Los métodos objetivos más utilizados para detectar casos de trastornos psiquiátricos son: la entrevista (dirigida y estructurada), la escala de síntomas y los cuestionarios auto administrables. En ambos la varianza en la confiabilidad radica en: la conducta del entrevistador, lo que éste espera detener y la interpretación de los términos técnicos.

Epidemiología Psiquiátrica en México.

Los estudios epidemiológicos realizados en México en diferentes zonas: a) población general (1960), b) encuesta a burócratas de la República Mexicana (1984), c) encuesta en zona militar del D.F. (1968), d) padecimientos psiquiátricos en una clínica del ISSSTE, muestran diferencias significativas; los tres primeros reportan prevalencias de trastornos psiquiátricos. Cabe mencionar que en estos diferentes estudios, la confiabilidad, la validez, el criterio de "caso" fueron minuciosamente analizadas y verificadas. Por otro lado las diferencias entre las tasas de morbilidad reportadas surgen tanto de las diferentes poblaciones estudiadas, como del empleo de diferentes metodologías.

Perspectivas actuales y futuras.

- a) La más urgente es disponer de un criterio uniforme de "caso".
- b) La selección del instrumento deberá hacerse en base a la población objeto del estudio, ya que una entrevista en la que se investigue primordialmente la sintomatología psicótica será de poca utilidad a nivel comunidad o en la consulta externa, aunque no así en el caso de pacientes psiquiátricos hospitalizados.
- c) Teniendo la base del criterio de "caso", la selección del instrumento de detección sean estas escalas o cuestionarios dependerá de la patología que se desee identificar.

La investigación en epidemiología psiquiátrica en nuestro país tiene mucho camino que recorrer y, es prerrogativa de cada una de los profesionales que elaboran en el campo de la salud mental en interesarse y aportar sus conocimientos para el desarrollo de este campo²⁴.

Sin duda que el campo se abre a nuevas interrogantes, a la búsqueda de ese espectro que aborda al ser humano: el trastorno mental, esquizofrenia, epilepsia, psicosis, entre otros padecimientos, un breve panorama de la investigación en la psiquiatría la muestran De la Fuente y otros (1983) (25), hacia 1933 ocurrieron progresos en el tratamiento de los desordenes mentales. M. Sakel, de Viena, introdujo en el uso de la insulina para producir estados de coma en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas. L. Von, de Budapest preconizó la inducción de crisis convulsivas mediante el metrasol; tres años después Certteli y Bini lo sustituyeron por el electrochoque, y Egaz Mazin, de Lisboa, planeó la primera lobotomía prefrontal abriendo el camino a la psicocirugía en el tratamiento de enfermos mentales crónicos. En 1952 se inició el uso de nuevos fármacos que actuando sobre estructuras subcorticales del cerebro, modifican las funciones mentales y la conducta. Dentro de estos años (1933-1952) se dan cambios significativos en la académica, en lo médico y científico; una muy importante fue la separación de la neurología y la psiquiatría, la cual facilitó su desarrollo como disciplina independiente, y otro más fue la unión de la psiquiatría y la medicina en 1948.

Entre 1950 y 1970 aparecieron nuevos fármacos con propiedades no conocidas hasta entonces, que permitieron restaurar el perdido contacto con la realidad, eliminar las alucinaciones y los delirios, estabilizar el humor abatido o exaltado. La farmacología se enriqueció con la introducción de derivados, análogos a los primeros o sintetizados a partir de nuevas moléculas de acción más rápida, más selectiva, con menos efectos secundarios y nuevas modalidades de

➤ ²⁴ CARAVEO A JORGE, 1982. "Análisis Crítico y Perspectivas Futuras de la epidemiología Psiquiátrica en México" En: Salud Mental Vol. 5 núm. 1 1982. P. 13-18.

administración. En las publicaciones mexicanas aparecen entonces trabajos de investigación clínica en los que se evalúa la eficacia terapéutica de fármacos.

También en estas fechas las investigaciones en el área de las neurociencias: neurofisiología, neurobioquímica, farmacología, etc., tuvieron un desarrollo importante. En México hubo importantes investigaciones, en el área biológica de la psiquiatría. Desde 1955 Raúl Hernández Peón mostró un interés sostenido por la neurofisiología de la actividad nerviosa superior, su contribución tan valiosa fue haber percibido las implicaciones de la convergencia de las fibras conductoras de distintos estímulos sensoriales en la formación reticular, y el control descendente que las áreas de integración sensorial de la corteza cerebral puede ejercer sobre estas células activadoras. En 1959 y 1960 demostró los cambios en las potenciales evocados subcorticales en los humanos, durante la atención y la sugestión. También estudio las respuestas galvánicas de la piel durante la anestesia y la hipertesia hipnótica, e hizo importantes contribuciones en la teoría neurohumoral del sueño.

Dionisio Nieto, en 1942, publicó trabajos sobre la neuropatología del alcoholismo y la esquizofrenia; diseñó un nuevo procedimiento inmunológico del LCR para su diagnóstico. Fue uno de los primeros iniciadores del uso de las sales de litio en México, e hizo una contribución sobre el significado filogenético del cuerpo caloso.

Augusto Fernández Guardida, alumno de Dionisio Nieto, desarrolló estudios importantes en los campos de la plasticidad y la fisiología sensorial, realizó experimentos con humanos midiendo funciones de atención y la percepción del tiempo a través de variables fisiológicas, estudió el sueño en animales y humanos, publicó trabajos sobre este tema abarcando aspectos neuroendocrinos y de acción psicofármacos, particularmente de benzodiazepinas.

Carlos Guzmán Flores, hizo aportaciones sobre las funciones del complejo amigdalino del lóbulo temporal mediante la producción experimental de focos epileptógenos crónicos, dicha técnica le permitió estudiar algunos efectos de la inhalación crónica de solventes industriales, capaces de reactivar lesiones crónicas "apagadas" en este sistema.

Julián Villarreal se interesó en las acciones de las apiceas y en el problema de la dependencia y abstinencia en primates, temas que llegaron a ser una autoridad internacional. Ha desarrollado también una metodología para medir la acción de los psicofármacos en las manos en condiciones de interacción social aversiva.

José Luis Díaz, realizó algunos trabajos sobre bioquímica cerebral y alucinógenos y un estudio sobre las plantas mexicanas con propiedades psicoactivas, y desarrollo una técnica para el estudio de la conducta espontánea en grupos de ratones.

Los trabajos que ha llevado acabo Joaquín Cravioto desde 1964 han sido ampliamente citados. Sus contribuciones al conocimiento de las consecuencias de la desnutrición sobre el desarrollo de las funciones intelectuales, el aprendizaje y la conducta de los niños son internacionalmente reconocidas.

En el campo de la epidemiología sobresalen Bustamante y Bravo quienes realizaron un estudio sobre la epidemiología del suicidio en México que abarca el periodo de 1931 a 1954; Velazco Alzaga quien publicó en 1960 un estudio en el que destaca las tendencias decrecientes del intento de suicidio; Rogelio Díaz Guerrero, desde 1967 hizo aportaciones al estudio transcultural de los diferentes estilos de confrontar los problemas de la vida cotidiana.

Con respecto al psicoanálisis, quien destaca es Fromm. En 1950, invitado por la UNAM llegó a México Erich Fromm desarrolló en la división de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina, cursos de entrenamiento en psicoanálisis de cuatro años de duración, para médicos psiquiatras. Fue así como un grupo de psiquiatras mexicanos recibieron adiestramiento en psicoanálisis dentro de esta corriente que había de jugar en México un papel importante en el desarrollo de un enfoque social ante los problemas de la medicina y salud mental.

1.6. Situación Actual De La Psiquiatría En México.

Desde 1977, el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, hoy Instituto Mexicano de Psiquiatría (IPM) ha asumido un papel destacado en la investigación científica de la psiquiatría y la salud mental en México. También ha

llevado a cabo en los últimos cuatro años 262 proyectos de investigación, de los cuales se han generado 200 publicaciones hechas tanto en revistas internacionales como en revistas mexicanas dedicadas a la psiquiatría.

Investigaciones Biomédicas.

El Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, ha abordado problemas en la neurofisiología, la neurobioquímica, la neuroendocrinología y la farmacología. Los avances en el conocimiento de las bases neuronales y moleculares de las funciones y las disfunciones mentales, y una instrumentación y tecnología más refinadas, como son la cromatografía de gases, la espectrometría de masas, las técnicas radioenzimáticas y de radioinmunoensayo, están haciendo posible estimar los niveles de hormonas en el plasma en enfermos con desórdenes afectivos, la determinación en la sangre y en la orina de productos finales del metabolismo de las aminas biogénicas, y la determinación de los metabolitos de sustancias psicoactivas en el suero.

El conocimiento de algunos mecanismos (endocrinos) neuroendocrínicos implicados en los desórdenes afectivos está haciendo posible la agrupación de enfermos deprimidos en base a estudios hormonales.

Investigaciones Sociomédicas.

Algunos desordenes mentales y desviaciones se han abordado como el producto de interrelaciones complejas entre el ambiente social e individuos vulnerables, y se empieza a objetivar la contribución de los factores externos que se generan en la vida colectiva, en la iniciación, la evolución y el desenlace de estos desordenes.

Esta participación social es más abstensible en problemas como el alcoholismo y el abuso de sustancias psicoafectivas.

Investigaciones Clínicas.

El IMP ha llevado a cabo proyectos de investigación tanto en enfermos hospitalizados como en otros que asisten a la consulta externa de hospitales de la Dirección General de Salud Mental y de otras instituciones. Se han diseñado e implementado programas piloto para el tratamiento y rehabilitación de pacientes

farmacodependientes, alcohólicos y enfermos mentales hospitalizados, así como en niños con problemas conductuales y de aprendizaje.

Las nuevas aplicaciones de la electroencefalografía han abierto un nuevo campo de investigación que tiene aplicaciones inmediatas en la clínica, particularmente en los estados de conciencia, del sueño y sus perturbaciones. Estas posibilidades se han incrementado con la introducción de técnicas no invasivas para el estudio in vivo de las estructuras y de las funciones cerebrales como es la tomografía multiaxial computada. La investigación biomédica y el avance de la psicofarmacología han sido un estímulo importante para mejorar la metodología clínica en psiquiatría.

1.7. Investigación Médica Psicológica.

La psicología es un instrumento indispensable para abordar problemas de los desórdenes y desviaciones mentales. Existen pruebas psicológicas que son de gran utilidad para detectar alteraciones de las funciones cognitivas y la detección de defectos cerebrales, que usadas en conjunto con el análisis cualitativo del electroencefalograma y de los potenciales evocados por estímulos

sensoriales, forman una batería de instrumentos poderosos para la investigación neuropsicológica. Otro método es la bioretroinformación que tiene valor como instrumento de investigación en el estudio de algunas disfunciones psicofisiológicas.

En la etapa actual de desarrollo de un campo tan diverso y tan complejo como es el de la psiquiatría, es necesario que nuestro país cuente con instituciones que hagan posible la investigación en niveles de excelencia²⁵

➤ ²⁵ DE LA FUENTE RAMÓN Y TORRES TORIJA J. "La investigación en el campo de la Psiquiatría en México". En: Salud Mental Vol.6 Núm. 3 Otoño de 1983 .P.3-8.

La optimización de los recursos y la investigación son puntas de lanza que bien abren nuevas interrogantes y ponen alternativa en el trabajo con pacientes psiquiátricos.

Porque la demanda existe y cuando no se encuentran soluciones inmediatas el recurso es tomado de donde sea posible, así que bien vale la pena una reflexión sobre el asunto del eclecticismo en la práctica asistencial en la psiquiatría pública, pensando en el beneficio del paciente, esta propuesta de Casas Rivera R. (1994) Desde mucho tiempo atrás hasta la fecha queda claro que existe una interacción entre lo biológico y psicológico en un doble sentido, ambos se influyen malvamente, es decir, así como lo psíquico puede provocar alteraciones del organismo, igualmente las alteraciones en este pueden provocar trastornos en las funciones psíquicas.

Hoy en día resulta prácticamente imposible separar netamente los fenómenos psíquicos de los biológicos; es imposible saber con exactitud el bioquímico o neurofisiológico de cada pensamiento, sentimiento o acción, y si bien se conocen detalles concretos como por ejemplo la disminución de la serotonina en los deprimidos (al igual que otros casos) parece tratarse de datos totalmente inespecíficos, ya que se desconoce si el motivo de esta disminución es fisicoquímico o psicológico y en caso de ser psicológico que tipo de pensamiento, afecto o interacción interpersonal la provoca o en que momento comienza a producirse. Por lo tanto parece poco probable que llegue a conocerse los correlatos anatomofisiológicos del pensamiento humano, y por otro lado si bien puede influirse sobre la conducta, los afectos o el pensamiento mediante fármacos, esto es solo posible hacerlo de una forma generalizada y hasta cierto punto inespecífica. Puede disminuirse la agresividad o elevar el estado de ánimo, pero no es posible modificar un pensamiento o estado concreto sin influir de manera generalizada sobre el resto del S.N.C.; aunque esta último si puede hacerse en muchas cosas por métodos psicológicos por lo que se impone una separación metodológica en la descripción y estudio de cada uno de los niveles y expresiones del comportamiento humano, y por otro una conjunción de métodos psicológicos y biológicos, a la hora de abordar problemas prácticos de tratamiento

y dependiendo de los objetivos que queremos marcarnos en el mismo. En este sentido son cada vez más los estudios que demuestran la necesidad de los estudios combinados (psicológicos y biológicos) incluso cuando se trata de pacientes graves con cuadros como la esquizofrenia o la manía.

Resulta difícil poner de acuerdo a los diferentes modelos de tipo psicológico, a la hora de entender la etiología y el tratamiento. Es indudable la dificultad de practicar simultáneamente varios métodos psicoterapéuticos, por un lado por los conflictos que ello pudiera crear al profesional y por otro por los problemas de aprendizaje que ello conlleva a pensar de lo cual cada vez es más frecuente ante los psiquiatras la utilización de diversas técnicas, basadas en diferentes concepciones teóricas en función de indicaciones terapéuticas derivadas de las necesidades del paciente, y no de las ideas del psiquiatra.

Conductismo. Al intentar aproximar el conductismo a otros modales de entendimiento de los hechos psíquicos, hemos de partir de una promesa fundamental: la psiquiatría es el estudio de determinados actos de conducta expresados a través de movimientos musculares voluntarios o involuntarios. Así por ejemplo en el caso del psicoanálisis que estudia el mundo intrapsíquico, especialmente el inconsciente podemos inferir en último extremo, que lo que un sujeto piensa o siente sólo lo podemos deducir de lo que nos dice durante la palabra que en definitiva es un acto de conducta constituido por movimientos voluntarios de diferentes músculos. La interpretación constituye igualmente otra conducta del analista o lo que se responde con una nueva conducta del paciente (silencio, aceptación, rechazo, etc.) de lo que se puede deducir la supuesta efectividad de la interpretación. El mismo razonamiento podría hacerse para la terapia sistémica o cualquier otro tipo de tratamiento psicológico. En lo tocante a la etiología de los diferentes trastornos psiquiátricos, el conductismo los consideraría como un aprendizaje de pautas disfuncionales de comportamiento. Visto desde otra óptica el complejo de Edipo podría ser entendido como un aprendizaje sumamente complicado, a lo largo de los años en el que intervienen miles de estímulos y respuestas, de pautas de relación con los padres, que de alguna

manera se extienden de una forma directa o incorrecta al resto de las relaciones interpersonales y conforman así mismo el mundo del sujeto, con sus relaciones entre las diversas instancias que lo constituyen. Las siguientes palabras de Harry Stack Sullivan podrían servir de enlace entre las teorías psicodinámicas y el conductismo: "Es posible afirmar con seguridad que la madre distribuye recompensas y castigar no solo cuando el niño es malo sino también cuando ella está alterada por diversas circunstancias individuales y sociales. En definitiva lo que podría haber de común entre el conductismo y otros modelos psicológicos, sería el de considerar que la manera de ser y relacionarse con los demás, es algo adquirido a lo largo de la vida en interacción con el medio. Parece ser que en la práctica clínica el usar simultáneamente estas dos técnicas es posible al menos para ciertos profesionales.

Psicoanálisis. Una opinión de las terapias conductuales desde el punto de vista del psicoanálisis. Independientemente de la técnica implicada en toda psicoterapia se establece una relación entre terapeuta y paciente (transferencia), sería a través de esta como podría explicarse los efectos beneficiosos del tratamiento. Así algunos psicoanalistas creen que en una psicoterapia es más importante la relación que el contenido de la interpretación, y las terapias cognitivas derivadas del conductismo conciben desde otro punto de vista diferente del psicoanálisis, el proceso de transferencia y contratransferencia. En cuanto a los puntos de contacto entre el psicoanálisis y las terapias sistémicas, hay autores que consideran hasta ciertos puntos compatibles estas dos técnicas. En lo que respecta a algunos aspectos de la teoría sistémica, como por ejemplo la importancia dada a la necesidad de los "demás" miembros de la familia, de mantener enfermo al denominado "paciente identificado", para conservar la homeostasis familiar, podemos decir que ya Freud intuyó en 1917 empleando una terminología diferente: En los casos muy frecuentes, en que la neurosis se halla relacionado con dimensiones surgidas entre miembros de una familia, aquellos que gozan de buena salud no vacilan ni un solo momento cuando se trata de escoger entre su propio interés y la curación del enfermo.

Sullivan con su teoría de la psiquiatría, ha establecido un puente entre el psicoanálisis y las actuales terapias sistémicas basadas en la teoría de la comunicación. Según Sullivan todo suceso psicológico es un complejo organismo en torno. El que uno u otro psiquiatra se interesen por uno u otros aspectos de este continuo, está completamente determinado por el problema particular que tiene delante y las características y tendencias del paciente. Mientras que Schneider habla abiertamente de la posibilidad de utilizar simultáneamente técnicas sistémicas y psicodinámicas o de la existencia de formas mixtas de psicoterapia, y que la utilización de toda técnica dependerá de las necesidades del paciente.

Teorías sistémicas. La teoría sistémica supone en relación con el psicoanálisis y el conductismo un cambio en el punto de vista desde el que se afrontan los problemas, al dejar de centrar su atención en el individuo para pasar al sistema en el que éste se encuentra. (Familiar) El rechazo del mundo intrapsíquico, como campo susceptible de estudio científico, junto con la utilización de prescripciones como técnica de tratamiento, podrían ser las dos puntas que más acercan este abordaje al conductismo. En cuanto al psicoanálisis, pareciera que podría haber diferencias abismales, aunque ambas técnicas compartan algunos puntos que las diferencias conjuntamente del conductismo, a pesar de que paradójicamente los dos abordajes tengan a su vez aspectos comunes con el behaviorismo.

El interés por la familia aparece tanto en el psicoanálisis como en las teorías sistémicas, aunque desde diferentes puntos de vista. El hecho en que en ambos casos se realizan inferencias de conducta directamente observables durante la sesión serían puntos en común entre ambas teorías que al mismo tiempo las diferenciarían del conductismo que se limitaría de manera más estricta a la meramente observable. Por otro lado algunas técnicas utilizadas en la terapia sistémica como la redefinición del síntoma ya habían sido usadas en psicoterapia analítica, y otras técnicas psicoterapéuticas con objeto de hacer más fácil la aceptación de una interpretación difícil de asumir. De igual manera la prescripción del síntoma había sido utilizada previamente con frecuencia en psicoanálisis al

combatir las defensas masoquistas, y en psicoterapia conductista, así como en algunos intentos de tratamiento psicoanalítico de la psicosis. Visto desde la óptica de la teoría de la comunicación, la terapia psicoanalítica al igual que el resto de las psicoterapias, son entendidas como un "vínculo terapéutico doble". Es evidente que en toda terapia existan situaciones de doble mensaje y más comúnmente en la terapia psicoanalítica. Esta situación de doble mensaje existe desde el mismo momento en que intervienen masivamente factores inconscientes que perturban las relaciones interhumanas o intrapsíquicas. Desde otro punto de vista autores de orientación sistémica reconocen la importancia del mundo interno, aunque obvian al entrar en su estudio por razones de tipo pragmático y metodológico los que la teoría de la comunicación nos aporta es que ese conocimiento no es esencial para estudiar la función de la máquina dentro del sistema más grande del que forma parte.

El trabajo en salud mental dentro del campo de la asistencia pública no puede hacerse desde un único modelo epistemológico y la solución mejor o menos mala para cada caso, tiene que venir forzosamente del eclecticismo en el empleo de las diferentes técnicas disponibles, tanto si estas son utilizadas por uno o varios profesionales, con el mismo paciente en diferentes momentos evolutivos, o con diferentes pacientes según indicaciones terapéuticas individualizadas. Desde principios del siglo y hasta la actualidad, partiendo de diversos modelos teóricos, se esta preconizando un eclecticismo terapéutico con los conocimientos y tendencias de cada época. Las terapias combinadas con la utilización simultánea o sucesiva de diferentes recursos terapéuticos constituyen la versión práctica en los esfuerzos de integrar la variedad heterogénea de saberes parciales sobre las enfermedades mentales. En este sentido habría que pensar que las cualidades ideales del terapeuta que trabaja en el dispositivo público, deberían ser: la flexibilidad y la capacidad de adoptar el modelo de cada una, a las peculiaridades individuales de cada caso, la capacidad de comprender los aspectos positivos de lo que hacen los compañeros que adoptan otro punto de vista epistemológico, así como la aptitud para criticar los propios errores y las limitaciones que pueda tener el modelo que se adopte.

Cualquiera de los modelos abordados, no son más que aspectos parciales o formas diferentes de enfocar una realidad única, que es a la vez biológico, conductual, interpersonal y social sería inconcebible la existencia de la conducta o del mundo intrapsíquico sin un sustrato biológico. Así mismo es impensable la existencia de relaciones interpersonales, sin que cada uno de los implicados, tenga su propio mundo intrapsíquico. Nuestra integración en el ámbito social, se hace previa pertenencia al grupo familiar, laboral, escolar, vecinal, etc. Cualquiera de estos niveles no son excluyentes ni antagónicos entre sí, sino complementarios. El fenómeno humano es difícilmente comprensible, salvo que cargamos en un burdo reduccionismo, salvo que la pretendamos abarcar desde un solo ángulo, desde una sola teoría, desde un solo nivel²⁶.

Una perspectiva así ha sido socorrida en los últimos tiempos, pero no en servicios públicos sino en prácticas privados. Tal parece que la concepción no atomizada de la enfermedad abre otras formas de solucionar los problemas psiquiátricos. Lo biológico y lo mental, parece que tienen que ser reconceptualizados en su ejercicio cotidiano, se sabe que los antecedentes históricos de una población son factores definitorios en algunos casos, sucede algo similar con la población que enfrenta nuevos valores y formas de vida, a éste

respecto Pérez Lagunas (1992) se pregunta ¿cuáles son los factores de las premisas histórico - socio - culturales y la salud mental prescriptivas y con qué frecuencia e intensidad se relacionan significativamente con la salud mental? la autora encontró, en su estudio con mujeres y hombres preparatorianos que los premisas histórico - socio - culturales no son predictivos con la población femenina en cambio con los varones si son mas intolerantes.

Con un criterio subjetivo se encontró dos resultados muy interesantes: 1) La obediencia afiliativa fomenta claramente la objetividad en los hombres particularmente en los de prepa oficial, 2) La abnegación generalmente se

➤ ²⁶ CASAS RIVERA, R. "Reflexiones en Torno al Eclecticismo como Práctica Asistencial en Psiquiatría Pública" En: Psiquis 1994; 15 (6) 249 p. 11-12.

correlaciona con la subjetividad. Entre más creen en eso cada uno de los grupos, particularmente los mejores de las prepas privadas, más subjetivas son. Para los hombres esencialmente de la escuela privada, el machismo también va con la subjetividad, con el criterio del síntoma se encontró una correlación significativa con las PHSCs, a comparación de la correlación no tan significativa con el animismo. Por lo tanto, todas excepto uno de los factores del PHSCs muestran correlaciones con la intolerancia, la subjetividad, síntomas e ignorancia. Solo la obediencia afiliativa no tiene relación con la ignorancia o subjetividad.

Con respecto a la escala de la salud mental, la subjetividad mostró 13 correlaciones con las PHSCs, la intolerancia 12, la escala de síntomas nueve y la ignorancia solo seis.

Al observar los resultados se concluye que los jóvenes de preparatoria privada presentan menor salud mental cuanto mayor sea su respaldo a las PHSCs. En segundo lugar aparecen los varones de la prepa oficial y las mujeres de la privada con cinco correlaciones y en cuarto lugar los jóvenes de la prepa oficial. En estos grupos hay relativamente poca relación de las PHSCs con la salud. Lo más interesante de los resultados es que confirman para el área de la salud mental el

postulado de la Etnopsicología Mexicana, respecto a la que las PHSCs deben mantener relación con multitud de otras variables en el Ecosistema Mexicano²⁷

Este estudio demuestra que la población mexicana posee una variedad y heterogeneidad en su aspecto cultural asimismo puede abrir nuevas posibilidades de interpretación sobre el carácter del mexicano. Basta conocer el proceso de construcción de una sociedad para poder enfrentar la bastedad de relaciones que vive el enfermo mental, así que el concepto de rehabilitación puede ser de significados diversos. Para actores como Ruchea R. C. (1981) la sociedad no tiene conocimiento verídico de como funciona un hospital y aún así se habla con certeza de que es denigrante. Los factores que propician esta situación son la

➤ ²⁷ PÉREZ LAGUNES ELSA RUTH (1992) "Las Premisas Histórico Socio-culturales y la Salud Mental" En: Salud Mental Vol. 15 Núm. 2 Junio de 1992, p. 6-10.

pérdida de contacto con el mundo externo, la inactividad forzosa, el personal autoritario, la pérdida de las pertenencias personales, el exceso de psicofármacos y la ausencia de perspectivas futuras. En este ambiente las posibilidades de rehabilitación disminuyen considerablemente. La tendencia actual parece inclinarse más en favor de que el hospital psiquiátrico solo se emplee en caso de que la magnitud de la crisis sea de tales proporciones que lo hagan inevitable o porque las condiciones familiares así lo elijan. Pues la filosofía de la rehabilitación del enfermo mental, defiende al ser humano no, que en el caso de sufrir una merma de sus facultades mentales, tiene el derecho de volver a integrarse como persona a la sociedad y de que se le devuelva su dignidad y utilidad en el mundo de sus congéneres²⁸.

Los derechos y obligaciones de los enfermos mentales son un campo al que tiene un lastre desde los años de (1895)²⁹ que ya se discutía su derecho al matrimonio y a la procreación, pero hoy día existe una política de discriminación

institucionalizada hacia el enfermo mental.

Las condiciones degradantes por los que pasan los enfermos mentales y que a través de la historia no han mejorado en mucho, han hecho el llamado urgentemente a la creación de nuevas alternativas que visualicen un futuro. Para ello los especialistas de la salud mental tienen que adherirse al concepto de que la enfermedad mental es solo un episodio de la vida, más que el destino manifiesta de una persona. Sin embargo, la tarea no solo corresponde a los especialistas, sino también a los familiares de cada paciente.

En la actualidad se han desarrollado alternativas que han resultado eficaces para la rehabilitación de los enfermos mentales, como por ejemplo la hospitalización parcial que permite al paciente obtener los beneficios del constante

➤ ²⁸ PUCHEA R. CARLOS, 1981, "Conceptos y Alternativas para la Rehabilitación del Enfermo Mental", En: Salud Mental Vol. 4 Núm. 3 otoño 1981. p. 4-11.

➤ ²⁹ A este respecto se puede consultar: Ensayo Científico. Texto Publicado en 1895, por los talleres litográficos, en el se exponen los antecedentes sobre los locos y su matrimonio en México.

cuidado psiquiátrico y a la vez mantenerse unido a la familia y a la comunidad; otra alternativa es la creación de las llamadas casas intermedias, que son un establecimiento residencial no médico, creadas para mejorar las capacidades causadas por la enfermedad mental donde la intervención médica sólo es de tipo consultivo y reforzadora del tratamiento; se han construido también talleres protegidos en donde los enfermos trabajan en la compañía de otros enfermos, su objetivo es facilitar la transición hacia la vida comunitaria.

Todas estas transformaciones han tenido resultados alentadores para la expansión de este tipo de programas se ve obstaculizado por el cada día más reducido espacio que se les da a los enfermos y la escasez de trabajadores profesionales para desarrollarlos.

Por otro lado, otro problema a enfrentar es que cuando los pacientes regresan a su medio, su salud se vuelve a deteriorar, lo que significa que la recaída de los pacientes esta vinculada con el comportamiento de su familia. Esto también lleva a la creación de alternativas que mejoraran la calidad del ambiente familiar, y como no ha sido tarea fácil, se ha planteado y sugerido en que el paciente no debe abandonar el hospital psiquiátrico, en tanto que los servicios no estén lo suficientemente capacitados para hacerse cargo de ellas.

1.8. Conclusiones Y Comentarios.

La enfermedad mental existe y se manifiesta de diversas formas, por tal complejidad el campo de la medicina aún no ha alcanzado el grado de precisión que poseen otras especialidades médicas. Se insiste en que el hombre es una unidad biopsicosocial y que en el proceso de salud mental se pone en juego una serie de factores multicasuales que interactuando entre si desencadenan y favorecen la permanencia del padecimiento. Por ello los factores sociales, culturales y económicos son de gran importancia porque determinan la actitud de los individuos hacia el enfermo mental y los distintos métodos de tratamiento y

rehabilitación de los pacientes. El hacer énfasis en estos aspectos constituye un aspecto enriquecedor del modelo científico para el tratamiento de la enfermedad mental. Pero para hablar de un progreso no basta poseer enriquecedores conocimientos teóricos, hace falta la participación activa tanto del Estado como de la comunidad, no solamente hablando en cuestiones económicas y recursos físicos sino especialmente en cuestiones esencialmente humanitarias.

Tenemos que estar conscientes que aunque la psiquiatría tenga transformaciones alternas para el mejoramiento de las condiciones de vida de los pacientes y de su rehabilitación no serán eficaces si la sociedad y el Estado no se comprometen también al cambio. Mientras no se tenga conciencia del beneficio de esta cooperación y no se tenga la madurez o capacidad para entender el proceso de la enfermedad mental, para entender que el enfermo sigue siendo un ser humano como cualquiera, mientras esto no sea posible, cualquier alternativa es ineficaz³⁰.

Lo anterior es solo una aproximación que pone de manifiesto el basto mundo de los servicios de salud mental y la psiquiatría. Su reconceptualización del paciente, sus institucionalizaciones y el cruce de una sociedad que posee una moral que antepone "los principios morales y las buenas costumbres", eso no suprimen la búsqueda de alternativa ni tampoco nos informa del futuro de un paciente. Tal parece que la institución se constituye en un micromundo que lleva su dinámica y que no deja escapar otras formas de vida que no sea el rumor y la morbosidad de los que están fuera.

Las discusiones pueden desde distintos y diversas perspectivas, hacerse razonamientos de articulación o de eclecticismo, pero lo cierto es que los problemas de salud mental aumentan y se propagan como una pandemia de este fin de siglo, basta ver los estadísticas de los últimos años y encontramos índices de suicidios y de indigentes que van de 120 por más a 800 por año, sin duda son cifras alarmantes, en estas circunstancias, la reflexión se puede centrar en el

➤ ³⁰ PUCHEA R. CARLOS, op. cit., p. 4-11.

punto de la prevención y quizá no solo como recomendación, sino elevar en verdad la calidad de vida de los ciudadanos, estamos hablando de educación, alimentación, recreación y una vida afectiva emotiva, sana en casa. Sin duda, muchos de esos problemas podrán persistir, pero la etiología sería diferente y quizá no solo basta poner sanciones para los enfermos mentales. El código penal considera responsabilidad social para el Estado. Los artículos del código, para enfermos mentales 24 fracción 3, 68 y 69 constituyen normas jurídicas aplicables para quienes cometen delitos y el artículo 24 que se refiere a "las penas y medidas de seguridad", citando la reclusión de locos, sordomudos, degenerados o toxicómanos.

La discusión se cruza por factores médicos, psiquiátricos, éticos, institucionales, epistemológicos y funcionales, el espectro interpretativo lo hace motivo de discusiones de ayer y hoy, sin duda pues, es la condición humana la que se discute.

Por lo anterior, podemos comprender porque son individuos los que inician esta labor y no el estado, no cualquiera soporta ver a otro ser humano en la indigencia y sin razón; en la locura, en el alucine, en la esquizofrenia, en la psicosis. A lo largo de la historia, la moral, lo normal, lo anormal han jugado un papel muy importante en la segregación, reclusión y castigo, las sociedades ocultan a quienes afean las ciudades y les hacen hospitales dizques modernos. Lo cierto, es que no hay muchas esperanzas en los procesos de recuperación e integración social.

Podemos encontrar grupos sociales que han decidido ser actores en la participación que han decidido ser actores en la participación del servicio con los enfermos mentales. Se les conoce como organizaciones no gubernamentales por ser independientes del estado y propiciar la participación ciudadana en este tipo de servicio, como; asilos, casas hogar, centros educativos, trabajo pro niños en distintas condiciones de riesgo, de vivienda, etc.

Los resultados de estos centros de trabajo apenas se empiezan a conocer, en ellos priva el voluntarismo, la obra pía, lavados de culpa y los profesionales, todos ellos, ha su manera están interesados en mejorar la calidad

del servicio. Por lo revisado, podemos considerar que los servicios de salud mental y la psiquiatría contemporánea se encuentran en una fase de búsqueda en la intervención con el paciente y en el sistema organizativo funcional de la institución. En el siguiente apartado abordaremos el aspecto psicológico.

Capítulo 2 LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL MÉXICO ACTUAL

2.1 La Psicología Hoy día.

La psicología, es una ciencia joven, en relación a la psiquiatría. Lo psicología tiene sus inicios como ciencia independiente en Alemania con los trabajos experimentales de Wundt en los años de 1879, que marca el inicio del primer laboratorio de psicología experimental en franca separación de la filosofía¹. Lo que representó la definición de su objeto de estudio y sus campos de intervención, en diferenciación con la medicina y la psiquiatría la caracterización del sujeto no tenía ningún problema, en la identificación y especificidad, representa hoy día una área que bien puede ser objeto de discusión, de acuerdo a las tendencias psicológicas que existen hoy día, lo que significa que de acuerdo a la corriente es la definición del objeto de estudio y de ejercicio profesional. Algunas definiciones se pueden caracterizar de la siguiente manera:

Para el conductismo, " La psicología como la ve el conductismo es una rama experimental puramente objetiva de la ciencia natural. Su objetivo teórico es la predicción y el control del comportamiento"². El uso del término "teoría moderna del aprendizaje" implica una clara distinción³.

Para la gestalt, "Dedicó principalmente al estudio de la percepción. Frente al asociacionismo imperante, la escuela de la Gestalt postulaba que las imágenes son percibidas en su totalidad, como forma o configuración (del alemán, Gestalt), y no como mera suma de sus partes constitutivas. En las configuraciones perceptivas así consideradas, el contexto juega además un papel esencial. La escuela de la Gestalt intentó formular las leyes de estos procesos perceptivos⁴.

➤ ¹ Boring. Historia de la Psicología Experimental. México 1980. Ed. Trillas.

➤ ² Watson B. John. Manifiesto Conductista.

➤ ³ Eysenck, H. J. 1986. Experimentos en Terapia de la Conducta. I. Inhibición Reciproca. España. Ed. Orbis, p. 19-20.

➤ ⁴ Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2003. © 1993-2002 Microsoft

Para la terapia breve. "Complementan los principios psicoanalíticos con otras teorías e informaciones con base científica. En estos tipos de tratamiento, los psiquiatras aconsejan a los pacientes e intentan influir en su conducta. Algunos utilizan técnicas derivadas de la terapia de conducta, que se basa en la teoría del aprendizaje (aunque estos métodos son empleados con más frecuencia por los psicólogos)³⁴.

Entre otras definiciones del objeto a estudiar, cada una de ellas tiene campos específicos de incidencia con el individuo y trabajan en consulta externa y en sistemas de internado con pacientes que son enfermos mentales.

Los avances de la psicología en México en este fin de siglo, a representado el planteamiento de búsqueda de alternativas en el campo institucionalizado y de servicio, podemos encontrar un proceso creciente en la formación de recursos humanos en la sociedad mexicana.

Los antecedentes de la psicología en México en comparación con la psiquiatría es joven, tiene sus inicios como profesión en los años de 1964, en la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria y para 1987 existían en el país 82 escuelas de psicología, que tenían un gran total de 28,866 alumnos matriculados⁵, lo que representó una apertura de las áreas de servicio y atención, lo anterior involucra la discusión sobre el perfil profesional del psicólogo, que si bien ha contemplado una amplia perspectiva sobre lo que significa el campo del servicio y prevención. Algunos aspectos de esa definición del perfil incluyen que el psicólogo pueda: evaluar, planear, intervenir para modificar un problema, prevenir, investigar y en las áreas donde debe resolver problemas es la educación, salud pública, producción y consumo, organización social y ecología⁶.

Sin duda, con este perfil el campo de intervención del psicólogo, se suscribe a las áreas de servicio y a las de atención y planificación, que lo suscribe al trabajo con los padecimientos de orden mental o psicológico en el campo de las instituciones de consulta externa y en el confinamiento.

➤ ⁵ Rivera Sierra R. Urbina Soria Javier. "Estadísticas Básicas sobre la Formación del Psicólogo en México". En: Urbina Soria J. (comp.) El Psicólogo Formación, Ejercicio Profesional, Prospectiva. México 1989. Ed. UNAM, 860 p. 31-58.

Lo anterior, es solo una deducción de principios, porque no existe la apertura de participación para que el psicólogo pueda participar en el proceso de tratamiento en los hospitales e instituciones⁷.

La psicología ha ido evolucionando en franca relación con el servicio y con las demandas que tiene la población, eso ha implicado que se vayan haciendo cambios y ajustes en los perfiles de los egresados y se pongan en tela de análisis los modelos que fueron impulsados en los años de 1979. La existencia de proyectos que involucran el cambio curricular en las carreras de psicología⁸, es parte de una historia y de una realidad mundial y nacional, que bien puede comprenderse como el proceso de transformación que tiene su inicio en los años de 1940-1950⁹, para Rivera Barrón (1995) El hecho que los psiquiatras fueran los que atendían los problemas de la conducta" se relaciona con el tipo de enfermedades y problemas públicos existentes en la época 1940-1950 considerados como generadores de enfermedades mentales"¹⁰ para el año de 1947 se revisaron a 450 niños por "fracaso escolar y errores de la conducta" de estos niños 80% provenían de familias desorganizadas, 45% tenían padres alcohólicos y 12% tenían padres con perturbaciones mentales. El 40% de los niños padecía epilepsia, 24% retardo mental, 23% psiconeurosis y 19% contaba con una

- ⁶ Urbina Soria J. El Psicólogo, Formación Ejercicio Profesional, Prospectiva. México, 1989. Ed. UNAM, p. 509-522.
- ⁷ A este respecto, el texto de Azaola, Elena. La Institución Correccional en México. Una mirada extraviada. México, 1990. Ed. Siglo XXI, Editores. 362 p. Muestra algunos aspectos de los tutelares para menores donde no aparece la participación profesional del psicólogo como responsable de la institución, es común que sean psiquiatras o médicos. Aunque hoy día esta tendencia esta cambiando, los psicólogos han empezado a ganar espacios de participación en las instituciones para pacientes crónicos y de consulta externa.
- ⁸ GÓMEZ, PÉREZ Y OTROS. Retos en la Formación Profesional del psicólogo una Visión de Futuro. México 1995. Ed. UNAM. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. 104 p. En el texto se hace una reflexión sobre la importancia de la formación profesional del psicólogo ante los nuevos retos en la sociedad contemporánea.
- ⁹ RIVERA BARRÓN, E. "Instituciones y Psicología en la Década de 1940-1950". En: López, R. S. Historia de la psicología en México. México, 1995. Ed. CEAPAC. 480 pág., p. 345-388.
- ¹⁰ RIVERA BARRÓN, E., op. cit., p. 345.

mentalidad normal y existían centros de asistencia privada pero no con áreas de atención psicológica ¹¹

En esos años, quienes estudiaban psicología no se ocupaban de la psicología de servicio a los pacientes con algún padecimiento psicológico, para Rivera Barrón (1995) la gran mayoría de los trabajos de la época se suscriben a los temas de orden filosófico y cultural, lo que significa que no tenían participación explícita en las instituciones.

Por lo anterior, es comprensible que las reflexiones que se derivaron en los años posteriores se suscribieran al tipo epistemológico y los primeros inicios de la reflexión sobre la concepción del hombre con trastornos psicológicos. Son varias las corrientes de interpretación; la psiquiatría, el psicoanálisis, la biomédica, la cultural y los estudios experimentales, asimismo problemas específicos, como alcoholismo y drogas. Los autores de la época empiezan a vislumbrar el posible rumbo de intervención en el campo de lo mental y psicológico.

En los años de 1966-1977, la propuesta de una higienista mental es argumentada desde la perspectiva del psicoanálisis.

2.2. El Higienista Mental.

Para comprender realmente lo que significa higiene mental no debemos de centrarnos en la terminología de una sola teoría porque esto sería limitar nuestra propia capacidad de entendimiento. Una higiene mental que sólo tomará en cuenta el punto de vista psicoanalítico sería tan mala higiene mental como la que ignorara los descubrimientos analíticos. Así pues la higiene mental debe dejarse fecundar por las aportaciones de otras ciencias, lo que significa que tanto el psicoanálisis como cualquier otra disciplina deben dejar a un lado toda ortodoxia y abrirse a la influencia de otras ciencias. El psicoanálisis debe hacer uso de la sociología,; puesto que sin ella sería incompleta su labor en este campo.

➤ ¹¹ RIVERA BARRÓN, E., op. cit., p. 346.

Uno de los servicios que el punto de vista analítico puede proporcionar a la higiene mental es hacerle conciente de los peligros de traicionar sus metas en aras de un servicio mal entendido al sistema social reinante, del cual se constituyó en agente represor semipoliciaco que reprime toda manifestación antisocial, para ahorrarle a la organización estatal el penoso y serio estudio de las formas en que su propia estructura propicia los actos antisociales que después intentan absurdamente reprimir. Una auténtica labor del higienista mental es contribuir con estudios sociopsicológicos de la estructura social en la que son posibles actos delictivos, enfermedades mentales, etc. El higienista mental no debe estar al servicio incondicional de la organización social dominante sino que por el contrario tiene que criticar dicha organización si es que no quiere negar el hecho indiscutible de que los factores socioculturales constituyen a través de la familia la raíz profunda de trastornos como delincuencia, drogas, etc. Ni la psiquiatría ni el psicoanálisis por si mismo, si no vienen en su ayuda hechos y puntos de vista históricos, económicos y sociales no pueden proporcionar una amplia perspectiva que permita hilvanar con toda amplitud los trastornos mentales en un medio cultural concreto. Es necesario pues, conocer la profunda significación escondida detrás de sus manifestaciones sintomáticas como: alcoholismo, prostitución, delincuencia, etc. Por lo tanto, la autentica solución no sería reprimir estos síntomas sino investigar en que forma la estructura social concreta la propicia.

El higienista mental se engaña al pensar que su labor queda cumplida al hacer individual, porque la realización general observable por doquier tiene su base perturbada, estructura familiar y la estructura familiar es reflejo y portavoz de la perturbada estructura social. El factor neurotizante lo constituye entonces nuestra concreta e histórica estructura social "basada en utilitarismo puro", en la competencia, en la posesión del dinero, en el éxito obtenido en contra del prójimo, tanto en la política, los negocios y aún en las ciencias. Así que los aportes y los descubrimientos psicoanalíticos básicos que no debe ignorar todo aquel que practique la higiene mental son: a) el conocimiento de un inconsciente siempre operante, b) la doctrina sobre resistencia y represión, c) la importancia de la

sexualidad y del complejo de Edipo, y d) la transferencia y la contratransferencia. Estos vienen siendo los conceptos más fundamentales que el psicoanálisis ha aportado a la ciencia del hombre.

Con respecto a las medidas de higiene mental. Fritz Riemann partiendo de conceptos psicoanalíticos formula medidas profilácticas que tienen a influir e impedir el desarrollo de trastornos tales como el depresivo, esquizoide, obsesivo e histérico, tomando en cuenta la conducta de los padres que neurotizan específicamente en una de estas cuatro dimensiones.

1. **Esquizoide.** Aquí los factores que neurotizan principalmente son la ausencia de cariño, afecto, atención y contacto físico, es decir la actitud fría y distanciada de los padres; las cuales tienen como consecuencia el desarrollo de esta enfermedad o desviación mental en el infante. Otro factor de neurotización es el cambio frecuente de personas encargadas de atender al niño. Todo es particularmente nefasto durante los dos primeros años de vida, ya que estas circunstancias imposibilitan el establecimiento de lo que se llamó la primera relación objetal. Lo que se aconseja en esta situación es una terapia intensa para los padres para concientizarlos del gran daño que están generando y que el niño necesita de su amor, de sus cuidados.
2. **Depresivo.** El factor neurotizante son los padres sobreprotectores o autoritarios, quienes no dejan que el infante aprenda y se equivoque por sí mismo. El niño aquí no tiene independencia, no tiene iniciativa, no tiene oportunidad de conocer y desarrollar sus propias capacidades. Todo esto lo hace angustiado y dependiente, lo cual es apreciado por los padres. De esta manera el infante desarrolla sentimientos de culpabilidad.
3. **Obsesivo.** Los defectos que inclinan al sujeto hacia perturbaciones neuróticas de tipo obsesivo son: la prematura o marcada exigencia del control de sus esfínteres uretral y onal, freno excesivo de sus impulsos motores expansivos, exigencia de perfección en todo. La déspota autoridad de los padres provoca necesariamente agresividad que al no poder

manifestarse produce estancamiento y actitudes ambivalentes hacia la autoridad.

-
4. **Histeria.** Los factores que conducen a un desarrollo histérico de la personalidad es la presencia de padres sin autoridad definida que educan sin tener fronteras claras. Todas las normas de los padres son relativas y cambiantes en extrema que da cabida a múltiples deseos caprichosos por parte de los niños. Otro factor neurotizante son las pretensiones excesivas de los padres, los cuales siempre esperan grandes logros de los hijos en forma fuera de toda realidad y por encima de las posibilidades y valores reales del niño.

En conclusión una de las metas primordiales del higienista es establecer la relación que hoy existe entre las experiencias infantiles más tempranas y los trastornos mentales que posteriormente se desarrollarán¹². Esta aproximación y propuesta sobre la salud de orden mental está influenciada por un psicoanálisis que se suscribe a la identificación de problemáticas de comportamiento, lo que entraña la perspectiva epistemológica y la definición de un método de trabajo. En esos años, la aproximación al problema eran con diferentes metodologías, encontramos el trabajo de Hugo Elorriaga en los años de 1976, que hace un estudio sobre la población mexicana y los trastornos mentales y nerviosos, haciendo un abordaje epidemiológico del problema y considera que las enfermedades mentales y los de sistema nervioso se hallan estrechamente ligadas por razones de orden biopsicosocial que hacen posible su identificación unitaria bajo la dominación genérica de padecimientos neuropsiquiátricos. Ambas producen profundas alteraciones neuropsíquicas y neurofisiológicas que afectan la vida de relación. Involucran significativamente las esferas de la comunicación, de la economía, de la organización familiar y social.

➤ ¹² PÁRAMO ORTEGA RAÚL, 1966 "Algunas Consideraciones Generales sobre Higiene Mental desde el punto de vista Psicoanalítico". En: Revista Mexicana de psicología 1966, vol. II Núm. 8. 693-701.

2.3. Estudios Epidemiológicos De Enfermedades Neuropsiquiátricas En México.

Los estudios epidemiológicos de las enfermedades neuropsiquiátricas han encontrado en el orden de los padecimientos que los trastornos mentales y del sistema nervioso central ocupan el 15o lugar. Aunque no es un lugar muy significativo, las implicaciones que estos tienen en la vida social si lo son. Las personas rehabilitadas frecuentemente son rechazadas para elaborar en las actividades productivas y por otro lado resultan ser una carga en la economía familiar; hay un rechazo por la sociedad en general para ser admitido como

miembro activo y todo esto es consecuencia de la mala información e ignorancia con respecto a las enfermedades neuropsiquiátricas. Veamos algunos aspectos con relación al método empleado para determinar la magnitud epidemiológica:

1. La población general de la República Mexicana se calculó hasta 1980 por el método aritmético.
2. Con los datos de 1957 a 1968, publicados por la Dirección General de Estadística de la SIC, se calculo igual periodo hasta 1980, de trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central, por el método de extrapolación porcentual.
3. La base para el cálculo epidemiológico en el D.F., para 1974 fueron las cifras calculadas como población enferma de La República Mexicana extrapolándose para 1974 la distribución porcentual obtenido en 1968, por entidad federativa, por el método aritmético.
4. La cifra absoluta obtenida para el D.F. en 1974 se tomo como base para extrapolar la distribución perceptual de los registros de morbilidad obtenidos en 12 hospitales psiquiátricos de la dirección General de Salud Mental.

Por otra parte, según, la clasificación internacional de enfermedades de la OMS, los trastornos mentales se clasifican en tres: psicosis, neurosis y central

se agrupan en: enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central, oligofrenia. Los padecimientos relativos a las enfermedades del sistema nervioso enfermedades hereditarias del sistema nervioso, otras enfermedades del sistema nervioso.

Los trastornos mentales constan en total de 26 enfermedades principales y 122 variantes sin contar las posibles combinaciones que pueden ocurrir en la oligofrenia. Las enfermedades del sistema nervioso central están compuestas por 28 padecimientos principales y 30 variedades.

El registro de aquellos datos que guardan relación con la morbilidad es lo que constituye la disciplina epidemiológica. Misma que es la ciencia médica que se ocupa del estudio de las causas que originan la aparición de la enfermedad, ocupándose no sólo de su frecuencia, sino también de la edad, el lugar y el tiempo en que aparecen. El enriquecimiento de esta definición se puede dar a partir de la incorporación del concepto de ecología que se considera como la rama de la biología, que se dedica al estudio de la relación entre los seres vivos y su medio ambiente; esto se hace posible mediante la observación de tres elementos existentes; agente, huésped y ambiente.

Tanto la epidemiología como la ecología deben basarse en el método científico, sus procesos deben sistematizarse bajo la observación de los fenómenos o hechos a estudiar y bajo una hipótesis que debe pretender conocer sus relaciones causales; procurando la verificación de su desarrollo y proporcione información suficiente para evaluar, interpretar y concluir.

Para Elorriaga de 183,316 casos estimados como prevalentes en los Estados Unidos Mexicanos (1974), 75% corresponden a trastornos mentales y 26.5% a enfermedades del sistema nervioso central. Por ambos padecimientos las cinco primeras entidades federativas son: Distrito Federal (36.8%), Veracruz (8.5%), Jalisco (7%), Tamaulipas (6.2%) y Michoacán (4.8%).

El Distrito Federal, Jalisco y Veracruz con fuertes incrementos de población y desarrollo constante generan fenómenos de inadaptación social con expresión en actitudes de extrema violencia, y ello da cabida a una explicación

de morbilidad psiconeurológica. Los altos índices de Tamaulipas, Michoacán y

Yucatán con respecto a homicidios, por el momento no aportan suficientes elementos de juicios que la justifiquen.

Para este autor la investigación que realizó no hace patente la longitud de frecuencia de morbilidad por entidad federativa. Sin embargo sus señalamientos pueden ser útiles indicadores de localización de futuras acciones en la salud mental.

El D.F. presenta los índices más elevados tanto de las enfermedades mentales como enfermedades del sistema nervioso central. En cuanto a los trastornos mentales la psicosis ocupó el primer lugar, seguido por el agrupamiento de las enfermedades correspondientes a la neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos. Dentro de la psicosis la esquizofrenia es la más importante.

Dentro del grupo de padecimientos que forman la neurosis, esta fue la más importante, seguida por la adicción de drogas y alcoholismo. Considerando como problema de la farmacodependencia al alcoholismo, la psicosis alcohólica y la adicción a las drogas su índice se eleva considerablemente; la más importante adicción a las drogas fue la marihuana.

Dentro de las psicosis afectivas, es digna de tomarse en cuenta la tendencia al suicidio, cuyo índice de frecuencia ha aumentado. Entre las de mayor frecuencia fueron: la oligofrenia moderada y la oligofrenia severa.

De las enfermedades del sistema nervioso central la epilepsia es la más importante; seguida de la parálisis cerebral agitante.

Aunque los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso central ocupan el 15o lugar dentro de los grupos de morbilidad en La República Mexicana, casi todos ellos producen invalideces temporales y permanentes con ciertos grados de mejorías que difícilmente pueden alcanzar su curación.

Se puede decir que debido al aumento de enfermedades neuropsiquiátricas se hace necesario que toda institución hospitalaria cuente con los recursos suficientes para la debida atención de los ingresados. El momento y mejoría de los recursos disponibles para la salud mental pública puede elevar los niveles de penetración en la población general, en los campos de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación¹³.

2.4. Alternativas De Programas De Salud Mental Pública.

Esta perspectiva biomédica, logra mostrarnos el espectro de una población que sus problemas de orden psicológico van en aumento, demandan el reto de crear nuevas estrategias y en esa perspectiva se han realizado algunos estudios, en el año de 1976, Cabildo M. Héctor (1976) hizo un programa experimental con adolescentes de escuelas secundarias, ya que se considera que es la etapa de la vida más compleja y difícil de afrontar dado que se generan diversos cambios físicos y psicológicos en el individuo. Son transformaciones internas como externas que para los chicos serán siempre drásticas y tendrán serias repercusiones sino hay una adecuada adaptación a ellos.

La adolescencia puede ser corta en algunos individuos y puede ser prolongada para otros. Ciertamente es que en ambos se presentan problemas de adaptación, pero en la segunda al ajuste psicosocial de los adolescentes se implica más aún, facilitando la expresión de conductas que perturban la vida de la sociedad, como la delincuencia juvenil, la farmacodependencia, la conducta sexual irresponsable y la violencia en las calles y universidades. Sin duda todo esto afecta tanto la salud mental del individuo como a la sociedad en general. Por todo esto la Sociedad Mexicana de Salud Mental se propuso realizar un programa en

➤ ¹³ ELIORRIAGA, M. HUGO 1976, "Los Trastornos Mentales y Nerviosos en la República Mexicana y en el Distrito Federal". En: Salud Pública de México Época V. Vol. XVIII Núm. 3 Mayo Junio de 1976. p. 581-591.

beneficio de los adolescentes. Su objetivo general fue crear en una escuela secundaria del Distrito Federal, un clima de bienestar emocional que favoreciera el mayor desarrollo de la salud mental de los profesores, los alumnos y padres de familia.

La hipótesis que se planteó fue que un clima (emocional) de bienestar emocional se convierte en un valor de grupo que influye positivamente en la salud mental de todos los integrantes de la institución y se refuerza constituyéndose así en un sistema retroalimentador.

Universo y diseño.

La muestra estaba representada por seis escuelas del turno matutino y vespertino. Cada secundaria consta en sus dos turnos de aproximadamente 130 maestros, 2000 alumnos y unos 3,000 padres de familia. Multiplicamos estas cifras por seis escuelas, tenemos que el universo total consta de 780 profesores, 12.000 alumnos y 18.000 padres de familia. De este total 42 profesores serían sujetos de adiestramiento como multiplicadores o agentes de cambio y al resto del universo serían participantes del programa institucional. Y se pidió también la colaboración de directores y subdirectores de cada turno. En cada turno se encontrarían entonces con tres o cuatro personas para modificar una comunidad de aproximadamente 2,565 personas. Pero, para que esto fuera posible era necesario primeramente un cambio interno de las personas dirigentes, es decir, se trataba de mejorar la salud mental de los miembros del equipo multiplicador, pues aunque una persona tenga muchos conocimientos, sino tiene una salud mental en sí mismo será muy difícil que pueda ser promotora de la salud mental.

Formación de equipos multiplicadores o agentes de cambio.

Se impartieron primeramente cuatro seminarios durante el fin de semana a razón de uno cada mes. Se efectuaron en un hotel balneario pero de la ciudad de México a fin de concentrar a los participantes en un ambiente agradable para facilitar la movilización emocional de las personas, su integración como grupo su expansión catártica y su regresión a posiciones de educarlos.

El contenido de estos cuatro seminarios de desarrollo en un total de 56 horas de trabajo, ejerciéndose en todo momento. El primero se dedico al estudio

del desarrollo normal de la personalidad del adolescente. El segundo a la psicopatología propia de esta edad, y el tercero se dedicó específicamente a la sexualidad y el cuarto a la programación de las actividades que realizarían posteriormente en sus escuelas.

Así poco a poco se creó un clima de bienestar emocional que facilitó el desarrollo de las áreas sanas de la personalidad y neutralizó en buena parte los elementos destructivos por lo tanto el proceso formativo tuvo éxito, se logró el cambio positivo de actitudes en los equipos multiplicadores. Por supuesto que hubo reacciones negativas también en alguno que otro profesor, pero lo importante es que estos servían de elemento de cohesión y los motivaba más a desarrollar sus potencialidades constructivas para continuar así avanzando en su progreso personal y de grupo.

A fin de objetivar los cambios se aplicó nuevamente pruebas psicológicas al término del programa dos años después de la primera aplicación. Las pruebas utilizadas fueron las formas colectivas de Bell y Cornell. Con la prueba de Bell se observó que hubo gran mejoría, pues el 22% de ajustes buenos y excelentes se elevaron a un 35%, que es una cifra 55% mayor que la primera. En el área emocional y familiar hubo más del doble de ajustes buenos y excelentes, o expensas de los insatisfactorios. En el área de ajuste social que ya era bueno y que no sufrió cambios, se considera igualmente perfecto.

En cuanto a la prueba de Cornell que explora patologías, se observó que hubo notables mejorías en todas las áreas. La mejoría es tan grande que no deja lugar a dudas sobre el progreso emocional que tuvo el grupo en general y cada uno de sus miembros en particular. Mismos resultados que se confirmaron con el relato de cada participante en general, quienes mencionaron que sus relaciones familiares habían mejorado considerablemente, así también en la escuela, y en su trabajo, como en cualquier otra actividad.

El programa de salud mental en las escuelas.

Una vez lograda la sensibilización se pudo desarrollar el programa de salud mental en las escuelas. Primeramente se procedió a investigar los problemas de cada sector: cuerpo docente, autoridades, alumnado y padres de

familia; después se efectuaron las actividades tendientes a resolverlos, así como a prevenir la aparición de nuevos problemas. Las actividades fueron las siguientes:

Docentes.

El equipo multiplicador realizó actividades similares a las que ellos habían tenido en los seminarios. Proporcionaron información sobre salud mental buscando la transformación interna. Actuaron mediante charlas con material audiovisual, trabajo de pequeños grupos; orientaciones individuales, labor en los pasillos, boletines y exposiciones.

La labor con los profesores no fue fácil pues mostraban resistencia al cambio. Pero finalmente se fueron venciendo sus resistencias logrando su participación activa. Paulatinamente se fue contagiando el espíritu constructivo a la gran mayoría y creándose el clima que se había propuesto. El resultado global del programa en todo el profesorado fue una mejor actitud hacia los alumnos, con mayor comprensión hacia ellos y un trato más personal. Sus relaciones sociales dentro del trabajo como dentro de la familia también mejoraron.

Alumnado.

El trabajo con los alumnos se efectuó de charlas; dinámicas de grupo; mensajes diarios en asambleas, periódico mural, trabajos escolares respecto al tema; competencia deportivas orientadas con un fin terapéutico; visitas a instituciones de tratamientos de jóvenes, asistencia a espectáculos y paseos con los padres o sin ellos. Al final el efecto de todas estas labores de salud mental fue positivo: el aprovechamiento escolar fue bueno y la comunicación con los maestros, los compañeros, y familiares mejoro notablemente.

Padres de familia.

A los padres se les impartieron conferencias; discusiones de grupo pequeño y orientación individual a los que la solicitaron. La reacción general fue muy buena y no hubo respuestas negativas. Los padres informaron una mejoría en la relación con sus conyugues y con sus hijos e igualmente con los maestros.

Por lo tanto, se cumplieron los objetivos propuestos y se aceptó la hipótesis planteada. Dicho estudio puede ser un modelo de acción para aplicarse a todas las escuelas del sistema de enseñanza media y que podría desarrollarse

pragmáticamente para lograr y mantener la buena salud mental de la sociedad¹⁴.

La perspectiva que ofrece el autor, desde luego que es solo una aproximación en el campo de la prevención, su valor en términos de resultados pueden resultar alentadores, pero la construcción del individuo es un proceso cambiante e involucra la apropiación subjetiva de la relación humana. Un trabajo que ilustra lo que se señala es el de Iturbe Guerra Ulises, sobre la farmacodependencia que se entiende como "estado psíquico y físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por una modificación del comportamiento. Una persona puede administrarse uno o varios fármacos y como resultado de ellos generarse una dependencia física o psíquica o pueden coexistir ambas facilitando la intoxicación crónica voluntaria por mecanismos diferentes.

La dependencia física se debe entender como el fenómeno de adaptación biológica que sufre el cuerpo humano ante la administración prolongada de una droga, que origina signos y síntomas indeseables de determinada magnitud al suspenderse bruscamente la misma. La dependencia psíquica es el impulso irrefrenable para consumir drogas y está relacionada con múltiples síntomas psiquiátricos, puede obedecer a la necesidad de abatir un estado de angustia; elevar el estado afectivo de un depresivo, deformar la realidad como en el caso de un neurótico, etc.

➤ ¹⁴ CABILDO, M. HÉCTOR 1976, "Programa Experimental de Salud Mental en Escuelas Secundarias" En: Salud Pública de México Época V Vol. XVIII Núm. 3 Mayo Junio de 1976. p. 569-580.

Un aspecto muy importante es saber distinguir o conocer lo que significa droga y medicamento, ya que son dos términos totalmente diferentes y que son frecuentemente igual utilizados. La palabra droga se utiliza para designar sustancias que introducidas en el organismo modifican los mecanismos neurofisiológicos sin ninguna implicación benéfica para el sujeto; y los medicamentos se utilizan para mejorar la salud, aún en los casos en que se requiera terapéutica farmacológica permanente.

En realidad son muchas las circunstancias que favorecen la farmacodependencia, pues es un problema complejo en el que participa la biología del sujeto y su medio circulante, en una interrelación permanente desde el momento mismo que se inicia la gestación hasta que se presentan signos y síntomas propios de una intoxicación, como resultado de la administración voluntaria e indiscriminada de algunas sustancias. En otras palabras, la vida del infante comienza biológica, social y psicológicamente mucho antes del parto, por ello el periodo de gestación constituye ya un momento tan trascendente de la preparación para el futuro, pues existen infinidad de factores internos como externos que pueden llegar a alterar el proceso normal del desarrollo del infante. Del equipo biológico adquirido dependerá pues al grado de desarrollo de las funciones mentales y la plasticidad en las respuestas que se originan de la reacción E-R en que se traduce la vida humana. Dependiendo de estas condiciones tendrá la capacidad de aceptación rechazo o distorsión sobre múltiples aspectos de la vida cotidiana, incluyendo dentro de esta dinámica el contacto con las drogas. Por todo esto es importante estudiar al hombre desde un punto de vista biopsicosocial, porque así se obtendrá cuadros clínicos neuropsiquiátricos más objetivos.

Considerando que el hombre es un ser biopsicosocial; se hace evidente que este pueda cambiar tanto en lo biológico como en lo psíquico de conformidad con su medio y que este cambio pueda ser mejorando las condiciones de salud física y mental o en deterioro de las mismas. Inevitablemente persiste la interrelación con el medio ambiente, y en estas condiciones el sujeto puede verse influido por la incorporación definitiva de algunos estímulos del universo que lo

circunda. Este es el caso de la farmacodependencia, cuya psicopatología de fondo fue gestada a través del desarrollo del hombre y sólo es matizada al incorporar el cuadro clínico la administración de sustancias que originan dependencia. Razón por la cual es muy importante que el médico le de un enfoque apropiado a este problema, ya que de no ser así puede haber daños irreversibles.

2.5. Un Enfoque Racional Del Psicólogo Hacia Los Problemas Psiquiátricos

Un enfoque objetivo del problema tendría que partir del reconocimiento de la estructuración de una psicopatología previa a la que se agrega la farmacodependencia como parte del mismo cuadro clínico y entender que este cortejo sindromático no debe considerarse como una enfermedad en su esencia semántica, pues a partir de ese enfoque racional se determinará los niveles de prevención o tratamiento a seguir.

Actualmente en nuestro país existen instituciones hospitalarias donde se prestan los servicios médicos o terapéuticos a los farmacodependientes. El médico una vez que detecta la magnitud del problema, basándose en criterio científico nacionales y humanos decide si el individuo permanecerá o no en la institución para su recuperación o rehabilitación, la cual se reforzará con la participación de la familia. Puede suceder que la familia no este interesada en el problema y se rehúse a ello, o bien puede suceder que dicho problema le genere vergüenza y frustración por las implicaciones sociales que este genera a tal grado que insista en internar por un tiempo prolongado al paciente. Ante esa situación el psiquiatra o médico no debe acceder a los deseos impulsivos de la familia; este debe actuar con base a los principios éticos que su labor exige. Debe de actuar simplemente en pro del bienestar y salud del paciente y no en pro de la comodidad de la sociedad.

La permanencia en el hospital debe servir en todos los casos para la realización de un estudio integral, con un enfoque psicosomático, en el que interviene un equipo técnico multidisciplinario formado por psiquiatras, sociólogos,

médicos trabajadores sociales, enfermeras, etc., quienes en colaboración mutua darán la pauta al desarrollo de las actividades asistenciales, la terapia o tratamiento a seguir en cada caso, siempre orientado a la solución definitiva.

Sin restarle importancia a las actividades preventivas primarias, sin duda alguna, la única medida efectiva para prevenir la dependencia es la madurez física y mental a la que debe llegar todo hombre, porque la misma le permitirá desenvolverse en medio de cualquier droga existente sin que pase de ser un

probador ocasional. Finalmente este básico mecanismo de defensa se vería reforzado con el desarrollo de programas educativos realizados y apoyados por distintos profesionales, quienes comprometidos dieran una información productiva y valiosa para la sociedad, la cual desconoce por completo el campo médico y la naturaleza y proceso de la salud mental.

Finalmente sería importante tomar medidas para controlar las ventas autorizadas de fármacos que pueden ocasionar dependencia, así como las ventas de inhalantes a los menores de edad¹⁵.

Esas concepciones son un principio del proceso explicativo a las conductas de orden Psicológico que van apareciendo y demandan enfoques explicativos, la perspectiva médica y la racional, la abordan en la visión quiere dar cuenta de un proceso biológico o emocional, no hay una sola perspectiva: la multiplicidad de propuestas tienen ángulos y ópticas que aceptan puntos de convergencia.

La idea de servicio, en relación al objeto de trabajo, es un campo que bien puede ser adjudicado por cualquier trabajador de la salud. Desde luego, que lo anterior no esta exento de que cada cultura o sociedad establece el límite de lo anormal y lo normal.

Nos encontramos entonces con que hay dos tipos de conductas muy distinguibles: las aceptables y las parasociales. Las primeras son el resultado del comportamiento que ajusta a los principios señalados como validos por los

➤ ¹⁵ ITURBE GUERRA ULISES, M. C. 1977, "La Farmacodependencia, el Problema Médico y un Enfoque Racional", p. 39-44.

integrantes de la cultura, e implica la aceptación voluntaria de costumbres y leyes. En las segundas por el contrario el sujeto no se adopta a lo aprobado, y el rechazo se manifiesta con su comportamiento agresivo, indiferente o aislado, y lo que es peor no raras veces su comportamiento es delirante o alucinante donde a través de él vive su libertad.

Para este tipo de comportamiento que no cumple con lo estipulado se han creado instituciones jurídicas que establecen la forma de castigo y reparación del daño, que por supuesto será diferente para aquellas personas que se encuentran fuera de sus facultades al cometer el acto delictivo. Precisamente por la atención especial que estas personas requieren y por la tranquilidad de la comunidad es preciso la participación activa de la familia y la comunidad en general para la detección de estos casos; puesto que el descubrimiento temprano de los síntomas predice en mucho de los casos un mejor pronóstico y cuanto más tarde sea la atención las posibilidades de recuperación disminuyen. De lo anterior se deduce que hay que partir de la psicopatología exacta del individuo para conocer el grado de deterioro de la salud mental y en base a esto ver las posibilidades de modificar con alguna técnica medico-terapeuta al estado de salud hacia fines de integración social. Pero así como puede haber enfermos mentales que responden con gran plasticidad a la terapéutica, hay quienes definitivamente el deterioro de su personalidad ya no son modificables.

2.6. Servicios Asistenciales Y La Psicología.

Son los hospitales psiquiátricos y los centros de salud mental comunitaria los organismos que mayor responsabilidad tienen en cuenta a la rehabilitación. Dichos centros tienen que evitar la hospitalización prolongada, pues resulta ser perjudicial para la reinserción del paciente a la comunidad. Deben desarrollar programas de terapia ocupacional y programas culturales, ya que mediante tareas definidas como carpintería, dibujo, costura, teatro, etc. Fijan su atención en aspectos que las hacen más llevadera su permanencia en la

institución y que sin duda tienden a sustraerlos de su mundo autista. Una cosa muy importante es que el personal debe de respetar la atención de la actividad de cada persona, sin forzarlos o realizar algo que valla en contra de sus deseos. Dicha actitud propiciará la participación voluntaria del paciente.

Para el desarrollo de estos programas es necesario primeramente una evaluación amplia de las condiciones del informe tanto del psicólogo, el psiquiatra, el médico, y todo el personal que establezca contacto con el paciente tienen la

responsabilidad de establecer un intercambio de información que permita elaborar el cuadro clínico, sólo así podrá orientarse correctamente el proceso de readaptación y capacitación en forma individual. Esta será una tarea que será llevada a cabo cuidadosamente registrando avances y retrocesos que servirán para reforzar o modificar el tratamiento, siempre con el fin de buscar el bienestar y recuperación eficaz del paciente.

Una vez terminada la capacitación o el tratamiento será necesaria una última evaluación con la cual se definirá si el individuo cuenta con las condiciones necesarias para poder darse o no de alta e ingresar a la comunidad. Una consideración importante es que no toda persona que ha presentado un cuadro clínico de trastorno mental, puede reintegrarse a una fuente de trabajo, y no precisamente porque sean incapaces, sino por la visión errónea que las personas ajenas a esta enfermedad tienen respeto a ella y por los gastos económicos que genera la instancia de un rehabilitado en una empresa o taller.

De esta manera queda desempleado, motivo que es capaz de volverlo a su estado inicial de invalidez. Ante esta problemática es necesaria la estructuración de talleres o unidades específicas donde laboran solamente los enfermos mentales que no tienen otra posibilidad. Dichos servicios estarán independientes de los nosocomios psiquiátricos, pero mantendrán una interacción entre ellos que permita derivar en ambos sentidos a los alineados que requieran atención médica o trabajo. Y no deben ser causantes de impuestos dado que su

finalidad no es el lucro, sino el facilitar la rehabilitación o habilitación de los enfermos neuropsiquiátricos¹⁶.

La rehabilitación es un concepto que tiene múltiples concepciones, en este caso Iturbe Guerra (1977) lo señalamos para mostrar el aspecto de internado y rehabilitación que se hace un objetivo que no tiene muchas posibilidades de reincorporación del sujeto a la sociedad y eso puede resultar una contradicción porque un individuo con trastornos o lesiones nerviosas puede pensarse en la posible rehabilitación, pero en el aspecto mental puede resultar insuficiente el concepto. Lo anterior nos pone en la discusión y explicación de los problemas de orden psicológico y su etiología y un poco más a fondo en el qué hacer con el paciente.

Veamos algunas consideraciones en el año de 1980. Labrega J. R. H. (1980) considera que la enfermedad mental es objeto de controversia social. Las críticas están frecuentemente establecidas en términos del modelo médico, estas reflejan diferentes epistemologías: la biológica que esta determinada por la importancia que da el sustrato físico de la enfermedad y las conductas psicológicas y sociales que son vistas en función de este sustrato. Una segunda epistemología sociocultural esta dominada por la naturaleza simbólica de los problemas psiquiátricos, en los que la enfermedad tiene sentido en un contexto político cultural y psicológico.

Ninguna de estas epistemologías es errónea, pero si son aplicadas aisladamente sus análisis serán conflictivos. En esto inciden las críticas en torno a las enfermedades mentales y a la psiquiatría como disciplina.

El autor distingue la enfermedad como estado (illness) y como proceso (disease). El termino (illness) se usa para referirse a un estado negativo por el cual el individuo es juzgado sobre una base de convención cultural y social que requiere una acción correctiva. Se hacen inferencias acerca de su funcionamiento, sus síntomas y signos y el diagnóstico establecido. Se recurren a dos tipos de

➤ ¹⁶ ITURBE GUERRA ULISES, 1977, "Rehabilitación y Psiquiatría" En: Salud Pública de México. Época V. Vol. XIX Núm. 1 Enero febrero de 1977. p. 729-734.

normas para establecer que existe una desviación: personal y grupal. El surgimiento de un sistema de cuidado médico da lugar a una teoría de la enfermedad considerada como un rasgo cultural. Se habla de esto como un sistema "formal" de conocimiento existe otro, el "informal" (popular). La fusión de estos dos tipos de conocimiento da lugar a una ideología distintiva, llamada sistema de cuidado médico de grupo.

2.7. Enfermedad Psiquiátrica En La Teoría Biomédica Y Etnomedica.

Para analizar y medir como están constituidas y como son empleadas las teorías médicas, se comparan grupos en función de comprensión de la enfermedad. Teorías de la enfermedad desde un punto de vista de la información: la ocurrencia de una enfermedad en el tiempo y en el espacio contiene una cantidad variable de información, que los miembros del grupo pueden usar e interpretar. Teorías de la enfermedad en un marco social evolutivo: la espacial capacidad humana para elaborar símbolos parece necesaria para expresar las ideas de enfermedad, vulnerabilidad, finitud y muerte. La suma de la cultura y la experiencia humana, permite la persistencia de la enfermedad en grupos humanos como opuestos a los humanos.

La teoría biomédica de la enfermedad (illness).

La enfermedad como estado (illness) se refiere a la persona como un todo y tiene una estructura y apariencia conductual; la enfermedad como proceso (disease) tiene un foco más abstracto: su estructura, su apariencia es biofisiológica y resulta en una medida física.

Hay una transformación de los sistemas orgánicos corporales desordenados (disease), a cambio de valor negativo en la función y en la conducta (illness). La misma clase de factores que influyen en la teoría de la enfermedad y del individuo, influyen en la manera como la persona enferma

interpreta su enfermedad y sus expectativas sociales. De aquí que la enfermedad sea definida como la totalidad de cambios de conducta psicológica y social (incluyendo los signos de la enfermedad) que desde una perspectiva convencional tienen significado "médico" en una sociedad en particular.

Enfermedad psiquiátrica en las teorías biomédicas y etnomédicas.

En la teoría biomédica una enfermedad psiquiátrica se explica como resultados de cambios en el sistema nervioso, en los neurotransmisores, y en los procesos cognitivos = los efectos y las acciones; la complejidad de la terminología en psiquiatría se ejemplifica con la depresión llamada primaria, secundaria, bipolar,

etc., que demuestra la tendencia a usar múltiples criterios: causas, sistemas psicoquímicos, cuadros clínicos, etc., para categorizar un mismo fenómeno. La estrecha relación que existe entre depresión y tipos especiales de experiencias mentales y condiciones sociales en la población accidental, indica que los factores y culturas deben ser tomados en cuenta para intentar comprender el significado que tiene la depresión en un contexto biológico general¹⁷.

El análisis de este autor conlleva a esa búsqueda de unidad de los modelos que en realidad no han tenido una materialización en el servicio con el paciente. El servicio de psicoterapia y su modelo funcional no ha sido algo consistente en las instituciones, porque las explicaciones van desde la angustia a la psicopatología y eso parece mostrar oportunidades de incidencia en la cada vez mayor complejidad de unas relaciones sociales que producen individuos con un alto índice de estrés y angustia.

El mismo De la Fuente (1980) en un intento por esclarecer esta categoría, sostiene que la angustia es una reacción global de la persona que percibe una situación como amenazante a su existencia organizada. Desde un punto descriptivo, es una reacción compleja que incluye aspectos emocionales, cognitivos, somáticos y conductuales.

➤ ¹⁷ FABREGA, J. R. H. (1980) "La Posición de la Enfermedad Psiquiátrica en la Teoría Biomédica: Un Análisis Cultural" En: Salud Pública de México Núm. 1981. p. 68-69.

Es necesario tener en cuenta que la angustia no es lo mismo que el estrés y el miedo. El estrés se refiere a las respuestas de reacción sostenido por el organismo ante demandas externas que la sitúan en los límites de la capacidad de adaptación. El miedo está relacionado con el presente, es una reacción menos envolvente que la angustia, y suscita una acción de furia o ataque; mientras que la angustia está orientada hacia el futuro, es paralizante y también más disruptiva hasta el punto de que en su máxima intensidad se experimenta como la "disolución de uno mismo".

Como el dolor y el miedo, la angustia es un recurso de la especie para asegurar su supervivencia; porque dentro de ciertos límites la angustia facilita las funciones cognitivas, promueve el aprendizaje y prepara al organismo para superar

obstáculos y para encontrar soluciones, pero si rebasa los límites de la tolerancia fisiológica es ya un estado patológico, desorganizador y disruptivo que puede causar daños severos al organismo y puede destruirlo. Existe por tanto, dos tipos de angustia la normal y la patológica.

El origen y grado de angustia que sufren los individuos depende de las condiciones propias de cada sociedad y cada cultura, así como pueden proveer de defensas eficaces para combatir la angustia como puede negar estas defensas (ideologías, valores, diseño de vida, etc.) En la actualidad dentro de los acelerados cambios, la angustia tiende a acelerarse también se hace más explícita porque fallan esos mecanismos culturales preconstruidos, y sin esa ayuda a un número creciente de personas les resulta difícil contener con las circunstancias adversas de la vida, las cuales son vividas por los individuos en forma personal, y son diferentes en grado e intensidad debido a la constitución genética de cada persona, a sus experiencias, a su personalidad y a su funcionamiento fisiológico distinto.

En cualquier condición la angustia es un estado de alertamiento fisiológico que presenta manifestaciones sistemáticas: palpitaciones, disnea, sequedad de boca, sensación de constricción en el pecho, mareos, influjo de la sangre de la piel, aumento del pulso, sudores, etc. Dicho alertamiento es un

proceso subyacente común a todos los estados emocionales intensos, como el pánico, la cólera, la excitación sexual, etc., que ocurren en respuesta a estímulos externos o internos. La emoción de que se trata se define y es identificable por la conducta explícita del sujeto y por el relato introspectivo de su experiencia.

Los correlatos de la angustia son la activación del sistema que forma la medula (especial) suprarrenal y el sistema nervioso simpático, el aumento de epinefrina en la sangre, colesterol, ácidos grasos y ácidos úricos, en esta cadena esta también implicadas el laberinto del oído y sus conexiones centrales con el sistema reticular y de las áreas del cerebro, son la amígdala del lóbulo temporal y el sistema reticular. Se piensa que la angustia se produce cuando la excitación en estas áreas alcanza un nivel crítico y ya no es posible su integración. Si se estimula el núcleo amigdalino se suscita también reacciones de miedo y angustia.

Otros experimentos como el de Pitts y Mc Clare, demostraron que el lactato en el suero causa estados agudos de la angustia en personas que la padecen. Por lo que es muy improbable que el determinante causal de la angustia en las personas neuróticas sea un alertamiento fisiológico, de esto se desprende que ni la elevación del lactato en el suero, ni los patrones específicos de cambio autonómico son condiciones necesariamente patogénicas para que se experimente el síntoma. Esta distinción entre el aspecto mental y las manifestaciones periféricas es muy clara en las personas que sufren angustia neurótica.

2.7.1. Formas Clínicas De La Angustia Patológica.

Formas clínicas:

La angustia es patológica por su intensidad, su persistencia, su recurrencia y porque no tiene relación con amenazas reales. Pero es necesario distinguir entre diferentes formas de angustia patológica una de ellas es la angustiabilidad habitual como un rasgo de la personalidad y que difiere de la angustia - enfermedad, experimentada por quien la sufre como algo que por su calidad e intensidad consulta nueva para él. En general puede decirse que la

angustia se convierte en un problema médico cuando la persona que la sufre se siente incapaz de contender con ello.

Hay cosas en las cuales la angustia no es aparente, pero su presencia más o menos oculta puede inferirse. La persona angustiable no se siente libre, actúa compulsivamente o bien se inhibe ante ciertas situaciones que temen pueden despertar la angustia, y como consecuencia de esta puede su espontaneidad y autonomía.

Actualmente se tiende a atenuar la distinción entre depresión y angustia. Ciertamente en la clínica la forma de angustia más frecuente es la que se presenta como parte del cuadro sintomático de las depresiones endógenas. En favor de este punto de vista está el hecho de que los desordenes bioquímicos subyacentes son similares a los estados de angustia y en los estados depresivos.

Causas.

Las causas de la angustia patológica son en gran parte desconocidas, y las que se suponen que son no son determinantes. Se ha señalado que las causas son de dos tipos: estados psicológicos y biológicos. Las causas psicológicas pueden tener sus raíces en la infancia, pueden ser conflictos conscientes o inconscientes.

Freud distingue entre angustia como "señal de alarma" y "angustia desencadenada". Considero que sólo esta última es patológica y la explicó como un resultado de la represión de fuerzas instintuales que amenazan irrumpir la conciencia y alterar el equilibrio de la personalidad. Mas tarde cambia este punto de vista y señala que la angustia no es resultado, sino causa de la represión; es reprimido aquello que genera angustia.

Freud postuló que la primera experiencia de angustia que tiene el niño es la angustia de la separación, la que experimenta al quedarse solo, es la oscuridad o con personas extrañas.

Entre otras causas se ha encontrado que juegan un papel importante los componentes hereditarios y el temperamento y la personalidad.

Manejo terapéutico.

El tratamiento de la angustia patológica abarca dos aspectos: psicoterapia y fármacos. El apoyo psicológico es esencial para atenuar el pánico del paciente dándole una explicación racional acerca de su sufrimiento y los tranquilizantes permiten atenuar un estado agudo de angustia que en caso de prolongarse puede resultar intolerable. Ambos son indispensables y complementarios y deben ser aplicados adecuadamente dependiendo de la delicadeza del problema, la cual puede requerir uno o los dos a la vez. El éxito del tratamiento depende de la combinación adecuada de la psicoterapia y los medicamentos¹⁸.

Esta propuesta para trabajar la angustia representa la misma perspectiva de convivir la psicoterapia con la medicamentación. Esto práctico es común hoy día, solo que sus resultados se han suscrito a la creación de adicción o dependencia al medicamento.

La terapia psicológica para la angustia, solo supedita a la demanda y su posible etiología y eso nos da una forma de solución a la problemática, la misma circunstancia se asemeja con el caso de la depresión, que al ser un fenómeno que se ha agudizado en los últimos ochenta años, demanda explicaciones y soluciones de orden funcional y la psiquiatría es la que ha realizado algunas propuestas con fármacos. Hollister L. (1980) ha considerado que el síndrome depresivo tiene a manifestarse de diferentes formas, de ahí la necesidad de conocer la diversidad de sus presentaciones para poder tratarla adecuadamente.

2.7.2. Formas Clínicas De La Depresión Patológica.

Se han identificado varios síntomas que aparecen en mayor o menor grado en todos los pacientes deprimidos: 1) la depresión (pérdida de interés y alegría), 2) ansiedad, 3) tensión, 4) quejas somáticas, 5) culpa y junto con ellas

➤ ¹⁸ DE LA FUENTE RAMÓN (1980) "Angustia Normal y Angustia Patológica", p.13-

aparecen también signos muy frecuentes como la fatiga, el insomnio, la pérdida del apetito, los trastornos gastrointestinales, las cefaleas, los dolores somáticos crónicos y el retardo motor.

La práctica clínica asociada con la depresión la constituye: el uso de ciertas drogas, antihipertensivos, sedantes, tranquilizantes, esteroides, estimulantes, analgésicos. Los padecimientos neurológicos: enfermedad de parkinson, tumores cerebrales, enfermedad cerebral senil, esclerosis múltiples, lesión a la médula espinal. Las alteraciones en las fases del sueño. Desde el punto de vista terapéutico se clasifica la depresión como reaccional, endógena y maniaco-depresivo.

Patogénesis de los trastornos depresivos.

La norepinefrina y la serotonina, ambos sistemas están involucrados en la patogénesis del primer problema epidemiológico de la psiquiatría. El modelo de que la depresión se debe a una disminución de la noradrenalina y que los medicamentos antidepresivos tricíclicos, al bloquear la recaptura de esta amina biogénica, le permiten actuar más tiempo sobre el receptor y por tanto, estimular durante más tiempo a los receptores postsinápticos es obsoleto. El bloqueo en la recaptura efectuada por los medicamentos tricíclicos es rápido, se lleva a cabo en uno o dos días. Si este fuera su mecanismo de acción el ánimo depresivo debería comenzar a despejarse en un par de días. El que suceda en un par de semanas contradice el modelo.

Otro golpe al paradigma reduccionista de la patogénesis de los desórdenes depresivos, lo constituye el hecho de que algunos antidepresivos como la doxepina y el mianserín, efectivos en la clínica no afectan el mecanismo de recaptura.

Un avance en el estudio de la teoría noradrenérgica en los desórdenes afectivos lo constituye la posibilidad de aproximar la cantidad de actividad noradrenérgica en el cerebro a través de la cuantificación de MHPG (3 metoxi, 4 hidroxifenilglucal) en orina.

La noradrenalina tiene muchos metabolitos, pero dado que el 95% de la actividad noradrenérgica en el organismo humano se deriva de la actividad periférica del sistema nervioso autónomo simpático, otros metabolitos carecen de especificidad en cuanto a lo que está pasando en el cerebro. Debido a que del 30 al 80% del MHPG proviene de la noradrenalina cerebral, ha recibido mucha publicidad el hecho de que la distribución de MHPG es bimodal en pacientes deprimidos y que algunos la tienen baja y otros alta. El problema de este modelo radica en el hecho de que se esperaría que las personas sin depresión presentaran niveles intermedios de MHPG y esto no sucede.

Aspectos farmacológicos de los antidepresivos tricíclicos.

La imipramina, la amitriptilina, la desipromina, la nortriptilina, la protriptilina y la doxepina son los medicamentos tricíclicos más utilizados, los cuales son bloqueadores alfa-adrenérgicos y anticolinérgicos. La sedación que produce rivalizó con los barbitúricos, su sedación es inespecífica y se asemeja más a la de los fenotiazinas que a la de los ansiolíticos. Los tricíclicos tienen una actividad central anticolinérgica inespecífica.

Indicaciones terapéuticas de los tricíclicos.

Los medicamentos tricíclicos están indicados en la depresión endógena (con retardo motor y retraimiento emocional). En esta se recomienda dar el medicamento tres horas antes de dormir para aprovechar así sus efectos sedantes. Si el paciente no responde en unas cuatro semanas se deberá verificar que está tomando el medicamento y si el diagnóstico es adecuado.

En caso de que disminuya el estrés puede disminuirse también la dosis que resultó terapéutica, y si el paciente no responde se puede duplicar la dosis. Si presenta una depresión reactiva se pueden considerar tres tratamientos antes de los tricíclicos: ansiolíticos, agentes simpaticomiméticos, y la psicoterapia.

Pero no hay que olvidar que los efectos colaterales de los tricíclicos son extensiones de sus acciones psicofarmacológicas: sedación excesiva, acciones

anticolinérgicas (boca seca, visión borrosa, constipación y empeoramiento de glaucoma), acciones simpaticamiméticas (taquicardia, sudoración, temblor fino) y acciones bloqueadoras beta-adrenérgicas (hipotensión ortostática).

Otros tratamientos.

Los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) están indicados para las depresiones atípicas, no endógenas, con ansiedad prominente, así como síntomas fóbicos y de quejas somáticas. Se ha recurrido también al uso de bajas dosis de anfetaminas en algunos casos de depresión, fundamentalmente en el síndrome llamado "ama de casa". El litio está indicado para el tratamiento de la manía y la prevención de síntomas de la psicosis maniaco-depresiva¹⁹.

Este tratamiento de la depresión tiene su función hoy día, solo que el proceso de producción en el cuerpo de la NEROPINEFRINA y la SEROTININA, cuando se altera o se interrumpen, no solo es el elemento de orden biológico, en nuestros días se acepta que el proceso de construcción subjetiva del individuo constituye a la baja de esas sustancias, lo mismo sucede con el sistema inmunológico²⁰. En ese sentido, el trabajo con los pacientes no solo es con la farmacopea. En el caso de las condiciones que posibilitan un alto índice de estrés, esta propuesta no es muy funcional.

2.7.3. Papel Del Estrés En Los Trastornos Psiquiátricos.

Autores como Kasl S. V. (1981) considera que el papel del trabajo en la vida del trabajador es menos importante de lo que se creía cuando se le

➤ ¹⁹ HOLLISTER, L. (1980) Estudio Monográfico sobre el Diagnóstico y Tratamiento Psicofarmacológico de la Depresión", p. 75-76.

➤ ²⁰ BRAILOWSKY, S., STEIN, G. A. WILL, B. El Cerebro Averiado Plasticidad Cerebral y Recuperación Funcional. México, 1992. Ed. F.C.E. CONACYT, 230 p. ROGERS, M. P. Y OTROS (1981) "La Influencia de la Psique y el Cerebro sobre la Inmunidad y la Susceptibilidad a la Enfermedad: Una Revisión Crítica" En: Salud Pública de México Núm. 2, 1981 p. 66-67. Trabajos como estos y el de RAID DANIEL. Los Tres Tesoros de la Salud. Barcelona, 1994. Ed. URANO, 509 p. consideran que los aspectos emocionales juegan un papel muy importante en el proceso de la salud orgánica y que la depresión y la alegría son factores importantes en la creación y desarrollo de patologías que se pueden identificar con la inmunodepresión.

consideraba como la actividad central de la vida del hombre, pues existen factores de mayor relevancia en el bienestar y la felicidad del sujeto como son la vida familiar y las actividades extralaborales.

En los estudios epidemiológicos se ha hecho necesaria la participación de distintas disciplinas para la determinación eficaz de los factores causales de enfermedades y estrés.

Tales estudios han revelado que la incidencia de suicidios varía de acuerdo a las diferentes profesiones y a las características individuales de la personalidad del sujeto. La definición mas adecuada de estrés es: la capacidad de respuestas, en condiciones en que la imposibilidad para satisfacer las expectativas

tienen consecuencias importantes. Dicha definición hace hincapié en la importancia que tiene la valoración subjetiva del estrés en la percepción individual de las exigencias, de las capacidades y de las consecuencias.

El sistema cardiovascular ha sido el más estudiado en relación a los efectos del estrés en la salud física, y se ha encontrado que el riesgo coronario aumenta en los individuos que no están capacitados para cumplir ciertas exigencias, los que trabajan excesivamente y los que cambian de trabajo constantemente. Los trabajos mejor fundamentados en este campo son aquellos que distinguen entre la personalidad de tipo alfa con un alto riesgo coronario y la de tipo beta.

La conducta de tipo alfa, caracterizada por competitividad, agresividad, impaciencia, alertamiento, rapidez e hiperactividad, puede modificarse por las (relaciones) condiciones de trabajo. Esta interacción es vital en las respuestas del sistema cardiovascular del individuo a las exigencias laborales. La desventaja de estos estudios es que aíslan al hombre de su contexto social y familiar.

Con respecto al área de la salud mental, los estudios han demostrado que los factores asociados a una baja satisfacción laboral y una salud mental deficiente están muy relacionados. Por lo que se sugiere que para poder contribuir al mejoramiento de la salud mental, un trabajo tiene que tener las siguientes características: que represente un reto mental, que no sea físicamente agotador,

que la remuneración sea justa, que las condiciones laborales sean adecuadas, que el trabajo fomente la autoestima y la adquisición de valores²¹.

Sin duda que ese es el ideal y el anhelo de una vida mejor. Pero lo cierto es que la calidad de vida contemporánea es muy deteriorada y conlleva un alto índice de estrés. Las alternativas que se han presentado para su reducción fluctúan en esa coexistencia de la perspectiva psiquiátrica y la psicológica, hay que recordar que la psicología en los años de 1979 apenas iniciaba su expansión en la formación provisional de psicólogos, por esa razón podemos encontrar más literatura con orientación biomédica que psicológica y en esta perspectiva encontramos a Díaz (1981) que propone la relajación desde la perspectiva psicológica, pero apoya en la concepción de que los sistemas musculares liso y estriado, representan una parte importante de la patología psicosomática y emocional.

Los métodos de relajación, al introducir en la terapéutica las nociones de relajamiento y de reposo muscular, se refieren esencialmente a las nociones de tensión ligadas al tono muscular, y se apoyan en definitiva en las capacidades más o menos extensivas del sector tónico tensional que interviene en el funcionamiento del conjunto de la personalidad. El tono muscular es un estado de tensión ligera de los músculos que sostienen la postura y la actividad dinámica, éste se desarrolla desde la infancia hasta la madurez, por un proceso genético en el que intervienen las vicisitudes psicológicas e históricas del individuo, las cuales definen su actitud y determinan sus grandes esquemas de reacciones psicotónicas ulteriores. Esto

-
- ²¹ Kasl, S. V. "Contribuciones Epidemiológicas al Estudio del Stress en el Trabajo", En: Salud Publica de México Núm. 2. 1981p. 62-63. Trabajos ROSCH, J. P. (1981) Stress y Cáncer ¿una enfermedad de Adopción? p. 67-68. son un ejemplo de lo que se señala sobre el aspecto de orden Psicosomático. Considero que el cáncer tiene una relación con el stress en su conformación del proceso neoplásico. Asimismo la tendencia a la melancolía es un factor importante en el proceso del cáncer, mismo que ha aumentado en las llamadas sociedades civilizadas. Resulta ilustrativo de esa búsqueda de soluciones a un problema como el stress y su vinculación con otras patologías.

afirma entonces, que los métodos de relajación permiten ejercer una acción sobre las estructuras psicosomáticas a través del establecimiento de una relación mediatizada por la imagen del cuerpo, utilizando estructuras llamadas regresivas.

1. **La técnica de Schultz.** Se caracteriza por un aprendizaje auto-hipnótico. Consta de dos ciclos: el primero, es el ciclo inferior en el cual la relajación concentrativa se ejerce sucesivamente en seis dominios (los músculos, el sistema vascular, el corazón, la respiración, los órganos abdominales y la cabeza). El entrenamiento tiene como fin la obtención de un estado que se asemeja al hipnótico, que es alcanzado cuando el individuo se desconecta de sus modos de referencia concientes habituales. El segundo, que es el ciclo superior, es el de las representaciones abstractas, las concentraciones profundas. Este exige una práctica prolongada del primer ciclo, de aproximadamente dos años.
2. **El método de Jacobson.** Es un aprendizaje de relajamiento de los diferentes músculos del cuerpo, que se va logrando de manera sistemática a través de la experiencia de las sensaciones de tensión-relajamiento (pasividad-actividad). Esta tiene como fin la obtención del control muscular, la disminución de estados emocionales y de la actividad mental, logrando con ello una relajación psíquica.
3. **El método de "la reducción psicotónica", de J. y de Ajuriaguerra.** Este método introduce la noción de "diálogo tónico". Se apoya en la evidencia de la dialéctica tónico-afectivo que preside todas las actitudes de un sujeto adulto. El estado de tensión del adulto sólo puede ser comprendido en relación a un fondo tónico, o la reacción a los estímulos, a la manera en que las reacciones son sentidas o temidas y a los mecanismos de defensa utilizados. En este método la relajación se utiliza como vía de acceso al inconciente, a una cierta producción fantasmática.

Definición de conceptos.

Se definirán los conceptos comunes a los diferentes métodos de relajación con el fin de poner en evidencia las implicaciones psicológicas y psicoterapéuticas.

1. La concentración pasiva se opone al hecho de no pensar en nada y es la posibilidad de entrar en contacto con el propio mundo interior.
 2. La sugestión tiene como fin guiar al sujeto y permitirle acceder, progresivamente, al ser irracional, emocional y visceral.
 3. El abandono de los contenidos comienza por manifestarse en el terreno tónico y vegetativo, hasta llegar al abandono de los controles psíquicos.
 4. La inmersión introversiva se caracteriza por la vivencia de experiencias sensoriales o sensoriomotrices.
 5. La renovación cenestésica es la experiencia del bienestar corporal que reconcilia al sujeto con su propio cuerpo.
-
6. La relajación terapéutica-paciente es aquella en la que el paciente vive inicialmente una relación regresiva de dependencia, creada por el aprendizaje de la técnica.

Alcances terapéuticos de la relajación.

La relajación o liberación permite movilizar toda la organización psicofísica del ser y poner así en duda su manera de ser frente al mundo; permite liberar los sentimientos bloqueados y representaciones negadas (inconscientes); permite el mejor funcionamiento del organismo. Pero el éxito del tratamiento dependerá de la motivación y la confianza del paciente como de la relación entre terapeuta-paciente.

Cada una de las técnicas mencionadas difieren en sus procedimientos pero no en el objetivo: "permitirle al sujeto a partir de una vivencia personal, movilizar más armoniosamente sus fuerzas con el fin de reencontrarse o descubrirse".

La relajación podría entonces definirse como un objeto mediador que permite acceder a la relación, al diálogo, -no con un cuerpo ausente, sino con un cuerpo presente- con sí mismo y con el propio cuerpo, estando el terapeuta y el sujeto implicados ambos en un contacto profundo muy interiorizado.

La relajación en la patología infantil.

En este caso la terapéutica es más delicada, debido a la evolución psicodinámica constante; pero en función de la misma su eficacia es más rápidamente alcanzada. Precisamente debido a que la madurez del tono muscular, el grado de comprensión, la capacidad de análisis de las sensaciones propioceptivas y la dosis de imaginación varían mucho en relación con el adulto, es necesario disponer de una técnica adaptada a las posibilidades evolutivas del niño tanto en el plano orgánico, mental y emocional.

Pueden citarse dos métodos específicos de relajación: a) el método del movimiento pasivo del Dr. Wintrebert, que se propone obtener por medio de la movilización pasiva de los diferentes segmentos y mediante una repetición lenta y rítmica, un relajamiento muscular global, b) el método de relajación segmentaria y progresiva del Dr. Borges basado en la dialéctica tónico-emocional definido por

Ajuriaguerra. Este método facilita la reconstrucción de las principales etapas de la evolución psicoafectivas del niño cuya resolución es indispensable para alcanzar el equilibrio adulto y lograr un estado de autonomía.

Procesos dinámicos en el tratamiento de la relajación infantil. El elemento esencial de la dinámica, de la relajación es la resolución del tono muscular y otro, es que la relajación se establece a través de la postura y no a través de la acción o del gesto. Es lo que se le llama diálogo tónico.

Con la relajación o resolución del tono muscular se facilita la recepción y la fijación de las impresiones recibidas del exterior, debido esto, a la ausencia de motricidad defensiva y al hecho de que la regresión facilitada por las condiciones de relajación (semioscuridad, ojos cerrados, silencio, gestos y palabras suaves) sensibiliza el cuerpo del niño o los ruidos, al calor, a la calidad del contacto, a la voz; a referencias de las que tal vez se vio privado o que no estuvo en condiciones de recibir en un momento dado de su primera infancia.

Otros dos aspectos igualmente importantes son: a) que el tono muscular permite vivir al niño la experiencia corporalmente sensible, de lo que es esencial

en toda la dinámica de la castración: la experiencia de lo que es separable como el seno en el momento de la alimentación a las materias en el momento de la defecación; b) permite la reconstrucción del esquema corporal, la cual es reforzada por la movilización que efectúa en las distintas partes del cuerpo, dicha movilización tiende a aportar referencias estéticas y la construcción es simbolizada por las palabras que dice el terapeuta al nombrar los segmentos del cuerpo. En la relajación la construcción del esquema corporal no se hace entonces a imagen del cuerpo en movimiento, sino a imagen del cuerpo tocado estático y nombrado.

La imitación y la identificación.

La progresión de las sensaciones se acompaña de inducciones verbales, que consisten en imágenes sugeridas por el terapeuta, las cuales son esenciales porque permiten al niño cambiar la acción por la representación. En la medida en que el tono muscular se halla en vía de resolución, la motricidad no puede manifestarse, entonces la actividad fantasmática del niño guiada por por las imágenes que utiliza el terapeuta viene a remplazar al movimiento: el niño reencuentra en su cuerpo el proyecto de sus acciones. Este proyecto motor reencontrado a nivel del tono muscular puede asimilarse a las primeras fases de la imitación y los procesos de identificación aparecen en la fase más primaria que Wallan describió como imitación "alienante" y Roget como "imitación-representación en actos".

El fenómeno de la transferencia.

Indiscutiblemente el fenómeno de la transferencia esta presente a lo largo del tratamiento, pero no se le interpreta porque anularíamos lo que la relajación tiene de original y afectaría el logro de ésta. La actitud neutral del terapeuta constituye entonces la condición esencial para que el deseo del niño pueda manifestarse libremente. Dentro de esta línea se utiliza en la inducción imágenes invariables que ponen en juego la seducción permitiendo así que el niño pueda encontrar por si mismo sus propias imágenes. En suma, se trata de que el niño logre encontrarse con su propio cuerpo²².

➤ ²² DÍAZ NILDA (1981) "La Relajación: su valor terapéutico" En: Salud Mental Vol. 4 Núm. 4 Invierno de 1981. p. 19-23.

Este procedimiento terapéutico incluye la posibilidad de no ingerir fármacos, se aproxima a la terapia psicológica, pero no procesa la verbalización, trabajo fantasías. Esto significa que la influencia de la explicación biológica está presente en su trabajo y la construcción de alternativas de hacen solo funcionales inmediatistas y eso no constituye el trabajo profiláctico.

2.8. Hacia El Papel Del Psicólogo En El Campo Psiquiátrico

En una perspectiva a futuro se plantea la salud como parte de un proceso que involucra a la infancia y su condición en el hogar, el desarrollo de acciones sociales específicas, que puedan influir directamente sobre la salud mental infantil, ya sea por su capacidad para promoverla o su valor como medios de prevención de su psicopatología, al aspecto educativo en el hogar y los legislativos. Se sabe que a veces eso solo constituye una canasta de buenos deseos porque los padres no tienen dicha salud, así que no se puede esperar que lo hagan bien, el desarrollo del aspecto familiar sano conlleva la salud de los padres, así que la salud emocional de los niños es un aspecto vinculado con el desarrollo del ambiente familiar²³. En esa perspectiva se ha trabajado poco y sus resultados son difíciles de cuantificar, por otra parte la tasa de problemas en las familias no han decrementado. Por eso, resulta ilustrativo que algunos autores se aproximen a la adolescencia buscando las etiologías y sus formas de apoyo, Cabildo (1976) se aproximó a los adolescentes buscando elevar la calidad de vida de estos. González Forteza y otros (1983)²⁴ realizaron un estudio con adolescentes en edad escolar con una población de 608 individuos distribuidos en 310 hombre y 298 mujeres y analizaron los recursos de apoyo familiar y social del adolescente temprano, a fin de identificar a quien acuden los varones y mujeres en busca de ayuda cuando enfrentan problemas con los padres, hermanos, amigos,

➤ ²³ FONCERRADA MIGUEL "La Prevención de Trastornos Emocionales en la Niñez" En: Salud Mental Vol.6 Núm. 2 verano de 1983. p. 11-13.

la imagen corporal y sus inquietudes sexuales. También se exploró la relación entre los recursos de apoyo y el estado emocional de los adolescentes.

En general, los autores encontraron que en las mujeres se observó una marcada preferencia por acudir con la familia cuando tuvieron problemas en cualquiera de las áreas evaluadas siguiendo en importancia el apoyo de las amistades y por último en no buscar ayuda sólo respecto a los problemas por las inquietudes sexuales tendieron a preferir en segundo término el no buscar consejos.

En los varones se observó la preferencia por la familia cuando tuvieron problemas con los padres, hermanos y amigos, y cuando tuvieron problemas con la imagen corporal y las inquietudes sexuales, la mayoría prefirió no buscar ayuda,

segundo lugar con la familia y en menor número con las amistades.

Por otro lado, en ambos sexos el apoyo de la familia fue el más efectivo, ya que en el se presentaron los niveles más bajos de malestar emocional, en todas las áreas de conflictos evaluados. Cabe señalar que en los varones, el acudir con las amistades o no buscar ayuda, tampoco se relacionó con malestar emocional en ninguna de las áreas evaluadas. En cambio las mujeres que no acudieron a la familia cuando tuvieron problemas con el padre, con la madre, con la autoimagen corporal y con las inquietudes sexuales, tuvieron puntajes de sintomatología depresiva significativamente mayores.

Llevar a la siguiente conclusión, con este panorama, es claro que en nuestra "psicología del mexicano", la dinámica de la familia influye directamente en todos sus integrantes. Para que el adolescente varón y mujer puedan establecer una identidad psicosocial sólida y madura, el punto de partida es contribuir a que sientan confianza y afectividad en las relaciones familiares. Desde este punto de vista para contribuir con elementos de prevención y educación para la salud, el

➤ ²⁴ GONZÁLEZ FORTEZA CATALINA, Salgado de Snyder, N. Andrade Palos, P. (1983) "Fuentes de Conflicto, Recursos de Apoyo y Estado Emocional en Adolescentes" en *Salud Mental* Vol. 16 Núm. 3 septiembre de 1993. p. 16-21.

proceso de socialización es una variable de estudio clave en la determinación de los contenidos psicosociales que dan significado al género masculino y femenino desde el seno familiar.

Lo anterior no involucra la atención, solo pone de relieve el proceso de conocimiento de la población. Los trabajos de este tipo solo puntualizan la problemática, no derivan en la elaboración de estrategias de intervención con la población.

Sin embargo, sucede lo contrario cuando los individuos se encuentran en la condición de demanda; un estudio realizado por De la Parra Coria y otros (1983) consideran que pese al extraordinario progreso en la construcción de hospitales en México, la situación de los pacientes sigue siendo insatisfactoria debido por un lado a que no se cuenta con los recursos necesarios para continuar los tratamientos, ni con los recursos financieros que generan fallas en el mantenimiento y deterioro de las instalaciones y por otro lado un problema aún

más grave es que la atención del paciente se inicia habitualmente cuando la magnitud de la sintomatología es tal que la hospitalización es obligatoria. Todo lo cual tiene repercusiones principalmente en los pacientes. Actualmente se visualiza que esta problemática no ha podido ser superada dentro de las instituciones psiquiátricas.

Por lo cual, investigó: a) determinar la frecuencia relativa de los diferentes trastornos mentales en la población y su distribución por sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad y ocupación, b) conocer las características demográficas de salud psicológicas sociales de la población, c) determinar la posibilidad de rehabilitación de los pacientes e identificar aquellos que sean susceptibles de ser manejados fuera de la institución, d) determinar el nivel de severidad de los síntomas y relacionarlo con el diagnóstico señalado, e) identificar el tratamiento que reciben los pacientes.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario precodificado y el estado mental del paciente se valoró a través de la escala breve de apreciación (temática) psiquiátrica.

Para la selección de la muestra se eligieron nueve unidades de la Dirección General de Salud Mental que albergan a enfermos psiquiátricos. Se entrevistaron a todos los pacientes de cada hospital y en un punto cronológico determinado. La recolección de datos duro aproximadamente cinco meses y se sometieron los cuestionarios a un programa de limpieza para verificar la congruencia y coherencia de los datos, se calcularon las distribuciones de frecuencia y se empleo la prueba X² para determinar diferencias significativas. Los resultados obtenidos fueron:

- 1) **Con respecto a las características demográficas de la población.** La población registrada al inicio fue de 2.482 pacientes de los cuales se logro entrevistar a 2.141 (86%) distribuidos en los nueve hospitales. 51% son mujeres y 49% son hombres. Existe un porcentaje mayor de población joven menor de 25 años en el sexo masculino (20%) a diferencia del femenino (11%). El 40% proceden del medio rural, el 37% nacieron en el medio

urbano. La mayoría de ellos son solteros (74%), y 7% están casados, el 4% son separados o divorciados. En cuanto al nivel económico el 58% proviene de un nivel bajo, el 15% de un nivel medio y una mínima parte del nivel alto (0.3%). En relación con la escolaridad se encontró que el 46% de la población es analfabeta y solo el 50% sabe leer y escribir. En cuanto a la ocupación casi la mitad de la población no ha desempeñado oficio alguno (46%), el 11% esta dedicado a actividades no remuneradas como sería el trabajo desempeñado por las amas de casa; 9.5% han sido empleadas domésticas y el 6.5% desempeñaron trabajos de obreros especializados o de construcción. En el caso de las mujeres, el 50% ha carecido de oficio, el 22% ha practicado labores domésticas, el 19% fueron empleadas de casa. En los hombres el 40% no cuentan con oficio, el 24% fueron empleados de almacenes, oficinas, etc., el 21% destacó en labores

agropecuarias y de jardín. Se encontró que la mayoría de los pacientes provienen de familias desintegradas (56%), solo el 27% proviene de familias integradas.

- 2) **Con respecto a las características de la salud de la población.** El 49% tiene una alimentación regular, y el 14% tiene una alimentación mala. El 19% padece invalidez que le impide participar en actividades, el 14% tiene invalidez parcial, y el 5% tiene una invalidez total. Se encontró que el 5% de los pacientes son mudos, el 3% paralíticos, 2% ciegos y 2% sordos. Un 8% padece de invalidez no especificada. Gran parte de los pacientes padecían síntomas en aparatos y sistemas: sistema nervioso central (18%), órganos y sentidos (16%), piel (15%), aparato musculoesquelético (14%), respiratorio (6%), sistema radiovascular (5%), aparato genital (4%), anomalías cerebrales (16%).
- 3) **La capacidad de comunicación.** Se encontró que el 49% responde satisfactoriamente a los estímulos sociales, el 46% entabla relaciones ocasionales con otros miembros del hospital o familiares, el 29% nunca se le ve acompañado y evita relacionarse con los demás, el 23% es incapaz de

buscar compañía. En cuanto a la participación de actividades dentro del hospital, el 56% se niega a participar, el 39% las realiza frecuentemente y el

1% las realiza sólo si se le estimula de ello.

- 4) **Emisión del diagnóstico.** La más predominante fue la esquizofrenia (34%), epilepsia (34%), retardo mental (21%), psicosis orgánica (12%), demencia (3%) y farmacodependencia y el alcoholismo (2%). En relación del diagnóstico con el sexo de los pacientes se encontró que la esquizofrenia, la demencia y la epilepsia se presentaron más en las mujeres y la deficiencia mental, la psicosis orgánica y la farmacodependencia resultaron ser más frecuentes en los hombres. En relación con la edad en los menores de 18 años hasta los 24 años fueron

más frecuentes la epilepsia y el retardo mental. En las personas de 25 a 34 años destaca la epilepsia y la esquizofrenia; las personas mayores de 35 años presentan más la esquizofrenia. En cuanto al motivo de internamiento se encontró que la mayoría tuvo una recaída en el padecimiento (35%) debido al abandono del tratamiento. Otro motivo fue la incapacidad para valerse por si mismo (21%) y el 6% de los pacientes fue internado debido a su franca agresividad para con los demás.

- 5) **Tratamiento.** El 45% ingiere neurolépticos, el 25% anticonvulsionantes barbitúricos y no barbitúricos, el 16% ingieren ansiolíticos y el resto otros medicamentos. Los programas terapéuticos mas empleados son el de tipo recreativo (48%), ocupacional (47%), la psicoterapia individual y grupal tiene un mínimo de aplicación (3 y 2%).
- 6) **Rehabilitación.** Se encontró que el 20% de los casos puede ser dado de alta y manejado en consulta externa, el 66% debe permanecer internado debido a su incompetencia social, el 68% de los pacientes son susceptibles de ser incorporados o algún programa ocupacional de rehabilitación.
- 7) **Sintomatología.** Los variables que resultaron más elevados fueron los de alteraciones de la memoria, demencia, desorientación, pobreza emocional, aplanamiento afectivo, alteraciones de la atención, y desorganización

conceptual. Las variables menos significativas fueron: preocupaciones somáticas y sentimientos de grandeza y culpa. La sintomatología en general

tuvo mayor intensidad en la población femenina que en la masculina.

El autor concluye que los resultados aportados de la investigación conducen a la necesidad de plantear alternativas para la solución de los problemas que involucran a la población hospitalizada. Estas medidas deberán centrarse en el individuo, dirigidas al mejoramiento personal de la patología de los pacientes y simultáneamente toman medidas encaminadas al mejoramiento de las

condiciones sociales e institucionales hacia una planificación de la salud mental en México.

Para la realización de toda esta labor se requiere poner en práctica las medidas preventivas en sus tres niveles (primario, secundario y terciario) para el beneficio del paciente y la población en general. Por lo que es de vital importancia la estrecha vinculación de toda institución psiquiátrica con la comunidad²⁵.

La propuesta se suscribe a ese lado de la construcción de alternativas en la institución donde el aspecto psicológico se diluye en la crítica de lo no realizado y eso es justamente la perspectiva que queremos ver en las instituciones: la participación del profesional de la psicología. Su historia es parte sustancial para la comprensión de su estado actual que es ese proceso que sucedió con la psicología clínica, que se vincula con la institucionalización; un poco de sus antecedentes en la enseñanza nos puede dar algunas razones.

Antes del año de 1937 la enseñanza de la psicología en México no constituía un curriculum profesional, se enseñaba solamente como asignatura dentro del programa de otros estudios profesionales (filosofía, educación, medicina, derecho).

En el año de 1937 se crearon en la facultad de filosofía y letras los estudios formales en psicología, cuya obra fue de Ezequiel A. Chávez, y se escalonaba en tres cursos anuales de disciplinas psicológicas para la obtención de la maestría.

Para el año de 1945 entra en vigor el nuevo plan de estudios elaborado por Fernando Ocaranza, creándose un Departamento Autónomo de Psicología; este plan comprendía tres años de estudios. Posteriormente en 1949 se formaliza un plan de estudios más completo bajo la dirección de Raúl González Enrique, que incluía Historia de la Psicología, Fisiología, Psicología General, Psicología Social, Psicología Infantil, Psicopedagogía, Psicología Experimental, etc. Cada materia se cursaba durante dos semestres; existiendo cinco asignaturas optativas (filosofía,

➤ ²⁵ DE LA PARRA CORIA, A. Escobar Hoffman, O. Rubio Corona, S. (1983) "Características Psicosociales de Pacientes Crónicos Hospitalizados" en Salud Pública de México. Vol. 25, Núm. 2 marzo-abril de 1983. p. 161-172.

sociales, antropología, medicina, pedagogía). La experiencia obtenida con este nuevo plan determina la creación, en 1959, de otras tres asignaturas: psicoterapia, psicología de la personalidad y psicosexología, y dos seminarios: psicología clínica y caracterología. A partir de esa época, poco a poco la psicología clínica fue ganando terreno gracias al apoyo de diversas instituciones dentro de las cuales se le fue dando importancia a las aportaciones tan valiosas de la psicología clínica. Entre ellas destaca el Tribunal de Menores, quien poseía un departamento de psicología atendido por psiquiatras y psicólogos; estos practicaban un estudio psicológico al 80% de los menores que ingresaban, para ello aplicaban diversas pruebas psicométricas y proyectivas. Otro de los servicios era el de la Maternidad Avila Camacho, donde había un servicio integrado por un psiquiatra, un psicólogo, un neurólogo, un psicómetra y una trabajadora social. Los niños enviados al servicio eran examinados con pruebas psicológicas como la de Gessell, Terman-Merril, Roischaeh, etc., y con terapias de juego.

En la organización del hospital neuropsiquiátrico. La Castañeda también se le daba gran importancia a la psicología clínica. Aquí el psicólogo no solamente trabajaba con el psicodiagnóstico, también participaba en el tratamiento de los enfermos mentales.

Todos estos avances prácticos de la psicología clínica han sido posibles en términos de la fundamentación teórica obtenida a través de la enseñanza de numerosos maestros como el Dr. Oswaldo Robles, el Dr. Guillermo Dávila García, y el Dr. Starke Hathaway, quienes pueden considerarse como pilares fundamentales de la Psicología Clínica en México.

El Dr. Oswaldo Robles, fue uno de los primeros en tratar de definir, el objetivo, la limitación y el camino de la psicología clínica. En este trabajo define y discute el concepto de ella señalando las formulaciones realizadas por Willy Helepach, psicólogo de la Universidad de Herdelber Robles consideraba la psicología clínica como una psicología social puesta que implica el estado de la modalidad de relación interhumana o interpersonal. Señala además que el término clínico proviene del método clínico, es decir del conjunto de procedimientos que acercar al psicólogo a la personalidad individual, y por otro lado indicaba que no se

le debería dar valor primario a los métodos cuantitativos ni a los rigurosamente experimentales; decía que la delimitación del objeto de la psicología clínica no era un programa pragmático sino epistemológico.

El Dr. Guillermo Dávila García señala que la psicología clínica es una psicología comprensiva de lo individual auténtica psicología humanista que no precede haciendo al esquema de la realidad humana, ni manipulando, sino que procede inspirándose en el principio de la totalidad racional de un ser humano completo y concreto por así decirlo, en una situación o compromiso. La psicología para Dávila no es sólo el estudio del comportamiento individualizado, sino más bien el estudio del sentido o designio de este comportamiento. Enfatiza también que la psicología clínica debe utilizar las técnicas de la psicología experimental, el psicólogo clínico debe utilizar diversos instrumentos, dicha utilización requiere de la atención, de la aplicación y de la interpretación de acuerdo con el criterio clínico que es el criterio de totalidad psicodinámica.

Starke Hathaway enfatizó que el propósito del psicólogo clínico, no es solamente publicar y aceptar investigaciones, sino ayudar a la gente²⁶.

Núñez (1984) nos da una semblanza de la psicología clínica y esos pioneros que crearon la tradición del servicio en la sociedad mexicana. Antecedente importante, en el campo de la creación de un servicio que contemple el aspecto humano y no solo de la investigación.

El servicio de psicología en las instituciones a pesar de ser una demanda ha enfrentado la barrera de la disputa profesional con el psiquiatra, mismo que ha estigmatizado o minimizado la función del trabajo psicológico, esta peculiaridad, le da un lugar que no se ha consolidado en los hospitales e instituciones públicos. Así lo considera Valencia, (1991) Al hacer una reflexión derivada de su investigación, que considera la historia del hospital mental podría resumirse en las siguientes etapas: a) Cuevas -leprosarios. Aquí el enfermo mental era separado de la sociedad y colocado en lugares específicos conocidos como leprosarios donde se quedaban hasta el final de sus días junto con leprosos,

➤ ²⁶ NUÑEZ RAFAEL (1984) "Implicaciones Históricas de la Psicología Clínica en México" en *Revista Mexicana de psicología*. Vol. I, #2 julio-dic. 1984, p. 89-94.

tuberculosos, etc. Se desconocía por completo la enfermedad mental, por ello la gente tenía miedo al contagio, y los enfermos eran entonces segregados en sitios lejanos de la comunidad. b) Creación de asilos y manicomios. Estos se crearon para recluir a los enfermos mentales, los cuales eran considerados como bestias dementes que sólo podían ser controlados con cadenas y disciplinados con castigos físicos. Así surgió un sistema manicomial teniendo a los pacientes almacenados, masificados, con castigos, camisas de fuerzas, encadenados, sin recibir tratamiento provocando el síndrome del institucionalismo. c) Establecimientos sanitarios y hospitalarios. En 1993 Pinel se encarga de suprimir las medidas coercitivas y punitivas existentes en ese entonces; él consideraba a los enfermos mentales como personas que merecían un trato más humano, con el cual sería posible su recuperación.

De esta forma inicia el tratamiento moral caracterizado por una combinación de amabilidad, firmeza y coerción. En los hospitales mentales de esa época prevalecía un ambiente custodial donde se aplicaban tratamientos físicos, la terapia electroconvulsiva, gasoterapia, labotomias y se empezaron a utilizar los medicamentos los cuales al demostrar su utilidad terapéutica provocaron la desinstitucionalización del paciente, es decir que los pacientes eran dados de alta para vivir en la comunidad, lo que a su vez lleva a la creación de otras alternativas de tratamientos para pacientes externos y para los que se encontraban en la comunidad, por ejemplo; la comunidad terapéutica, la casa de medio camino, la

casa grupal, la familia sustituta, etc. Dentro de esta etapa la enfermedad era considerada únicamente de origen biológico. No se aplicaban tratamientos psicológicos ni sociales, d) hospital como instrumento terapéutico. Con la creación de nuevas técnicas el modelo custodial ha sido constituido por el modelo terapéutico, en el cual se da importancia a los factores psicosociales. El modelo terapéutico busca conjugar el origen de la enfermedad mental desde el punto de vista orgánico, personal, psicológicos, ambiental, social, etc., de manera que el énfasis en el tratamiento se fundamenta en estos factores. Algunos aspectos importantes del hospital mental como instrumento terapéutico son: la relación

clínica paciente, la adherencia terapéutica, la aplicación de técnicas psicosociales el ambiente terapéutico, la reinserción social del paciente a la comunidad y la investigación de la utilidad de diversas técnicas terapéuticas, e) posición clave en la comunidad. Actualmente en hospital se encuentra vinculado con la sociedad en busca de la aceptación e integración del enfermo mental, teniendo como objetivo el funcionamiento comunitario del paciente.

Bajo esta perspectiva, el modelo terapéutico es considerado como fundamental para la rehabilitación del paciente.

El propósito de la investigación de este autor se centra en: 1) realizar un análisis del hospital mental como instrumento terapéutico para lo cual se presenta un modelo psicoterapéutico llevado a cabo en un hospital para pacientes mentales ubicado al sur de México, D. F. y 2) transmitir la experiencia profesional y hacer algunas consideraciones respecto al rol del psicólogo en la práctica clínica institucional.

Lo primero que se hizo fue detectar que las condiciones del hospital fueron propicias para la aplicación del modelo terapéutico. Las características del hospital fueron las siguientes: prevalecía el sistema custodial y el modelo médico psiquiátrico tradicional caracterizado por considerar al trastorno mental únicamente de origen biológico y por concervancia se aplicaba medicamentos para la curación del paciente. Una vez analizado las conclusiones del lugar se procedió a la aplicación del modelo terapéutico utilizando el enfoque psicosocial que tenía como

objetivo que los pacientes desempeñaran satisfactoriamente sus roles psicosociales: personales, familiares, ocupacionales, sociales, de autocuidado, etc., tanto en el hospital como en la comunidad después de su alta.

La hipótesis de trabajo que se planteó, consistió en considerar que si los pacientes que participan en el modelo terapéutico presentaban considerables mejorías a nivel de sintomatología y funcionamiento psicosocial, por lo tanto se podría concluir que el hospital mental tendría utilidad como instrumento terapéutico.

Se utilizó un diseño coasiexperimental conformando dos grupos de pacientes; experimenta y control, de quienes se evaluó la sintomatología y el funcionamiento psicosocial en tres momentos; ingreso, egreso y seguimiento. Se asignó un total de 35 pacientes a cada grupo, utilizando como una variable constante para ambos grupos el tratamiento psiquiátrico tradicional del hospital.

Como instrumentos de investigación se utilizó la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica, que evalúa la sintomatología del paciente, y la Escala de Valoración Global de Spitzer Gibban y Edicalt (1976) la cual cuida el funcionamiento psicosocial del paciente.

Se encontró que los pacientes que participaron en el modelo psicosocial (grupo experimental) lograron mayores mejorías que los pacientes del grupo control en sintomatología y funcionamiento psicosocial en el hospital así como en la comunidad durante el seguimiento de seis meses. Los pacientes del grupo control que recibieron únicamente el tratamiento usual del hospital, es decir, los medicamentos tuvieron logros mínimos, que indican serios problemas en sintomatología y en su funcionamiento psicosocial, por ejemplo: pocos amigos, aplanamiento afectivo, dificultades familiares, ocupacionales, etc.

Considerando que el modelo de investigación se llevó a cabo en un hospital mental con características de custodia, se puede concluir que la utilización de un modelo terapéutico puede servir para que un hospital mental sirva como instrumento terapéutico en beneficio de los pacientes. Pero no hay que olvidar que para que esto se logre es necesario que se tomen en cuenta los factores psicosociales como parte necesaria e importante en la evaluación, tratamiento y seguimiento del paciente; y por otro lado que se detecte que el sistema del hospital sea efectivo para propiciar el cambio, es decir debe dejar de imperar el sistema custodial y tratar de crear las condiciones que ofrezcan realmente el cambio terapéutico, lo que supone un cambio positivo de actitud de todas aquellas que están involucradas dentro de este campo.

Finalmente un aspecto muy importante que se reflejó a través de la aplicación del modelo terapéutico es la participación del psicólogo. El modelo terapéutico rompe el esquema de la participación limitada de éste y hace ver que

su rol puede abarcar tres grandes perspectivas: asistencia, docencia, e investigación, que son tres diferentes campos en los cuales el psicólogo tiene mucho por hacer²⁷. Sin duda, el psicólogo y su trabajo en las instituciones enfrentan el reto de ganarse los espacios y de construir nuevas formas de integrarse en el servicio con los pacientes. La investigación es un campo muy importante para la psicología, es desde ella que se podrán encontrar nuevas opciones de participación e interpretación de la condición del ser humano. Lara (1991)²⁸ en un estudio de masculinidad, feminidad y salud mental, encontró que la presencia de aspectos deseables de los roles de género o andrógino son importantes en la salud mental, en tanto que se relacionen con menor grado de depresión y de neurotismo. Esto abre algunas perspectivas de interpretación de la conducta humana y pone en la discusión la función social del género. Para la psicología es fundamental la apertura a nuevos campos del saber de otras ciencias para evitar la marginalidad. En ese sentido las discusiones sobre la salud y la enfermedad, son aspectos vitales para ser trabajados y discutidos de acuerdo a los tiempos y los espacios sociales, podemos considerar que la salud y la enfermedad son un proceso social que esta determinado en gran medida por la estructura, económica, familiar, social, escolar y de trabajo. El estudio de las relaciones entre

los distintos componentes de dicha estructura puede proporcionar una explicación referente al proceso de salud-enfermedad. Durante los últimos años se ha venido realizando innumerables investigaciones sobre la salud en las áreas biomédica, clínica y sociomédica. Se le esta dando prioridad a ésta debido al gran aumento de enfermedades en México, principalmente porque son en los niños, en quienes repercute todos los problemas sociales y económicos, por lo que hay un gran número de morbilidad y mortalidad infantil. Sin embargo, los estudios e investigaciones realizadas al respecto solo se han enfocado en aspectos médicos,

➤ ²⁷ VALENCIA, C. MARCELO (1991) "El Hospital Mental como Instrumento Terapéutico: El Rol del Psicólogo en la práctica clínica" En: *Revista mexicana de Psicología* Vol. 8 Núms. 1 y 2 1991. p. 99-106.

➤ ²⁸ LARA M. ASUNCIÓN (1991) "Masculinidad, Feminidad y Salud Mental. Importancia de las características no deseable de los Roles de Género" en *Salud mental* Vol. 14 Núm. 1 Marzo de 1991. p.12-18.

restándole importancia a los aspectos sociales y psicológicos del niño, y pasan por alto también el conocimiento y la comprensión que de la salud y la enfermedad tienen los niños sanos y enfermos.

Una de las alternativas de la investigación es demostrar que la salud y la enfermedad son fenómenos colectivos, producto de una interrelación con los demás procesos sociales, de ahí que ésta problemática este relacionada con los procesos psicológicos, de adquisición del conocimiento social desde perspectivas individuales y grupales. Por ello la intervención de la psicología es relevante en el campo de la salud. El desarrollo de la psicología en esta área comienza en los años 60, estos marcar el principio de una serie de investigaciones sobre los aspectos cognitivos de la representación infantil de la enfermedad, utilizando diferentes metodologías y orientaciones teóricas. Los estudios recientes han analizado las conceptualizaciones infantiles sobre la enfermedad con una aproximación cognoscitiva-evolutiva, y se ha establecido el grado de comprensión de la enfermedad en relación con los niveles cognoscitivos y culturales de los niños estudiados de distintas edades. La importancia de tales estudios radica en el hecho de que la concepción que se tiene de la enfermedad interviene decisivamente en el desarrollo psicológico del niño, y por otro lado, tiene relevancia en la practica clínica y en la pedogía en relación con los contenidos del programa y la educación para la salud.

El propósito de la investigación fue conocer la noción que tienen los niños de segundo grado de primaria sobre el proceso salud enfermedad, con la idea de esclarecer algunos aspectos sobre el desarrollo cognitivo en general, el

desarrollo de nociones sociales en particular y avanzar en el conocimiento sobre el proceso social que involucran a los fenómenos de salud y enfermedad en la infancia.

El trabajo se lleva acabo en una población de 24 niños de segundo grado, 12 mujeres y 12 varones, los cuales asistían a una escuela primaria oficial, ubicada en la Delegación Iztapalapa, de la ciudad de México. Las edades fluctúan entre los ocho y nueve años. Cabe señalar que unas niñas fueron de la clase baja

(padres obreros y familia numerosa) y otros de la clase media (padres profesionales o empleados y familia pequeña).

Se entrevistó a las niñas individualmente y se registró el diálogo establecido lo que se les preguntó fue: ¿qué piensas que es la enfermedad?, ¿qué enfermedades conoces, ¿de qué se enferman los niños y los adultos?, ¿sabes lo que es una epidemia?, ¿por qué crees que una se enferma o aparece la enfermedad?, ¿cómo se puede curar la persona que esta enferma?, ¿qué te dicen que debes hacer cuando te enfermas?, ¿qué usamos para que desaparezcan las enfermedades?, ¿qué opinas que son las vacunas y para qué sirven?, ¿quienes van al hospital?, ¿a dónde vamos cuando estamos enfermos?.

Los datos obtenidos fueron: a) Se encontró que la mayoría de las niñas definen la enfermedad como ejemplo de enfermedades específicas, sólo un número reducido mencionó los signos externos visibles de la enfermedad, b) las niñas consideran como causa de la enfermedad diversas condiciones o situaciones, solo unas pocas consideran el contagio como una causa, c) sobre los aspectos curativos de la enfermedad se observó que la mayoría hacen referencia a los medicamentos, y remedios caseros, d) sobre lo que son las vacunas se apreció que las niñas las describen fundamentalmente con ejemplos o hablan sobre su utilidad, pero no saben en sí como funcionan, e) en cuanto a los hospitales, saben que son lugares para los enfermos o personas que necesitan atención médica, f) considera que ante la enfermedad se recurre a instituciones médicas específicas, la mayoría de los niños piensa que primero hay que acudir al hospital y no acudir primero al médico, g) no saben el significado del concepto de epidemia.

Estas distintas explicaciones ponen de manifiesto un conocimiento en desarrollo por parte de los niños en donde se puede apreciar argumentos relativamente estáticos o muy concretos y el inicio de un proceso en el cual intervienen distintos aspectos.

Para las niñas la enfermedad es una situación global en la que coincide espacial o temporalmente un hecho, persona u objeto. Algunos sujetos empiezan a considerar la acción de agentes causales sólo para ciertos aspectos y no para

otros que en general no son capaces de explicar. Así mismo sólo hacen alusión a situaciones conocidas directamente por ellos y nunca a situaciones distantes; no se refieren a procesos internos o aspectos hereditarios o congénitos que pudieran influir en el origen de la enfermedad o en su desaparición.

La explicación de tales respuestas esta relacionada con el nivel cognitivo alcanzado; unos niños se encuentran en la etapa preoperacional y otros en la operacional.

Este estudio es importante por la utilidad que los profesionales le puedan dar a los tratamientos y la interacción con los grupos médicos sólo será eficaz si los pacientes, en este caso los niños, comprenden lo que les ocurre y los adultos comprenden el pensamiento del niño²⁹.

Esta aproximación de los psicólogos a la concepción infantil, deriva en la construcción de alternativas en la prevención. Pero lo cierto es que el proceso de salud enfermedad no puede suscribirse a una trilogía de agente, huésped, y medio ambiente, las relaciones humanas se han hecho tan complejas que no se pueden simplificar o entrar al terreno del reduccionismo. Es patético saber que las instituciones públicas en el campo de la salud no han incluido a los profesionales de la psicología, aún cuando sabemos que los problemas de orden psicológico están en incremento hoy día y que el desarrollo de la farmacodependencia es un problema social en el presente, el desarrollo de yatrogenias son causa de muerte y muchas de esas formas de medicamentación pueden tener un origen somático o

psicológico, afortunadamente la apertura de espacios corresponde a la cabida del trabajo que desempeña el profesional de la psicología. Este panorama general de la psiquiatría y la psicología nos permite adentrarnos en lo que serían las formas de como se instituyen los servicios psicológicos por parte del Estado Mexicano.

2.9. Conclusiones Y Comentarios.

El avance en el conocimiento de las bases biológicas de la conducta y los progresos terapéuticos, han fortalecido las ligas de la psiquiatría con la medicina. Pero lo más importante es que a partir de los avances tecnológicos, biológicos, médicos, terapéuticos, etc., también se han logrado avances o mejorías en cuanto al trato humano de los enfermos. Ahora el panorama es muy distinto al del siglo pasado, pues el enfermo mental ya no se considera un demonio, una bestia, un ser peligroso, sino simplemente se le considera como un ser humano tan digno y capaz como cualquier otro; hecho significativo es el traslado del individuo a la familia y a la comunidad.

Ahora la psiquiatría se encuentra muy ligada con la sociedad a la cual anteriormente no se le daba importancia. Hoy en día se tiende a estudiar los problemas de los enfermos mentales y desordenes de la conducta en su contexto social y se pone énfasis en la prevención y el manejo oportuno de la crisis y el tratamiento de los enfermos en el seno de la familia para su integración a la comunidad. El enfermo está bajo un cuidado y un trato humano para lograr su rehabilitación e integración personal y social (De la Fuente y Col, 1978).

Los hospitales modernos están en constante interacción con las ideas, con los sistemas e intereses de la sociedad, ya que solamente así es posible un progreso dentro del campo psiquiátrico. Pero también la sociedad se beneficia porque la vinculación no se da sólo en el aspecto médico, sino también en el social, lo cual permite una mayor comprensión del proceso de la enfermedad mental y por consiguiente la rehabilitación óptima del paciente (Tejada Ruiz1967).

Esta muestra de los avances en la psiquiatría nos permite reflexionar sobre la condición de los servicios y su problemática desde la perspectiva de tipo epistemológico y funcional en las instituciones. Autores como Cabildo Arellano (1967) considera que la salud mental es un tema que demanda la realización de diferentes alternativas para lograr una óptima condición física y humana del enfermo mental. De allí la importancia de poner mayor énfasis en el carácter

➤ ²⁹ DIEZ MARTINEZ DAY EVELYN y Mexica Rivera Ma. de los Santos.(1992) "Conceptualizaciones Infantiles sobre el proceso de Salud y Enfermedad" en *Salud Mental* vol. 15 Núm. 2, junio de 1992. p. 37-43.

preventivo y en la necesidad de estudiar la epidemiología de los trastornos psíquicos, para que se logre una adecuada intervención en el aspecto de la planeación de los servicios de asistencia psiquiátrica y la prevención específica de los elementos causales encontrados. Casas Rivera R. (1994)

Desde mucho tiempo atrás hasta la fecha queda claro que existe una interacción entre lo biológico y psicológico en un doble sentido, ambos se influyen mutuamente, es decir, así como lo psíquico puede provocar alteraciones del organismo, igualmente las alteraciones en este pueden provocar trastornos en las funciones psíquicas. Hoy en día resulta prácticamente imposible separar plenamente los fenómenos psíquicos de los biológicos. La complejidad de tal estudio, debido a su naturaleza no ha hecho posible el conocimiento exacto de esta problemática universal, la cual dificulta la elaboración de conceptos operacionales y por tanto la posibilidad de realizar estudios epidemiológicos exactos. Por estas razones y por el escaso desarrollo de trabajos en nuestro medio, las cifras que se señalan representan estimaciones no exentas de subjetividad.

El trabajo en salud mental dentro del campo de la asistencia pública no puede hacerse desde un único modelo epistemológico y la solución mejor o menos mala para cada caso, tiene que venir forzosamente del eclecticismo en el empleo de las diferentes técnicas disponibles, tanto si estas son utilizadas por uno o varios profesionales, con el mismo paciente en diferentes momentos evolutivos, o con diferentes pacientes según indicaciones terapéuticas individualizadas. Cualquiera de los modelos abordados, no son más que aspectos parciales o formas diferentes de enfocar una realidad única, que es a la vez biológico, conductual, interpersonal y social; sería inconcebible la existencia de la conducta o del mundo intrapsíquico sin un sustrato biológico.

Así mismo es impensable la existencia de relaciones interpersonales, sin que cada uno de los implicados, tenga su propio mundo intrapsíquico. Nuestra integración en el ámbito social, se hace previa pertenencia al grupo familiar, laboral, escolar, vecinal, etc. Cualquiera de estos niveles no son excluyentes ni antagónicos entre sí, sino complementarios. Sin embargo el fenómeno humano,

ha sido difícilmente comprensible, y quienes han dicho entender lo han pretendido abordar desde un sólo ángulo, desde un sólo nivel, desde una sola teoría, cayendo muchas veces en un burdo reduccionismo (casas Rivera, 1994). Tal parece que la concepción no atomizada de la enfermedad abre otras formas de solucionar los problemas psiquiátricos.

Baste conocer el proceso de construcción de una sociedad para poder enfrentar la cantidad de relaciones que vive el enfermo mental, así que el concepto de rehabilitación puede ser de significados diversos. Los factores que propician esta situación son la pérdida de contacto con el mundo externo, la inactividad forzosa, el personal autoritario, la pérdida de las pertenencias personales, el exceso de psicofármacos y la ausencia de perspectivas futuras. En este ambiente las posibilidades de rehabilitación disminuyen considerablemente. Los especialistas de la salud mental tienen que adherirse al concepto de que la enfermedad mental es solo un episodio de la vida, más que el destino manifiesto de una persona. Sin embargo, la tarea no solo corresponde a los especialistas, sino también a los familiares de cada paciente.

Cabe hacer mención de que con las investigaciones socio médicas. Se empieza a objetivar la contribución de los factores externos que se generan en la vida colectiva, en la iniciación, la evolución y el desenlace de estos desordenes. Tales como los realizados por la Dirección General de Salud Mental y de otras instituciones. Se han diseñado e implementado programas piloto para el tratamiento y rehabilitación de pacientes fármaco dependientes, alcohólicos y enfermos mentales.

La enfermedad mental existe y se manifiesta de diversas formas, por tal complejidad el campo de la medicina aún no ha alcanzado el grado de precisión que poseen otras especialidades médicas. Por ello los factores sociales, culturales y económicos son de gran importancia porque determinan la actitud de los individuos hacia el enfermo mental y los distintos métodos de tratamiento y rehabilitación de los pacientes. El hacer énfasis en estos aspectos constituye un aspecto enriquecedor del modelo científico para el tratamiento de la enfermedad mental. Pero para hablar de un progreso no basta poseer enriquecedores

conocimientos teóricos, hace falta la participación activa tanto del Estado como de la comunidad, no solamente hablando en cuestiones económicas y recursos físicos, sino especialmente en cuestiones esencialmente humanitarias.

Pero lo cierto es que los problemas de salud mental aumentan y se propagan como una pandemia de este fin de siglo, basta ver los estadísticas de los últimos años y encontramos índices de suicidios y de indigentes que van de 120 por más a 800 por año, sin duda son cifras alarmantes; la reflexión se ha realizado en el terreno de la recomendación y no en el de la prevención, por lo que muchos de esos problemas persisten.

Los avances de la psicología en México en este fin de siglo, han representado el planteamiento de búsqueda de alternativas en el campo institucionalizado y de servicio, podemos encontrar un proceso creciente en la formación de recursos humanos en la sociedad mexicana.

Algunos aspectos de esa definición del perfil incluyen que el psicólogo pueda: evaluar, planear, intervenir para modificar un problema, prevenir, investigar y en las áreas donde debe resolver problemas es la educación, salud pública, producción y consumo, organización social y ecología. (Urbina Soria 1989). Sin duda, con este perfil el campo de intervención del psicólogo, se suscribe a las áreas de servicio y a las de atención y planificación, que lo suscribe al trabajo con los padecimientos de orden mental o psicológico en el campo de las instituciones de consulta externa y en el confinamiento; para Rivera Barrón (1995) la gran mayoría de los trabajos de la época se han suscrito a los temas de orden filosófico y cultural, lo que significa que no tenido participación explícita en las instituciones.

Los servicios institucionales desde el punto de vista analítico pueden proporcionar a la higiene mental, la conciencia de los peligros de traicionar sus metas en aras de un servicio mal entendido del sistema social reinante, del cual se constituye en agente represor semipoliciaco que reprime toda manifestación antisocial, para ahorrarle a la organización estatal el penoso y serio estudio de las formas en que su propia estructura propicia los actos antisociales que después intenta absurdamente reprimir. Una auténtica labor del higienista mental podría

contribuir con estudios socio psicológico de la estructura social en la que son posibles actos delictivos, enfermedades mentales, etc.

Ni la psiquiatría ni el psicoanálisis por si mismo, si no vienen en su ayuda hechos y puntos de vista históricos, económicos y sociales no pueden proporcionar una amplia perspectiva que permita hilvanar con toda amplitud los trastornos mentales en un medio cultural concreto. Es necesario pues, conocer la profunda significación escondida detrás de sus manifestaciones sintomáticas como: alcoholismo, prostitución, delincuencia, etc. Por lo tanto, la autentica solución no es reprimir estos síntomas sino investigar en que forma la estructura social concreta la propicia.

Estudios epidemiológicos de las enfermedades neuropsiquiátricas han encontrado en el orden de los padecimientos de los trastornos mentales y del sistema nervioso central, ocupan el 15o lugar. Aunque no es un lugar muy significativo, las implicaciones que estos tienen en la vida social si lo son. Las personas rehabilitadas frecuentemente son rechazadas para elaborar en las actividades productivas y por otro lado resultan ser una carga en la economía familiar; hay un rechazo por la sociedad en general para ser admitido como miembro activo y todo esto es concervancia de la mala información e ignorancia con respecto a las enfermedades neuropsiquiátricas. Existen infinidad de factores internos como externos que pueden llegar a alterar el proceso normal del desarrollo del infante. Del equipo biológico adquirido dependerá pues al grado de desarrollo de las funciones mentales y la plasticidad en las respuestas que se originan de la reacción E-R en que se traduce la vida humana. Dependiendo de estas condiciones tendrá la capacidad de aceptación rechazo o distorsión sobre múltiples aspectos de la vida cotidiana. Por todo esto se pondera estudiar al hombre desde un punto de vista biopsicosocial, porque así se obtendrá cuadros clínicos neuropsiquiátricos más objetivos.

Cuando el médico detecta la magnitud del problema, basándose en criterio científico nacionales y humanos decide si el individuo permanecerá o no en la institución para su recuperación o rehabilitación, la cual se reforzará con la participación de la familia; existiendo infinidad de factores tanto internos como

externos que pueden llegar a alterar el proceso normal del desarrollo del infante. Del equipo biológico adquirido dependerá pues al grado de desarrollo de las funciones mentales y la plasticidad en las respuestas que se originan de la reacción estímulo-respuesta en que se traduce la vida humana. Dependiendo de estas condiciones puede tener la capacidad de aceptación, rechazo o distorsión sobre múltiples aspectos de la vida cotidiana, incluyendo dentro de esta dinámica el contacto con las drogas. Por todo esto se destaca estudiar al hombre desde un punto de vista biopsicosocial, porque así se obtendrá cuadros clínicos neuropsiquiátricos más objetivos.

El médico una vez que detecta la magnitud del problema, basándose en criterio científico nacionales y humanos decide si el individuo permanecerá o no en la institución para su recuperación o rehabilitación, la cual se reforzará con la participación de la familia. Esas concepciones son un principio del proceso explicativo a las conductas de orden Psicológico que van apareciendo y demandan enfoques explicativos; la perspectiva médica y la racional, la abordan en visión quieren dar cuenta de un proceso biológico o emocional, no hay una sola perspectiva: la multiplicidad de propuestas tienen ángulos y ópticas que aceptan puntos de convergencia.

En una perspectiva a futuro se plantea la salud como parte de un proceso que involucra a la infancia y su condición en el hogar, el desarrollo de acciones sociales específicas, que puedan influir directamente sobre la salud mental infantil, ya sea por su capacidad para promoverla o su valor como medios de prevención de su psicopatología, al aspecto educativo en el hogar y los legislativos. Se sabe que a veces eso solo constituye una canasta de buenos deseos porque los padres no tienen dicha salud, así que no se puede esperar que lo hagan bien, el desarrollo del aspecto familiar sano conlleva la salud de los padres, así que la salud emocional de los niños es un aspecto vinculado con el desarrollo del ambiente familiar. (Foncerrada 1983) En esa perspectiva se ha trabajado poco y sus resultados son difíciles de cuantificar, por otra parte la tasa de problemas en las familias no han decrementado. El servicio de psicología en las instituciones a pesar de ser una demanda ha enfrentado la barrera de la

disputa profesional con el psiquiatra, mismo que ha estigmatizado o minimizado la función del trabajo psicológico, esta peculiaridad, le da un lugar que no se ha consolidado en los hospitales e instituciones públicos.

El psicólogo y su trabajo en las instituciones, enfrenta el reto de ganarse los espacios y de construir nuevas formas de integrarse en el servicio con los pacientes. La investigación es un campo muy importante para la psicología, es desde ella que se pueden encontrar nuevas opciones de participación e interpretación de la condición del ser humano. Para la psicología es fundamental la apertura a nuevos campos del saber de otras ciencias para evitar la marginalidad. En ese sentido las discusiones sobre la salud y la enfermedad, son aspectos vitales para ser trabajados y discutidos de acuerdo a los tiempos y los espacios sociales. Podemos considerar que la salud y la enfermedad son un proceso social que esta determinado en gran medida por la estructura, económica, familiar, social, escolar y de trabajo.

El estudio de las relaciones entre los distintos componentes de dicha estructura puede proporcionar una explicación referente al proceso de salud-enfermedad. . Durante los últimos años se ha venido realizando innumerables investigaciones sobre la salud en las áreas biomédica, clínica y sociomédica. Se le esta dando prioridad a ésta, debido al gran aumento de enfermedades en México, principalmente porque son en los niños, en quienes repercute todos los problemas sociales y económicos, por lo que hay un gran número de morbilidad y mortalidad

infantil. Sin embargo, los estudios e investigaciones realizadas al respecto solo se han enfocado en aspectos médicos, restándole importancia a los aspectos sociales y psicológicos del niño, y pasan por alto también el conocimiento y la comprensión que de la salud y la enfermedad tienen los niños sanos y enfermos. Se destaca que una de las alternativas de la investigación es demostrar que la salud y la enfermedad son fenómenos colectivos, producto de una interrelación con los demás procesos sociales, de ahí que ésta problemática este relacionada con los procesos psicológicos, de adquisición del conocimiento social desde perspectivas individuales y grupales.

Por ello la intervención de la psicología es relevante en el campo de la salud, en la construcción de alternativas, en la prevención. Pero lo cierto es que el proceso de salud enfermedad no puede suscribirse a una trilogía de agente, huésped, y medio ambiente, las relaciones humanas se han hecho tan complejas que no se pueden simplificar o entrar al terreno del reduccionismo. Es patético saber que las instituciones públicas en el campo de la salud no han incluido a los profesionales de la psicología, aún cuando sabemos que los problemas de orden psicológico están en incremento hoy día y que el desarrollo de la farmacodependencia es un problema social en el presente, el desarrollo de yatrogenias son causa de muerte y muchas de esas formas de medicamentación pueden tener un origen somático o psicológico, afortunadamente la apertura de espacios corresponde a la cabida del trabajo que desempeña el profesional de la psicología. Sin embargo el hecho de que haya habido una mejoría en cuanto a la creación de unidades psiquiátricas, no significa que la hubo también en lo que respecta al trato o atención de los enfermos mentales. (De la Fuente y Col, 1976). Para aquellos desórdenes psiquiátricos que por su importancia para el individuo y la colectividad deben ser atendidos en consulta especializada y aquellos trastornos emocionales que ameriten únicamente orientación de higiene mental. Sea cualquiera la escuela psicopatológica que se prefiera, existe un acuerdo en que la salud y la enfermedad mental están condicionados por el estado orgánico del individuo y por los aspectos psicodinámicos que le son propios, influidos éstos por el ambiente sociocultural de la comunidad a la que pertenece. Por todo lo anterior, consideramos que la justificación de una Investigación en el campo de la Salud Mental es propia de la Psicología también, y hay que conocer los antecedentes con una lógica más crítica de lo realizado en la sociedad mexicana.

CONCLUSIONES GENERALES

El propósito de escribir sobre de la historia de las Instituciones Mentales en México no tuvo una mera intención cultural, ni ese elemento de fomentar el recuerdo por el recuerdo mismo que conduce a la resignación o a la condena del presente. Más bien, subvertir el orden de las ideas, hacer que el psicólogo logre articular el uso más racionalizado de las técnicas y la búsqueda de estrategias más acordes con su espacio y su tiempo, y no con lo que le gustaría haber realizado.

El encuentro de dos culturas, de dos sistemas inmunológicos, de dos tipos de vivir y morir dio como resultado la creación de los sincretismos religiosos, alimenticios, de lenguaje, de vestimenta, etc.; a la creación de los mitos en la sociedad colonial, y consecuentemente la creación de sistemas de atención a la salud. En la historia de la salud del enfermo psiquiátrico en México, han existido historias que van desde la exaltación de individualidades, la llegada de congregaciones religiosas, la participación de los virreyes, de diversos individuos preocupados por la condición humana, de la participación del Estado mexicano y el surgimiento de las organizaciones no gubernamentales que han tenido una función importante en la última década, en el campo de la salud. Con la llegada de los españoles, en el siglo XVI, se transformaron las formas de vivir y por lo tanto las formas de enfermarse.

La cronología de las Instituciones de Salud Mental, desde la Colonia hasta nuestros días, es un campo que tradicionalmente han historiado médicos y psiquiatras con su lógica curativa y han planteado sus intervenciones desde el hecho consumado. Los tiempos que nos han tocado vivir y los que están por venir nos demandan otra actitud; que de no cambiarse será en contra de la profesión y su ejercicio cotidiano, perpetuando la imagen del psicólogo del misterio y de ideas pseudocientíficas sobre el conocimiento del ser humano. La historia de la psicología y de las Instituciones de Salud Mental proporcionan el abanico que hecha por tierra las posturas salvadoras de los estudiantes, las actitudes

samaritanas y compasivas, que favorecen la comprensión de los problemas y su origen socio histórico.

Lo virgen de este trabajo, hace que sea factible hablar de proyectos de investigación documental y de campo, es decir, la reconstrucción de la disciplina con fuentes vivas y documentales. Esta historia nos coloca ante lo que ya hicieron otros para no repetirlo otra vez. Así, debemos pensar en la participación en campos de salud donde no han existido posibilidades de mejoría: las Instituciones de Salud Mental. La competitividad con otros profesionales solo se logra con un dominio de la disciplina y con la construcción de alternativas.

Hasta la fecha, las formas de hacer historia que conocemos acerca de las Instituciones Mentales son un paso necesario para aproximarnos a los historiadores más que a la problemática en que se encuentra la psicología, por la sencilla razón de que ha existido un protagonismo: las pasiones del historiador. Esto nos puso ante las circunstancias de la duda, ante la fantasía del hacedor de la historia, al no presentarnos la reconstrucción y explicación del hecho. Es común encontrar en el salón de clases explicaciones que son parte de la historia de la psicología; explicando que la psicología se inicia con Aristóteles o Descartes (historiar no es colocar un acontecimiento tras otro, en un alarde de continuismo), y se hace culminar con los años veintes o treinta del siglo XX y nos dejan con esta referencia para discutir, lo que significa que se está instalando en un tiempo que no corresponde. Se tienen consecuentemente, varias décadas de atraso, por lo que no podemos pensar en el presente con la lógica de un pasado ya superado hoy día.; las cosas han avanzado y la historia de la disciplina nos permite esa opción.

El trabajo de la historia de las Instituciones de Salud Mental es un propuesta concreta de como se puede hacer Historia de la psicología en México. Al empezar a pensar en elaborar el trabajo de reconstruir esta historia, partimos de que la historia de la psicología no es un mero acumular datos. Más bien, un puente o un vínculo con el pasado y el presente de los individuos que viven en una geografía y en un espacio socio histórico, con sus tiempos y formas de ver el presente y el futuro. La construcción de la personalidad, de la subjetividad, de la

conciencia, de la moral y de la ética, las formas de amar y morir que se constituyen en los elementos que dan razón a las acciones de los grupos e individuos en sus espacios. Su conocimiento y reflexión nos dan oportunidad de ser propositivos sobre las formas de construcción de su vida emocional, de su salud mental. Las historias de estas Instituciones, están llenas de terror o de olvido; negocios para recluir o para diagnosticar por motivos diversos; de allí que la historia de estos espacios de intervención profesional deben ser conocidos por los psicólogos; los egresados de la carrera de psicología tienen una formación que los incrusta en el mercado de los tecnócratas, pareciendo ser que no son trabajadores de la salud mental o psicológica. Proyecto eminentemente conductista, que hoy en día ha demostrado no ser una de las opciones en las intervenciones de la salud mental, sobre todo por un corte profundamente autoritario y remedial, sus virtudes se han visto, en parte, en la educación especial, después de eso, hay poco que decir. De una cosa estamos ciertos, la psicología no es una, ni un solo personaje, toda propuesta que se jacte de serlo, deberá contener la articulación con su tiempo y espacio que significa estar a la altura que demanda la población y la sociedad. En ese sentido, la creación de nuevas problemáticas psicológicas en el futuro son de carácter impredecible, pero si es factible contar con un bagaje teórico para poder encontrar análisis y posibles intervenciones en su momento. Es así que en éste espacio se debe pugnar, por una propuesta de salud mental social y dar oportunidad a la creación de otros espacios para la reflexión profesional y no ser solamente los remediadores de los acontecimientos consumados. Desde luego, no dudamos que estas acciones de interpretación deberían estarse realizando desde hace muchos años, pero no se han hecho, o si se han intentado se han acabado por falta de preparación y convicción por un protagonismo que raya en la búsqueda de la imagen y reconocimiento social. En otros casos, probablemente la política se los ha comido y los ha devuelto sin ningún recuerdo grato, y han sido vacunados de por vida contra la búsqueda de alternativas, en las Instituciones Nacionales, lugares no aptos para la producción prepositiva de los problemas sociales e individuales en el campo de la psicología.

La historia de las Instituciones de Salud Mental en México es una propuesta concreta de cómo se puede hacer historia de la psicología en México, partiendo de una reflexión teórica hasta los archivos y las hemerotecas.

Los retos de construir la historia de la psicología implican abrir nuevos campos del conocimiento, otras posibilidades de interpretación donde se creía que nada era posible o se pensaban que no existían otras historias psicológicas, como la de la soledad, la tristeza, el olvido social, el comportamiento individual y colectivo. Darle al humano estas categorías es plantear otras interpretaciones sobre la profundidad de lo psicológico. ¿Por qué circunscribir la psicología a lugares o fechas, personajes y encantos de un olvido que no da oportunidad a planificar? Lo anterior constituye una invitación a la reflexión sobre el proceso de formación del psicólogo.

El abordar la Historia de las Instituciones de Salud Mental en México, reviste importancia en función de contenido en la formación profesional de los estudiantes de psicología, ya que evita los naufragios teóricos y las especulaciones sobre el quehacer profesional. La ubicación en un tiempo y espacio concretos proporcionan un criterio más acertado sobre las estrategias de intervención y desmitifica las corrientes que se erigen como las únicas o las mejores, porque las coloca en su dimensión histórica y permite tener un juicio académico y no de simpatía o de conexión por parte de los docentes. Permite tener al psicólogo un abanico de las condiciones, razones, personajes y prácticas de la psicología en el marco de la ciencia de la psicología universal, donde los discursos se construyen de acuerdo con los principios de desarrollo de personajes y condiciones sociopolíticas, materializándose en una política que disputa la hegemonía del conocimiento universal y comercial. Los análisis de los problemas psicológicos pueden dejar de ser monocausales, es decir, dejar de buscar un culpable.

La historia vista así, nos permite establecer mecanismos de prevención y planificación más acordes con las necesidades del sector con las que se identifica el profesional; profundizar en la construcción social de la vida cotidiana y su estructuración, en las diversas implicaciones en la sociedad actual y sobre todo, en cómo se destrozan y construyen proyectos de vida ajenos a la realidad individual y los conflictos derivados de la apropiación y transformación de una propuesta de vida que aún está muy lejos de identificar en su quehacer futuro. Práctica profesional del psicólogo, que tiene que recurrir a la historia, a su propia historia vigente hoy en día.

Aunque es un hecho que hay una mejoría en cuanto a la creación de unidades psiquiátricas, no significa que la hubo también en lo que respecta al trato o atención de los enfermos mentales. Los hospitales modernos están en constante interacción con las ideas, con los sistemas e intereses de la sociedad, ya que solamente así es posible un progreso dentro del campo psiquiátrico. La sociedad se beneficia porque la vinculación no se da sólo en el aspecto médico, sino también en el social, lo cual permite una mayor comprensión del proceso de la enfermedad mental y por consiguiente la rehabilitación óptima del paciente. Ahora la psiquiatría se encuentra muy ligada con la sociedad a la cual anteriormente no se le daba importancia. Hoy en día se tiende a estudiar los problemas de los enfermos mentales y desordenes de la conducta en su contexto social y se pone énfasis en la prevención y el manejo oportuno de la crisis y el tratamiento de los enfermos en el seno de la familia para su integración a la comunidad. El enfermo está bajo un cuidado y un trato humano para lograr su rehabilitación e integración personal y social.

En nuestra aproximación a la profesión del psicólogo encontramos que esta se encuentra conceptualizada desde diferentes posiciones teóricas que siempre tienen de fondo una concepción del trabajo que rige el trabajo profesional.

Una de ella es la actividad religiosa; una actitud asistencial en la práctica profesional, como si fueran los benefactores de la humanidad, encerrando la

supuesta neutralidad política-ideológica de su trabajo (Donde quién practica la caridad se sentirá muy ofendido sino disfruta del aplauso del público; quiere que lo ensalcen por su generosidad, pues de no ser así haría sus dâvidas en forma anónima). La comprensión de cuando no hay desarrollo teórico de una corriente se conduce a la reproducción y asunción de una práctica, haciendo creer a los futuros profesionistas que son libres de cualquier concepción del mundo, donde el acto de la fe, apoyado en lo que han dicho otros psicólogos, hace adoptar una actitud pasiva y ahistórica que conduce a una actividad o actitud asistencial del profesional. La profesión muchas veces está pensada desde el escritorio (el deber ser) y por ello pueden hacerse las siguientes consideraciones lo que está mal son los objetivos, o los usuarios no saben valorar un supuesto servicio bien intencionado, según la lógica general que la sustenta.

Por otra parte, el avance en el conocimiento de las bases biológicas de la conducta y los progresos terapéuticos, han fortalecido las ligas de la psiquiatría con la medicina. Pero lo más importante es que a partir de los avances tecnológicos, biológicos, médicos, terapéuticos, etc., también se han logrado avances o mejorías en cuanto al trato humano de los enfermos. Ahora el panorama es muy distinto al del siglo pasado, pues el enfermo mental ya no se considera un demonio, una bestia, un ser peligroso, sino simplemente se le considera como un ser humano tan digno y capaz como cualquier otro; hecho significativo es el traslado del individuo a la familia y a la comunidad.

Las psicologías que conocemos no han respondido a las demandas de una sociedad que se organiza con un deber ser de los políticos a la cacería del poder, que nos se traduce en beneficios para los conciudadanos, resultado formativo de una propuesta académica , que nunca ha considerado el lado humano de los usuarios y de nosotros; los que pueden dar respuesta a las demandas de los otros , pero no a nuestra existencia inmediata. Porque la lectura del humano y su estudio en el consultorio no es igual a la especulación que se suele hacer en el salón de clases; allí se arregla el mundo, allí se puede

especular y ver como se acomodan las ideas sobre el deber ser de la salud psicológica. Son bonitos los discursos, es sencillo arreglar teóricamente el problema de cualquier índole del ser humano, el verdadero problema se inicia en presencia del individuo que tiene una demanda concreta. El puede saber o no que teoría es la que se trabaja, pero lo que le interesa es una solución concreta a sus problemas.

La unidad del humano no debe ser como lo ha planteado la medicina tradicional, una fragmentación del cuerpo donde hay una especialidad para cada parte. La división provoca la pérdida de la causa real de la enfermedad, promoviendo que cada especialista busque su propia causa a nivel orgánico, olvidando otras posibilidades; como son la vida laboral, familiar afectiva y emocional, donde la construcción del cuerpo comienza en la mente, de allí que de que la gran mayoría de las enfermedades tengan un origen psicosomático.

Atender a un paciente no es enfrentar una enfermedad, ni estrictamente un caso a resolver, es más bien enfrentar una vida. Es empezar a vislumbrar a través del contacto con los otros, una serie de problemáticas que se relacionan con el como se vive. Muchas veces los pacientes presentan un dolor físico y eso es lo que los impulsa a buscar ayuda, sin embargo, el dolor, es solo la punta del iceberg, es el síntoma, la pequeña alarma del cuerpo que nos dice que algo no anda bien, en la mayoría de los casos va más allá de un problema estrictamente orgánico, situando su origen en aspectos emocionales, psicológicos o espirituales.

Atender a una persona significa tener una perspectiva de conjunto, considerar múltiples factores que dan como resultado un desequilibrio en la salud del paciente. Estos factores tienen que ver con su alimentación, condiciones de trabajo, empleo del tiempo libre, sexualidad, relaciones familiares, realización en la vida, deseos, frustraciones, etc.

El psicólogo debe participar en el campo de la salud; en donde los problemas de salud deben ser incorporados en una interpretación integral donde no se haga la división y fragmentación del cuerpo humano, donde lo que se piensa y lo que se come, tiene una relación importante con lo que se siente con las formas de amar, con los mecanismos de enfermarse, de tener una

enfermedad degenerativa. Reconocer que lo psicológico es un elemento definitorio y condicionado a la vez por el individuo y la sociedad.

Tratando al individuo que está inmerso en el desarrollo cultural, en la educación para la salud sin dolor, la pastilla que lo cure, las recetas que digan como solucionar la vida, los abandonos corporales y los suicidios inconscientes, la exacerbación de los problemas existenciales, los niños deprimidos como fenómeno de nuestra megalópolis, etc.. No se ubica a la profesión en tanto proceso histórico, sino en función de la eficiencia y el buen deseo de la asistencialidad. Consecuentemente, se concluye en la “terminación final”, un producto bien entrenado tiene más posibilidades de incorporarse a un mercado de trabajo que perfiló su esfinge.

A través de las lecturas encontradas en el Siglo XIX y XX, se puede observar que el estilo de vivir y de morir de los individuos tiene su historia; no es natural nuestra existencia corporal, la correlación con los procesos sociales es cada día más innegable, incluso por los mismos positivistas, ya no es posible decir que una enfermedad es producto de un cuerpo aislado. Hoy día el espectro explicativo de la salud incluye los procesos emocionales, sentimentales y la correlación directa con los procesos fisiológicos, es una unidad que siempre ha existido pero que los positivistas del Siglo XIX y XX se negaban a explorar en aras de que sus métodos de observación no podían ir más allá de lo tangible o podemos decir que sus instrumentos todavía no les daban la respuestas de ese microcosmos que es el cuerpo humano, pero igual no lo respetaron y no pudieron comprenderlo en su dimensión, no solo basta ver el interior de un objeto de estudio, hace falta saber las correlaciones y como se inscribe en una cultura, geografía, en un planeta. La “verdad” instituida por los científicos es un factor muy importante en este proceso, deberán suceder muchas cosas en su existencia y especialmente deberá tener una explicación que le permita liberarse de la propuesta oficial, pero desgraciadamente no es posible encontrarla, así se queda con la idea: así son las cosas, así es la vida. Se resigna a vivir y morir igual que todos sus ancestros.

Las posibilidades de interpretación del humano en pleno Siglo XXI, son un alud de construcciones que desean darnos cuenta de las diversas implicaciones de un cuerpo en el presente, en el pasado y su multiplicidad de aproximaciones a la terapia.

El razonamiento causal no busca en los procesos más complejos; la relación emocional y orgánica como una sola entidad, la fragmentación, acorde con el pensamiento positivista, hará la disección de una exploración que busca en la instancia de lo que se debe hacer conforme al modelo que busca en la causalidad. El esfuerzo de los científicos del siglo XIX por descifrar los efectos de las bacterias en el cuerpo nos muestra una constante, el recurso de la ciencia positiva como único elemento para continuar con la fragmentación corporal y justificar la solución y la cura. Las clasificaciones de las enfermedades permitieron una atomización y fragmentación del cuerpo.

Aquel que duda deberá enfrentar el escarnio, la etiqueta de charlatán así como otros vituperios. ¿No será que la ignorancia tiene formas distintas de ser ilustrada y habita las instituciones oficiales? Historiar el cuerpo humano ha sido poco recorrido en la historia de la medicina nacional; sin embargo con nuestras lecturas históricas y antropológicas podemos reflexionar sobre los usos de un concepto de cuerpo. En la historia del poder médico instituido observamos la constante tendencia a la fragmentación corporal que les da a los usuarios una lectura que los aleja de la apropiación de su sentir. La parte emocional y corporal como elemento integral de la existencia, la distancia del cuerpo se convierte en una búsqueda que no contacta con lo que se vive en el cuerpo, la fragmentación es una realidad cotidiana que el pensamiento racional intenta explicar; dividir no solo tiene solo fines de estudio también implica un proceso de desarticulación con la realidad de los individuos, tanto en lo público como en lo privado, se crean consensos, hegemonía y una mirada que permite lecturas monocausales.; la apropiación por el individuo instituye en el cuerpo la condicionalidad que se convierte en criterio de verdad en el funcionamiento fisiológico, esto no significa que el cuerpo no es una verdad biológica, es un fruto histórico, es

un proceso complejo que, demanda el recurso mismo de la historia como la herramienta que nos permite darle una resignificación a los procesos y dimensionarlos.

La salud en México, como hace doscientos años continua con el esquema remedial, pero de poco sirve saber que existe una nueva tecnología que pueda solucionar problemas sino está al alcance de los sectores más bajos, Si se entiende la salud no como un problema orgánico exclusivamente, sino como un largo proceso histórico que los trabajadores de la salud han perdido en la memoria, la solución a los problemas no puede encontrarse en la explicación causal ni en la medicina que lo “cura todo”.

La negación del cuerpo como posibilidad de pensar, sentir o actuar en el, lo sustituye la razón que se apodera de él y lo gobierna en sus acciones, el cerebro parece ser el gran dominador. Estos, nulifica las funciones de cooperación entre los órganos y produce no solo trastornos somáticos. Nuestras fuentes nos revelan un proceso conjugado con los médicos, los científicos, los periodistas que promovían las ideas de los científicos en aras de decir que esa era la verdad, hoy día, el proceso es el mismo sobre determinado tema, aunque después se diga que era falso. Donde la descalificación es solo un principio que lleva un sello de exclusividad para imponer en el cuerpo del otro los deseos e intereses varios, sin considerar que el otro tiene una construcción distinta sobre lo que significa vivir con su cuerpo. Donde el cuerpo humano es la concreción inmediata de una cultura, no su síntesis; existen otros mecanismos, otros procesos que el individuo elabora y hace uso de la elección y ahí es donde cambian, se transforman, se enriquecen, se gestan nuevos procesos, nuevas redes de sobrevivencia y de cooperación en el individuo tanto orgánicas como emocionales. El peor de los casos es el estatismo de la resignación que implica la muerte del organismo.

Sabemos que el cuerpo es una síntesis donde confluyen el espacio y el tiempo de la realidad histórica geográfica de una sociedad y las políticas públicas de salud; le dan un porte especial la cultura, la moral y la nutrición. Entre otros procesos. Las explicaciones del proceso corporal, que conocemos en el medio de la psicología y la medicina, están cruzadas por la ciencia, la religión, la ideología,

la moral y en los extremos por la fe, la ignorancia y la banalidad, lo que nos da como resultado una heterogeneidad e aproximaciones de los profesionales que trabajan con el. Eso deriva en actitudes y acciones en los individuos que reciben un servicio, porque los profesionales se convierten en criterio de verdad sobre la importancia de administrarle algo al cuerpo, pero no al individuo: éste se diluye con el estigma de lo que es válido es lo que se expresa en una fisiología sin espíritu, sin energía sin subjetividad.

Los pacientes viven con la propaganda de la cultura de una salud que los condiciona a la búsqueda de una cura sin dolor y piden lo que sea por no tener un poco de dolor, tal parece que los umbrales de resistencia sobre el sentir se van nulificando y con ello la sensibilidad o la negación del cuerpo, sus mensajes se niegan o se ocultan, se construyen refugios para poder resistir o evadir una realidad, tan violenta, que les cruza el cuerpo y no tienen mecanismos de defensa, los refugios más socorridos son los procesos psicosomáticos; que se alimentan de lo inconcluso de la vida personal, de la responsabilidad, del exceso de descalificación personal, entre otros procesos.

Es en este proceso que lo psicosomático se diluye y se instala en el cuerpo como una condición del individuo y las raíces se pierden en la historia personal familiar. Así la consulta con el médico se circunscribe a los paliativos, a los placebos y la terapia remedial que dará una pausa a la sintomatología. Podemos decir que el cerebro y el individuo se engañan mutuamente, porque el brote se volverá a presentar ante ciertas circunstancias, a veces el problema está en el espacio donde se trabaja o se vive, en otra está en los procesos de inseguridad o de baja autoestima de las personas en el espacio donde laboran o conviven con otras personas, las formas de las relaciones intersubjetivas y el proceso de construcción ante los compromisos adquiridos se involucran, se depositan en el cuerpo y cobran una existencia alimentados por esa compleja telaraña de la relación con los otros, la significación y representación del cuerpo en la sociedad de su tiempo.

El cuerpo no es abordado por los trabajadores de la salud. Sus propuestas abordan solo conceptos; se discute mucho sobre las categorías y su desarrollo, incluso como es que evoluciona un concepto, bien puede ser la enfermedad X, pero no se estudia el proceso de construcción en el cuerpo; parece que no importa. Un médico, un psiquiatra, un psicólogo escrutan calificaciones, actitudes, comportamientos, síntomas, dolores, etc... Pero el cuerpo no aparece; se borra la posibilidad de comprender el proceso en el individuo, se ve como se comporta una enfermedad, un padecimiento en el cuerpo, pero este no parece ser importante. Las instituciones se han formado en torno a éste principio; se estandarizan formas y sistemas que racionalizan en un lenguaje que tienen su correspondencia en el accionar y manifestaciones de lo que se habla de problema en el cuerpo. Por esto no es importante en esta lógica, el cuerpo del individuo, su yo, su condición que permite alimentar lo que se quiere estudiar en él. Un ser humano y sus padecimientos tiene dos momentos de una misma fragmentación, por un lado, la sintomatología que corresponde a una elaboración de un proceso gestado a partir de la observación de cómo evoluciona en el cuerpo, esto significa que el cuerpo solo funge como el posibilitador de la observación para sistematizar cualquier enfermedad o padecimiento, lo que relega al cuerpo como un elemento que permite ver el comportamiento de una bacteria o virus; y otra conocer el cuerpo humano requiere otra lógica; la conjugación de un proceso histórico-cultural, para saber la construcción de un cuerpo que no tuvo la conciencia de ser una elección, con ese conocimiento, es posible plantearse la posibilidad de elaborar un conocimiento de su yo o responder a la pregunta de quien soy. Eso aproxima al trabajo de la individualidad, a elaborar diagnósticos acordes al cuerpo del sujeto aún cuando sea la misma enfermedad.

Un aspecto importante para no darle la dimensión que demanda el problema es que las enfermedades de tipo psicológico, mentales y psicosomáticas no pasan a engrosar las estadísticas de muertes para poder impresionar a los políticos o ser un instrumento que pueda ser usado para presionar a las responsables de la salud.: Sucede todo lo contrario: son silenciosas y empiezan a ser normales entre la población; es común aceptar

que alguien tenga gastritis, úlcera, hemorroides, migraña, estreñimiento, taquicardia, insomnio o una dolencia tratada con medicamentos durante años sin obtener un resultado perdurable. La reincidencia se hace un estilo de vida, se incorpora a la vida cotidiana sin mayor obstáculo y los individuos aprenden a vivir con ciertos padecimientos. Las enfermedades mentales se han caracterizado por ser un espacio al que los trabajadores de la salud solo entienden como producto de posibles aflicciones de tipo psicológico que se relacionan con la infelicidad. Todavía en la década de los sesentas y aún en nuestros días, la etiología se buscaba y se busca en los aspectos biológicos y genéticos, dejando de lado los procesos sociales y culturales que dominan el contexto mundial y nacional.

Corregir una enfermedad está directamente ligado a la función corporal; la sanación, una vez más corresponde a una transformación del espíritu. En general, se puede decir que cualquier proceso de sanación incluye tres aspectos relacionados entre sí: a) La persona, su actitud y su sistema de creencias. B) el terapeuta, sea médico, psiquiatra o no, sus posibilidades, su actitud y su propio sistema de creencias. C) La vía terapéutica en si misma.

A través de los profesionales de la salud el cuerpo parece que se diluye y no existe, todas las propuestas se encaminan a las enfermedades, a la higiene, a la aplicación de medicinas, a las cirugías, a la salud pública, etcétera, esto significa que parece ser un individuo amorfo al que se le aplican y recetan toda clase de soluciones; sin importar el sexo o la edad, menos su cuerpo. La investigación sobre la salud o las enfermedades se centran en el aspecto institucional y eso hace que su objeto se centre en la búsqueda de nuevas correlaciones sobre los servicios y las maneras de dar la atención médica incluso llegar hasta los aspectos de la evaluación de los servicios cuando no existen baja en los índices de muertes o de problemas epidemiológicos. El cuerpo se diluye en la política del servicio y la ingestión de medicinas, parece no existir. Para poder desentrañar la creación de espacios diversos en el interior del cuerpo es preciso aproximarse a la vivencia para poder sentir el cuerpo, o al menos observar el proceso de sus posibles patologías y desequilibrios energéticos que se concretan en una sintomatología y hoy día son una realidad en el cuerpo, y es

preciso interpretar con una nueva relación de órganos, emociones cultura, familia entre otros procesos, para darle un sentido distinto y crear nuevas soluciones. El trabajo de las Instituciones de Salud Mental en México es una propuesta concreta de cómo se puede hacer historia de la psicología en México, Los retos de construir la historia de la psicología implican abrir nuevos campos del conocimiento, otras posibilidades de interpretación donde se creía que nada era posible o se pensaban que no existían otras historias psicológicas, como la de la soledad, la tristeza, el olvido social, el comportamiento individual y colectivo. Darles un cuerpo a estas categorías es plantear otras interpretaciones sobre la profundidad de lo psicológico. ¿Por qué circunscribir la psicología a lugares o fechas, personajes y encantos de un olvido que no da oportunidad a planificar? Lo anterior constituye una invitación a la reflexión sobre el proceso de formación del psicólogo.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁVILA HERNANDEZ ROSA MARIA. "Antecedentes del Tribunal del Protomedicato en Nueva España" en Gonzalo Aguirre Beltrán y Roberto Moreno de los Arcos. *Historia General de la Medicina en México*. México, Ed. UNAM Academia Nacional de Medicina. Tomo II. Pág. 255-260.
 - AZAOLA ELENA. A. *La Institución Correccional en México. Una mirada extraviada*. México, 1990. Ed. Siglo XXI, Editores. Pág. 362.
 - BORING. *Historia de la Psicología Experimental*. México 1980. Ed. Trillas.
 - BRAYLOWSKY, 1992. *El Cerebro Averiado*. México. Ed. F.C.E.
 - BRAYLOWSKY, S., STEIN, G. A. WILL, B. *El Cerebro Averiado Plasticidad Cerebral y Recuperación Funcional*. México, 1992. Ed. F.C.E. CONACYT, Pág. 230.
 - CABILDO ARELLANO HECTOR M. 1967 "Consideraciones sobre el problema de la salud mental en México." En: *Salud pública de México*. Época V Vol. IX núm. 4 Julio Agosto 1967. Pág. 503-513.
 - CABILDO ARELLANO HECTOR M. 1976, "Programa Experimental de Salud Mental en Escuelas Secundarias" En: *Salud Pública de México* Época V Vol. XVIII Núm. 3 Mayo Junio de 1976. Pág. 569-580.
 - CARAVEO A JORGE, 1982. "Análisis Crítico y Perspectivas Futuras de la epidemiología Psiquiátrica en México" En: *Salud Mental* Vol. 5 Núm. 1 1982. Pág. 13-18.
 - CASAS RIVERA R. "Reflexiones en Torno al Eclecticismo como Práctica Asistencial en Psiquiatría Pública" En: *Psiquis* 1994; 15 (6) 249 Pág. 11-12.
 - DE LA FUENTE RAMON (1980) "Angustia Normal y Angustia Patológica", Pág. 13-17.
 - DE LA FUENTE RAMON Y CAMPILLO CARLOS. 1976. "La Psiquiatría en México: Una Perspectiva Histórica", México, En: *Gaceta Médica de México* Vol. III Num. 5 mayo 1976. Pág. 421-435.
 - DE LA FUENTE RAMON Y CAMPILLO CARLOS. 1976, "La Psiquiatría en México: una perspectiva histórica". México. En: *Gaceta Médica de México*. Vol. III Núm. 5 mayo 1976. Pág. 421-435.
-

-
- DE LA FUENTE RAMON Y TORRES TORRIJA J. "La investigación en el campo de la Psiquiatría en México". En: *Salud Mental* Vol.6 Núm. 3 Otoño de 1983 Pág. 3-8.
 - DE LA PARRA CORIA, A. , ESCOBAR HOFFMAN O., RUBIO CORONA S. (1983) "Características Psicosociales de Pacientes Crónicos Hospitalizados" en *Salud Pública de México*. Vol. 25, Núm. 2 marzo-abril de 1983. Pág. 161-172.
 - DIAZ NILDA (1981) "La Relajación: su valor terapéutico" En: *Salud Mental* Vol. 4 Núm. 4 Invierno de 1981. Pág. 19-23.
 - DIEZ MARTINEZ DAY EVELYN y MEXICA RIVERA MA. DE LOS SANTOS.(1992) "Conceptualizaciones Infantiles sobre el proceso de Salud y Enfermedad" en *Salud Mental* vol. 15 Núm. 2, junio de 1992. Pág. 37-43
 - ELIORRIAGA, M. HUGO 1976, "Los Trastornos Mentales y Nerviosos en la República Mexicana y en el Distrito Federal". En: *Salud Pública de México* Época V Vol. XVIII Núm. 3 Mayo Junio de 1976. Pág. 581-591.
 - EYSENCK H. J. 1986. *Experimentos en Terapia de la Conducta. I. Inhibición Reciproca. España*. Ed. Orbis, Pág. 19-20.
 - FABREGA, J. R. H. (1980) "La Posición de la Enfermedad Psiquiátrica en la Teoría Biomédica: Un Análisis Cultural" En: *Salud Pública de México* Núm. 1981. Pág. 68-69.
 - FERNÁNDEZ DEL CASTILLO. "El Hospital de la Medicina en México II. En: *Historia de la Medicina*." 1956. Pág. 86-102.
 - FONCERRADA MIGUEL "La Prevención de Trastornos Emocionales en la Niñez" En: *Salud Mental* Vol.6 Núm. 2 verano de 1983. Pág. 11-13.
 - FLORESCANO ENRIQUE Y ELSA MALVIDO. 1992. *Ensayos sobre la Historia de las Epidemias en México*. Ed. IMSS tomo I y II
 - GARCÍA DIEGO MADRID JAVIER 1967, "Estructura y Funcionamiento del hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". En: *Salud Pública de México*. Época V Vol. IX Núm. 4 Julio Agosto de 1967. Pág. 559-567.
 - GOMEZ, PÉREZ Y OTROS. *Retos en la Formación Profesional del psicólogo una Visión de Futuro*. México 1995. Ed. UNAM. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Pág. 104.
-

-
- GOMEZJARA FRANCISCO.1989. *Alternativas a la psiquiatría y a la psicología social*. México, Ed. Fontamara.
 - GONZÁLEZ FORTEZA CATALINA, SALGADO DE SNYDER N., ANDREA PALOS P. (1983) "Fuentes de Conflicto, Recursos de Apoyo y Estado Emocional en Adolescentes" en *Salud Mental* Vol. 16 Núm. 3 septiembre de 1993. Pág. 16-21.
 - HOBBSAWN ERIK, 1989. *Las Revoluciones Burguesas*. España. Ed. Anagrama, tomo I y II.
 - HOLLISTER, L. (1980) *Estudio Monográfico sobre el Diagnóstico y Tratamiento Psicofarmacológico de la Depresión*", Pág. 75-76.
 - ITURBE GUERRA ULISES, 1977, "Rehabilitación y Psiquiatría" En: *Salud Pública de México*. Época V. Vol. XIX Núm. 1 Enero febrero de1977. Pág. 729-734.
 - KASL, S. V. "Contribuciones Epidemiológicas al Estudio del Estrés en el Trabajo", En: *Salud Publica de México* Núm. 2. 1981 Pág. 62-63.
 - LARA M. ASUNCIÓN (1991) "Masculinidad, Femenidad y Salud Mental. Importancia de las características no deseable de los Roles de Género" en *Salud mental* Vol. 14 Núm. 1 Marzo de 1991. Pág. 12-18.
 - MASLOW ABRAHAN, 1990. *El Hombre autorrealizado*. España. Ed. Kairos.
 - NUÑEZ RAFAEL (1984) "Implicaciones Históricas de la Psicología Clínica en México" en *Revista Mexicana de psicología*. Vol. I, #2 julio-dic. 1984, Pág. 89-94.
 - O´GORMAN EDUARDO. *La Invención de América*. México, 1998. Ed. SEP. Col. Lecturas Mexicanas.
 - ORTEGA SERGIO, 1990, *de la Santidad a la Prevención*, México. Ed. Grijalbo.
 - PARAMO ORTEGA RAÚL, 1966 "Algunas Consideraciones Generales sobre Higiene Mental desde el punto de vista Psicoanalítico". En: *Revista Mexicana de Psicología* 1966, vol. II Núm. 8. Pág. 693-701.
 - PÉREZ LAGUNES ELSA RUTH (1992) "Las Premisas Histórico Socio-culturales y la Salud Mental" En: *Salud Mental* Vol. 15 Núm. 2 Junio de 1992, Pág. 6-10.
-

-
- PUCHEA R. CARLOS, 1981, "Conceptos y Alternativas para la Rehabilitación del Enfermo Mental", En: *Salud Mental* Vol. 4 Núm. 3 otoño 1981. Pág. 4-11.
 - PULIDO CONTRERAS ANSELMO, 1982. "Situación asistencial y factores de Hospitalización prolongada en una población de enfermos mentales" En: *Salud Mental* Vol. 5, Verano de 1982 Pág. 8-13.
 - RAID DANIEL. *Los Tres Tesoros de la Salud*. Barcelona, 1994. Ed. URANO, Pág. 509.
 - RIVERA BARRÓN, E. "Instituciones y Psicología en la Década de 1940-1950". En: López, Ramos. Sergio. *Historia de la psicología en México*. México, 1995. Ed. CEAPAC. 480 Pág. 345-388.
 - RIVERA SIERRA R. Y URBINA SORIA JAVIER. "Estadísticas Básicas sobre la Formación del Psicólogo en México". En: Urbina Soria J. (comp.) *El Psicólogo Formación, Ejercicio Profesional, Prospectiva*. México 1989. Ed. UNAM, 860 Pág. 31-58.
 - ROGERS, M. P. Y OTROS (1981) "La Influencia de la Psique y el Cerebro sobre la Inmunidad y la Susceptibilidad a la Enfermedad: Una Revisión Crítica" En: *Salud Pública de México* Núm. 2, 1981 Pág. 66-67.
 - ROSCH, J. P. (1981) Estrés y Cáncer ¿una enfermedad de Adopción? Pág. 67-68.
 - SACRISTÁN MARÍA CRISTINA. *Locura e Inquisición en la Nueva España 1571-1760*. México. Ed. F.C.E. Colmich. 1995.
 - SALAMANCA GÓMEZ FABIO. "Aspectos Genéticos de la Población en la Colonia" en *Historia General de la Medicina en México*. Tomo II. Coord. Gonzalo Aguirre Beltrán y Roberto Moreno de los Arcos. Ed. UNAM Academia Nacional de Medicina Pág. 46-53.
 - SEMO ENRIQUE. 1985. *Historia Mexicana, Economía y Lucha de Clases*. México, Ed. Era.
 - TEJADA RUIZ CARLOS 1967. "Los Hospitales Granjas". En: *Salud Pública de México*. Época V Vol. IX Núm. 4 Julio Agosto de 1976 Pág. 587-590.
 - URBINA SORIA J. *El Psicólogo, Formación Ejercicio Profesional, Prospectiva*. México, 1989. Ed. UNAM, Pág. 509-522.
-

-
- VALENCIA, C. MARCELO (1991) "El Hospital Mental como Instrumento Terapéutico: El Rol del Psicólogo en la práctica clínica" En: *Revista mexicana de Psicología* Vol. 8 Núms. 1 y 2 1991. Pág. 99-106.
 - WATSON B. John. *Manifiesto Conductista*.
 - YAN PETER Y OTROS, 1982, *Alternativas para el Hospitalismo*. Pág. 8-13.
 - ZARETZKI, ELI, 1989, *Familia y sociedad*. Barcelona. Ed. Fontamara.
-