



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**LA SALUD MENTAL EN MEXICO:
SU DESARROLLO EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Y LA LABOR DEL PSICOLOGO**

**REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

NAJERA TOVAR LAURA MIRIAM

**DIRECTOR: MTRA. MARÍA TERESA PANTOJA PALMEROS
SINODALES: MTRO. JOSÉ REFUGIO VELASCO GARCÍA
MTRA. LAURA PALOMINO GARIBAY**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO, 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Dedicada esta tesis a:

A MI MADRE :

Por darme todo su amor , dedicación, comprensión, y sacrificio a lo largo de toda mi existencia, gracias por enseñarme a salir adelante y luchar por lo que quiero, gracias por darme su ejemplo de lucha ante la vida.

A MIS MAESTROS:

**José Velasco, Tere Pantoja,
Laura Palomino, por su consejo
en la elaboración de esta tesis.
Gracias por que su conocimiento,y
su enseñanza que será eterna**

A MARIA DEL CARMEN ZAMORA SORIANO

**Por darme toda su amistad, consejo, ayuda, apoyo, y tolerancia.
cuando mas lo necesite en el transcurso de la carrera,
siempre serás la persona que mas recuerde positivamente ya
que aprendí mucho de ti, GRACIAS DE TODO CORAZÓN**

**A PILAR PANTOJA REYES, NOEMÍ PÉREZ
Y PATRICIA GALINDO ZAMITIS
por su enseñanza, ayuda ,comprensión y tolerancia
en la realización de mi inicio de Practica Profesional, gracias
por enseñarme la verdadera escuela, la práctica.**

A David

**Gracias por tu escucha, por
que en cada plática que tengo
contigo me haces ver una luz,
gracias por tu apoyo, gracias amigo**

A MI

Por todo el esfuerzo y dedicación

AGRADECIMIENTOS

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO 1

1 PRIMERAS INSTITUCIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN MÉXICO.....10

1.1 Manicomio de San Hipólito.....11

1.2 Manicomio del Divino Salvador.....12

1.3 Manicomio de la Castañeda.....16

1.4 Manicomios de los Estados de México.....21

1.5 La Higiene Mental y su repercusión en México.22

CAPITULO 2

2 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.....27

2.1 Primeras consultas psiquiátricas del Instituto Mexicano del Seguro Social

 La Salud Mental en el Instituto Mexicano del Seguro Social.....35

2.2 Primer Hospital Psiquiátrico del Instituto Mexicano del Seguro Social.....38

2.3 Hospitalización Parcial.....44

2.4 Hospital de Día.....44

2.5 Hospital de noche.....44

2.6 Hospital de fin de semana.....45

CAPITULO 3

3 LABOR DEL PSICÓLOGO DENTRO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

3.1 Funciones del personal en los servicios de Salud Mental.....51

3.2 Actividades de Psicología en el proceso de consulta Externa (ingreso)

 Atención Psicología.....69

3.11.2 Egreso Final de la atención al paciente de primera vez o subsecuente por el psicólogo.....	66
3.12 Actividades del psicólogo en el proceso de hospitalización	
Ingreso Recepción de pacientes hospitalizados de primera vez y subsecuente.....	67
3.12.2Atencion psicológica y atencion al paciente de primera vez.....	67
3.12.4 Egreso Fin de la atención al paciente de primera vez o subsecuente por el psicólogo.....	70
3.13 Otras actividades del psicólogo.....	70
3.14 Actividades del jefe de psicólogos del área clínica.....	71
3.15 Entrevistas.....	73
CONCLUSIONES.....	85
BIBLIOGRAFIA.....	95

INTRODUCCION

Como es de saber, el escuchar la palabra Salud Mental nos lleva a pensar inmediatamente en desórdenes de la conducta, nos imaginamos a un individuo con una ansiedad que le abrumba, que no le permite ser una persona productiva sino amenazadora, en otros términos nos conduce a idear individuos agresivos que se encuentran en hospitales donde no saldrán nunca.

Esta forma de pensar tan arcaica e inverosímil es por falta de un conocimiento acerca de los padecimientos mentales y de las formas de intervención hacia estos que se dan y han dado desde la antigüedad. Claro cabe destacar, mas no justificar, que en el pasado durante el siglo XV los individuos que padecían de enfermedades mentales eran vistos como personas poseídas por algún espíritu o alguna fuerza exterior y los procedimientos que se utilizaban eran demasiado crueles, llegaban a la cremación de los cuerpos vivos como sistema de purificación de las almas, con el tiempo la forma de visualizar a los enfermos mentales y los métodos terapéuticos cambiaron se crean instituciones para proteger el desequilibrio en la Salud Mental.

Pero hablar de Salud Mental nos conduce por diferentes ámbitos; no se trata de remontarnos a sus orígenes y ver a lo largo de la historia los diferentes discursos que nos hablan de los distintos conceptos que se han venido utilizando para dar cuenta de la salud o enfermedad mental, más bien se trata de ir trazando los momentos que caracterizaron el desarrollo y construcción de los servicios de Salud Mental en México Cabe aclarar desde un principio que siendo este tema tan amplio me permití solo tomar una parte de esta dimensión histórica que abarca el desarrollo, legitimación e instauración de las instituciones encargadas de la salud mental en México específicamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Una de las metas de este trabajo fue ver el desarrollo y la panorámica actual que tienen los servicios de Salud Mental y las formas en que el psicólogo se fue introduciendo hasta llegar

a formar parte del personal de una de estas instituciones públicas. Particularmente indagaremos la intervención de la práctica psicológica dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En esta investigación no solo se abordaron las condiciones actuales que vive la práctica psicológica en esa institución; si no también se estudiaron los tratamientos hacia los pacientes en el México Posrevolucionario, comenzar desde este punto y proseguir con cada etapa, hasta la actualidad me llevó a comprender el ¿Cómo? y el ¿Por qué? en la actualidad de alguna manera los servicios de Salud Mental se han quedado estancados, sobre todo las formas de intervención de la practica psicológica.

Esta investigación no fue fácil ya que me encontré con muchos obstáculos al utilizar mis herramientas de exploración entre ellas la recolección bibliográfica, pero he de recalcar que más difícil fue el poder conseguir información a través de entrevistas al personal encargado de los servicios de Salud Mental, ya que para mi no solo era importante indagar los movimientos que permitieron su montaje sino las diferentes lecturas que cada uno de los actores tiene de estos acontecimientos. Pude ver que la existencia de tensiones políticas y sociales merman nuestra práctica psicológica y esta no avanza, se está quedando estancada, pero también estos muros son una llamada de atención para todos aquellos que estamos dentro de éste ámbito.

Este trabajo parte del proyecto de investigación La Salud Mental en el México Posrevolucionario y sus Procesos de Institucionalización. Me interesó dicha investigación, porque se articula a un proceso institucional que refiere que es indispensable que se reconozcan los contextos donde surgen los establecimientos a los que se les ha dado el encargo social de generar estrategias para el abordaje de la salud mental, es así que mi interés fue el visualizar de qué forma, bajo qué perspectiva y tipo de contexto trabajan los profesionales dedicados a la Salud Mental, he de destacar que cuando me inserte en dicho proyecto, me encontraba realizando una práctica profesional en los Servicios de Salud Mental del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El presente trabajo contempla tres capítulos. En el primer capítulo abordamos todo el periodo posrevolucionario de México, ahí exploramos cómo eran visualizados los individuos con algún trastorno mental, las prácticas terapéuticas que utilizaban y cómo inició el movimiento de la Salud Mental y ciertas repercusiones de este hecho.

El segundo capítulo está compuesto por referencias a lo que podemos llamar la historia del surgimiento del Seguro Social, concentrándonos en una pregunta: ¿cómo fue que se inclinó a tratar los padecimientos psiquiátricos?, su primer hospital y el personal que se dispuso para poder contrarrestar el desequilibrio emocional.

Y por último nuestro tercer capítulo, que fue el más complicado en su elaboración y donde se da a conocer el gran muro que se ha puesto a nuestra práctica psicológica, se compone de referencias a la labor que tiene el Psicólogo en los Servicios de Salud Mental, se aborda ahí la normatividad que explicita lo que debe de hacer dentro de la institución.

Es necesario señalar que para lograr llegar a producir este escrito, se realizó una tarea de investigación bibliográfica, que nos permitió la construcción de todos los capítulos. Sin embargo, en el tercer capítulo hemos incluido algunos fragmentos de entrevistas, pues de esa manera hemos logrado ubicar más el tipo de problemas que enfrenta el psicólogo en los servicios de salud mental del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CAPITULO 1

PRIMERAS INSTITUCIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN MÉXICO

1 PRIMERAS INSTITUCIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN MÉXICO.

La historia de las instituciones para la atención de las enfermedades mentales comienza en el siglo IV, y hasta el siglo XV hay una preocupación por los procesos mentales. En el siglo IV las enfermedades mentales eran vistas como fenómenos antinaturales, consideraban a los individuos que las padecían como personas perturbadas por espíritus de alguna fuerza exterior (López,1999). Las personas que se encargaban de atender y entender los padecimientos mentales en esta época eran los sacerdotes y teólogos, quienes tenían el deber de descubrir los signos de posesión y establecer los medios para sacarlos, la forma en la que se hacían cargo de esta problemática era bajo técnicas que en su mayoría eran castigos corporales, la cremación del cuerpo mismo.

Tiempo después, en el siglo XV en España por la colonización árabe, la concepción de las enfermedades mentales cambia. Surgen ideas religiosas que impulsan a la caridad humana y a la salvación de las almas pecadoras, la locura es confundida con la vagancia, ignorancia y pobreza (Ortiz,1997) se crean instituciones para proteger el desequilibrio en la salud. Estas organizaciones desafortunadamente no tienen el personal, ni la capacidad adecuada para atender las enfermedades mentales (op, cit, 1999) la atención que se daba hacia los padecimientos mentales eran basados bajo técnicas desarrolladas por Hipócrates y Galeno utilizaban purgas, masajes y el empleo de algunas drogas. Al percatarse que se incrementaban los pacientes y que los espacios y técnicas eran adecuadas, se da la necesidad de crear y expandir más establecimientos donde se les pueda dar una mejor atención (Álvarez, 1960).

Estas ideas llegan a Nueva España y por primera vez se crea una institución para la atención de las enfermedades mentales. Un hombre llamado Fray Bernardino Álvarez que trabajaba como enfermero en el Hospital de Limpia Concepción buscó medios necesarios para crear una casa de beneficencia para todos los necesitados que vagaban por las calles cometiendo delitos, que mendigaban o locos que estaban convalecientes y eran incapaces de trabajar. Estableció un asilo cerca del hospital donde trabajaba, en la calle de Celaya y

después en Pino Suárez, pero esto fue insuficiente así que pide un permiso para poder edificar un espacio mucho más amplio, nace así el Manicomio de San Hipólito

1.1 Manicomio de San Hipólito

El antiguo hospital de San Hipólito fué el primer establecimiento de América Latina para la atención y cuidado de los enfermos mentales fundado por Bernardino Álvarez quien llegó a Nueva España en 1534, después de una vida muy agitada pues tuvo muchas aventuras de guerra por el mundo, cayó preso y huyó a Perú. Más tarde retornó a México, consecuentemente entra como ayudante al Hospital de Márquez (Nuestra Señora de la Concepción y más tarde Jesús de Nazareno) donde por mas de diez años se dedica a cuidar a los enfermos. Con su experiencia adquirida y con las disciplinas practicadas, así como el capital que hizo en Perú se propuso fundar un hospital o Asilo. Entonces Miguel Dueñas y su esposa Isabel de Ojeda le ayudaron cediéndole un amplio espacio en la calle de San Bernardo donde comenzó con mucho trabajo a construir un establecimiento. La casa era muy pequeña para sus aspiraciones, con el tiempo se agrega a otro terreno junto a la ermita de San Hipólito (Álvarez 1950).

El 28 de enero de 1577 se abre el Manicomio de San Hipólito, (Ramírez, 1950) la construcción se componía de algunas piezas, las camas de los pacientes se reducían a una tarima de madera con un petate y una frazada para cubrirse, todos los días los enfermos tomaban chocolate y alimento sencillo, sus vestidos se encontraban en un estado miserable, la casa no proporcionaba ropa. Durante muchos años se usaba para cocinar una batería de cobre y fue muy grande el número de dementes envenenados por el cobre (Op. Cit, 1960).

Fray Bernardino decide hacer una congregación con los enfermos albergados a la que llamó Hermanos de la Caridad, más tarde fuera convertida en orden hospitalaria por el Papa Inocencio XII. La orden fue llamada popularmente de Los Hipólitos, (Op. Cit.1960).

En cuanto muere Bernardino Álvarez esta orden se hará cargo de la casa. Bernardino Álvarez muere el 12 de Agosto de 1584 cuando tenía 70 años, para está época los pacientes están en malas condiciones, por lo que la congregación hace todo lo posible porque la atención mejore, a pesar de las malas condiciones que existían, la atención médica era

ofrecida, y la impartía el Dr. Pedro López. Para el año de 1793 se tendrían mejores condiciones. En tanto, la orden religiosa de Los Hipólitos funda un hospital en 1591 en la ciudad de Puebla, junto al anexo del convento de San Roque para seguir atendiendo más enfermos mentales.

Unos años más tarde en 1877 el hospital pasa por una crisis, la construcción estaba desplomándose y los pacientes corren el peligro de morir, además de que hay un sobre cupo y difícilmente se puede dar lugar a otros pacientes. Así que un hombre llamado José Sáyago dedicado a ayudar a los pacientes le parece inhumano las condiciones en las que se vive dentro y fuera del establecimiento, por eso decide conseguir suficientes recursos económicos para construir un espacio. Esta idea también surge ya que su esposa cuida en su casa a una prima que sufre de demencia. El lugar es llamado Hospital de la Canoa y posteriormente Manicomio del Divino Salvador.

1.2 Manicomio del Divino Salvador

Ahora el Manicomio del Divino Salvador dedicaría varios años atender a todas las enfermas dementes que vagaban por las calles de la ciudad. Su fundador fue José Sáyago, era un carpintero que vivía en la pobreza, su nobleza y generosidad le permitían llevar a su casa y cuidar de las mujeres dementes, esta idea de cuidar exclusivamente a mujeres surge de que en su casa tenían asilada a una prima de su esposa. La labor de la caridad que hacía prontamente corrió por la ciudad y un jesuita llamado José Pérez empezó a mandarle limosnas, la noticia llega a oídos del Arzobispo de México Francisco de Aguiar y Seijas quien fue personalmente a visitar a José Sáyago, al ver la miseria por la que pasaba, ordenó a este humilde hombre buscar una casa amplia, por lo tanto alquila una frente al colegio de San Gregorio de la Compañía de Jesús. La capacidad que tenía permitió recibir hasta veinticuatro enfermas.(Muriel, 1991)

La institución pudo sostenerse hasta 1698, cuando muere el arzobispo Francisco de Aguiar y Seijas y no hay medios económicos, la casa pasa a manos de la congregación del Divino Salvador, (OP, Cit, 1950) solo se hace cargo de ella por seis meses, el funcionamiento no

era adecuado y deciden comprar otro establecimiento, una buena finca en la calle de la Canoa, para 1700, queda organizada como Manicomio del Divino Salvador para enfermas mentales. Hoy en día se encuentra ahí una dependencia de la Secretaria de Salubridad y Asistencia.

La congregación del Divino Salvador la creó el Padre Pedro Sánchez en el año de 1596. A ella pertenecieron los virreyes Gaspar de Zúñiga y Acevedo, conde de Monterrey y Don Juan de Mendoza y Luna, Márquez de Montes claros, (op.cit 1991) el quehacer de ella eran las obras de caridad y el fomento de la vida cristiana. El nuevo establecimiento pronto se convertiría en el Hospital modelo, esto gracias al cuidado y vigilancia que hacían los jesuitas hacia las enfermas. Para el año de 1767, Carlos III decreta la expulsión de los jesuitas, así que llegaría el fin de la congregación y de sus obras apostólicas. El Hospital del Divino Salvador pasa a estar bajo las órdenes del Real Patronato, ahora será Hospital Nacional.

Al pasar a manos del Real Patronato, el Manicomio pasa por una crisis, por el sobre cupo de pacientes y muy malas condiciones de mantenimiento, la vida en el hospital se vuelve muy inhumana para las pacientes. Un hombre llamado José Antonio Martínez de los Ríos, conmovido por la decadencia que pasan las enfermas, decide luchar por mejorar las condiciones del hospital, se ocupa de la limpieza, vestuario, comida y de la asistencia médica, pero a pesar del gran esfuerzo que hacía, las mismas condiciones del hospital ya no permitían una buena estancia para las pacientes. Por lo que hace una solicitud al Virrey Félix Berenguer, la cual fue escuchada y pronto la obra fue restaurada. Ahora con la remodelación del Hospital cambia su concepto y desde ese momento ya no es solamente para pobres, sino para toda clase de enfermos.(Op, Cit,1991) Para el año de 1809 la remodelación fue terminada.

Álvarez (1960) cita un informe del Dr. José María Andrade refiere las condiciones en las que en ese momento estaba el hospital:

“El número de camas es de noventa, habiendo un promedio de setenta enfermas, las que estaban bastante bien atendidas y se ocupan de algunos trabajos ligeros compatibles con su estado, las camas son de fierro con dos colchones bien aseados y perfectamente bien provistos de ropa, es imposible sacar mayor partido de aquel local, ni mejorar el aseo y el buen orden en que reina...”

Años más tarde, en 1824 siendo México independiente el gobierno declara que el manicomio pertenece a la federación, por lo que pasa a manos del ayuntamiento. (op.cit.1950). En 1845, el presidente interino José Joaquín de Herrera lo pone en manos de las Hermanas de la Caridad, de esta fecha hasta 1864 el hospital vuelve a tener pequeñas modificaciones y se hallaba provisto de todos los servicios y cuidados necesarios gracias a esta orden religiosa. Para el año de 1868 tras la caída del imperio de Maximiliano y el triunfo de la República Liberal, las hermanas de la caridad fueron separadas del hospital y éste pasa a manos del Ayuntamiento.

Mencionando el servicio médico que recibían las enfermas, Muriel (1991) refiere que el primer médico que se ocupó de las enfermas mentales fue el doctor Juan de Brizuela era miembro de la congregación del Divino Salvador. Los pacientes a partir de 1860 tenían un registro que contenía datos de su padecimiento, tratamiento, pronóstico de la dolencia, terminación y tratamiento empleado,(op.cit,1960). El Dr. Miguel Alvarado, director de la institución en aquel momento, fue quien mando a hacer el registro de cada paciente, hizo varias mejorías y fue el primero que instaló cuartos de colores con luz azul y roja para los pacientes excitados y deprimidos, construyó una sala de labor amplia con buena luz y ventilación (Berkstein, 1981). Para 1881 el hospital tiene más salones bien ventilados, limpios y destinados para las enfermas tranquilas y las niñas epilépticas. En este tiempo es cuando se dieron los primeros pasos formales de un estudio de la medicina mental(op.cit,1950). A partir de aquí, el hospital entra en una nueva etapa en el tratamiento terapéutico. Los médicos tenían la obligación de vivir en el hospital, hacer visitas diarias y cada seis meses presentaban un informe general, tenían que escribir un reporte anotando el tipo de alimentación y el método curativo para cada enferma (op.cit, 1981). En esta época del Porfiriato, en donde cada vez los trastornos mentales aumentaban y no se tenía un buen

estudio para ello, el Dr. Alvarado refirió que para un buen tratamiento de cada paciente eran indispensables tres elementos: el moral, el higiénico y el terapéutico. Tocar el punto social en que se vive en la época, las condiciones de vida de cada persona y visualizar un posible tratamiento que pueda ayudar a cada trastornado. (Berkstein, 1981)

El tratamiento que se daba en esta época a los enfermos se dividía según el estado mental, los médicos los clasificaban como toleradas y dementes agresivas. Las primeras estaban en una sala de labor donde realizaban vestimentas, elaboraban objetos de papel picado, se dedicaban a bordar, coser y restaurar muñecas de plástico, estas labores las vendían y lo que ganaban lo utilizaban para comprar cigarrillos, este era un vicio regular y permitido. Los médicos este tipo de labores lo consideraban como un medio para pacificarlas y hacerlas salir de depresiones o melancolías, prevenían así otros males a causa de la ociosidad.

A las dementes agresivas se les tenía en jaulas y los baños de agua fría fueron un método terapéutico para tranquilizarlas. Para el año de 1872 el Dr. Alvarado mandó comprar un aparato electromagnético para aplicarlo a las furiosas, a esto se añadieron nuevas ideas médicas que venían de Francia. Se propuso como medio terapéutico sacar pacientes pacíficas a pasear por el campo periódicamente, hacer teatro dentro del hospital para la representación de diversas obras y varias funciones de títeres. Tal propuesta fue aceptada. Dos años más tarde siendo director Francisco Montes de Oca se le propuso que al paciente se les llevara música una vez a la semana, esto permaneció por largo tiempo ya que “la música podía producir buenos efectos, la música tranquiliza al excitado, calma los nervios, transforma al melancólico en alegre y viceversa” (op.cit, 1991).

Otro de los tratamientos que se propusieron fue la Hidroterapia, su uso como método de medicación se impulsó a partir de que en otros países se estaban dando para asistir al enfermo mental. Desde 1834 este tipo de terapia servía mucho a las enfermas crónicas, ya que les producía saludables efectos. (Berkstein, 1981). Las nuevas ideas en el tratamiento de las enfermas mentales, hicieron que se propusiera un nuevo proyecto: crear un nuevo

manicomio mucho más amplio y funcional, es así como se pondría en marcha la creación del Manicomio General también conocido como Manicomio de la Castañeda.

Hablando del tratamiento aplicado a las pacientes, lo anteriormente mencionado es lo único que se sabe a pesar que el Dr. Alvarado mandó hacer registros sobre el tratamiento empleado a cada paciente, y refería sobre tratamientos más adecuados no existe casi información sobre esto.

Berkstein (1981) cita al Dr. Juan de Dios Peza que habla del tratamiento que se les da a las pacientes.

“se procura estudiar a las dementes para convencerlas por medios inteligentes, despertando sentimientos que vayan al auxilio de la medicina; está proscrito el aislamiento absoluto y se procura llevar a las enfermas a las costumbres ordinarias de la vida; se guardan consideraciones a las jóvenes delicadas y se emplea energía con las resueltas y bruscas; el tratamiento medical es muy variado, según los casos; se usan pognas, los antiespasmódicos, los repulsivos, los baños fríos, de pies, tibios de ducha y la hidroterapia”

Carvajal (2001) afirma que los expedientes del Hospital del Divino Salvador no tienen una historia clínica, lo que contienen es el registro del nombre del paciente, la calidad de la admisión si es indigente o pensionista, el pabellón, el nombre del médico que realizó el examen de ingreso y la salida del paciente, pero como tal un tratamiento, pronóstico y el término del tratamiento no se encuentran. Esto se pudo observar cuando estas pacientes fueron trasladadas al Manicomio de la Castañeda.

1.3 Manicomio de la Castañeda

Después de 344 años de existencia del Manicomio de San Hipólito y 210 de Manicomio del Divino Salvador, se inauguró el 1 de Septiembre de 1910 el Manicomio General.(Ramírez,1950). La fundación de la Castañeda fue un proyecto de modernización como parte del régimen de Díaz, su construcción empezó en el año de 1908. (Carvajal, .2001). En Septiembre de 1910 se inauguró en Mixcoac, con capacidad para 1,000

enfermos, años después se hicieron modificaciones para albergar a 600 pacientes más (López, 1995). Cuando se inaugura el manicomio se celebran las Fiestas del Centenario de nuestra Independencia.

Para la creación del Manicomio se escogió la antigua hacienda de la Castañeda, esta por muchos años había sido un lugar de recreo para sus habitantes, tenía hermosos jardines, huertas y bosque. (Ramírez, 1950,.) En su esta construcción abarcó 25 edificios, en ellos se distribuyeron a los enfermos y estaban divididos según su padecimiento.(Carvajal,2001) Los pabellones se dividieron en: enfermos de primera clase, los que estaban graves y se les cobraba por su estancia, a los que se tenía en observación y eran diagnosticados como enfermos de neurosífilis, enfermos crónicos; enfermos que su padecimiento les permitía realizar trabajos manuales, enfermos que tenían impedimentos físicos, enfermos seniles, enfermos oligofrénicos, epilépticos, enfermos que pagaban una cuota menor, enfermos religiosos, enfermos neurológicos, infecciosos, rehabilitados y también atendían a infantes a niños menores de 15 años de edad, y había un pabellón dedicado a cirugías. (López, 1995) Dentro de estas divisiones de enfermedad, también los dividían en hombres y mujeres, los únicos que permanecían juntos eran los niños y las niñas.



Internas en uno de los pabellones de La Castañeda hacia 1920
Imagen tomada de la revista Secuencia No. 51

Referente a la asistencia médica el Manicomio dio mucho que desear, pues los tratamientos que se aplicaban en otros países no los aplicaban, lo que si se aplicó fueron las ideas del Manicomio del Divino Salvador, los quehaceres manuales y paseos por el campo.(Ramírez,2001)

Dentro del manicomio hubo diversos profesionistas entre ellos: médicos psiquiatras, enfermeras, ayudantes de enfermeros y psicólogos. López(1995) menciona que este último como tal no tenía participación con los pacientes psiquiátricos, a pesar de que se tenía como personal que laboraba, la única prueba que se tiene solamente fue en un caso de un niño al que le aplicó un prueba psicométrica del Rorschach. Por lo que López refiere que debe suponerse que el psicólogo solo era visto en esa época del Porfiriato, como un aplicador de test. Esta visión se puede ver en una entrevista que cita López (1995) del Dr. Salazar Viniegra quien fuera en ese tiempo director y médico de la Castañeda. A este doctor se le preguntó su opinión acerca de los procedimientos de investigación por medios psicológicos. Su opinión fue la siguiente:

No comparto en lo mínimo la opinión, me apresuro a decirlo, de las que extremando sus posibilidades confieren a los tests llamados de psicodiagnóstico, valor para determinar la medida de algo tan sutil como es la inteligencia, el temperamento, el carácter, la personalidad normal y la patología. Generalmente los test son pruebas recorridas por débiles mentales para estudiar y sorprender a otros débiles mentales. La prueba del psicodiagnóstico de Rorschach vale casi tanto, en el terreno científico como la astrología y la cartomancia.

Con esta opinión deja ver la manera en la que la psiquiatría calificaba las herramientas de trabajo de los psicólogos. (López, 1995)

En cuanto al tratamiento empleado por los médicos se puede decir que eran farmacológicos, quirúrgicos, eléctrico, psicológico o restrictivo e higiénico.

Para poder dar cualquiera de estos tratamientos, primero era necesario someter a un examen de los padecimientos que tenían los pacientes. Valoraban su identidad, procedencia, e

interrogaban a el (la) paciente; de esta manera daban un diagnostico, tratamiento y medicinas. . (Op Cit.2001)

Había otro tratamiento que empleaban al cual le llamaron primero Laborterapia, aquí los pacientes se encargaban de realizar actividades de costura, gancho y agujas, flores de papel, sombreros, tapetes, ropa para niños y adultos. En estas actividades trabajaban más las mujeres que los hombres, aproximadamente trabajaban 700 mujeres. Toda la producción que hacían era vendida en una tienda que se situaba a la entrada del manicomio. . (Op Cit.1995)

En cuanto a los trabajos que realizaban los hombres eran de albañilería, carpintería y cestería en telar. Estos trabajos que realizaban hombres y mujeres no llamaban tanto su atención, por lo que se propusieron actividades recreativas y deportivas como: obras teatrales y de orfeón, gimnasia calistótenica y aparatos, el box, la lucha y toda clase de juegos al aire libre. (García.1946.)

Años mas tarde a este tipo de tratamiento se le llamaría Terapia Ocupacional, la cual fue utilizada como método terapéutico para las enfermedades mentales. En el periodo de 1929 y 1932, el Director del Manicomio General Dr. Samuel Ramírez Moreno fue quien instituyo dicho método (Op Ci.1946). Además de que servirían para tranquilizar y tener ocupados también fue un medio para crear medios de subsistencia. (Op Cit,2001). El Dr. Guevara Oropeza que de 1932 a 1934 fue el director, continuó con estos talleres y los servicios de cirugía. Para el periodo de 1934 a 1938 el Dr. Alfonso Millán construyó un pabellón para la Psiquiatría infantil y continuó el impulso a los talleres de ergoterapia y ajusto el horario de los trabajadores a 8 horas y también propuso un proyecto para mejorar la atención a los pacientes, sus puntos fueron los siguientes:

- 1) Reorganizar el Manicomio General (Hospital de Toxiconomía)
- 2) Crear nuevos servicios asistenciales(consulta externa y atención a pequeños infantes)
- 3) Crear un instituto de Neurobiología(atención a enfermos epilépticos, parkinsonianos, hemipléjicos)

- 4) Crear un instituto de Psiquiatría y Medicina legal(atención a enfermos de nuevo ingreso, delincuentes y dar atención terapéutica a todos los enfermos mentales delincuentes)
- 5) Crear un instituto de Neuropsiquiatría Infantil(dar asistencia médico psiquiatra a menores indigentes, crear centros psicopedagógicos)
- 6) Crear un centro de Medicina Psicosomática (atención a problemas neuróticos, angustiados sexuales, orientación profesional y problemas de conducta, inadaptación en adolescentes, consulta terapéutica a problemas de naturaleza psíquica.)

Con este proyecto Millán da lugar a la Psicología, muestra una preocupación por prevenir y dar ayuda a los pacientes con herramientas psicoterapéuticas y educacionales. Pero dicho proyecto no fue aceptado ya que era muy ambicioso y no hubo los suficientes medios económicos para su realización. (López, 1995) Pero aunque no haya sido aceptado, hay que destacar que de cierta manera la Psicología fue propuesta como una forma mas para ayudar al paciente psiquiátrico.

Para 1944, el Dr. Edmundo Buentello se convertiría en director y su plan de acción fue seguir apoyando la Terapia Ocupacional. Estableció clases para enfermeros y guardias para incrementar el nivel cultural y educacional. Dentro de su plan también era el crear otras instituciones o granjas para la atención de los pacientes mentales; y que se hiciera la creación de un sistema de consulta externa al que pudieran acudir internos que requerían de un cuidado más intensivo.(Ramírez,2001). Buentello para 1945 deja la dirección y queda al frente Leopoldo Salazar Viniegra quien la dejaría en 1948 y posteriormente pasaría a manos de Francisco Núñez Chávez. (Op Cit.1995) En esta época se atenderían a 4.500 enfermos lo que significaba una sobrepoblación así que el Manicomio General se ve en la necesidad de desalojar a 400 pacientes, estos serían trasladados a la Granja de San Pedro del Monte, localizada en León Guanajuato(Sacristán, 2003). La mayoría de estos pacientes eran epilépticos. Esta Granja tendría servicios de consulta externa para los pacientes rehabilitados que serían dados de alta.(López,1995). Este mismo sistema de consulta externa se propuso para la Castañeda, con lo que se podría reducir la población, esta misma asistencia, se pondría en marcha hasta el año de 1965 y se le dio el nombre de Operación

Castañeda, pero la Secretaría de Salud y Asistencia ordenó la creación de más Hospitales con la misma atención y se ordenó clausurar el Manicomio General ya que estos podrían sustituirlo. (Op Cit.2001)

La Castañeda fue desmantelada, demolieron edificio por edificio sin dejar huella de que algún día existió.

1.4 Manicomios en los Estados de la Republica Mexicana

En 1794 se fundó en Guadalajara el Hospital de Belén y en 1860 se establecieron en esa ciudad dos asilos, uno para hombres y otro para mujeres; mientras en Monterrey, en el mismo año se fundó el Hospital Civil, dentro del cual se dedicó a los enfermos mentales una sección. En 1898 se estableció el Manicomio Estatal en Orizaba, Veracruz; en 1906 el Hospital Psiquiátrico Leandro León Ayala, en Mérida, Yucatán.

En los últimos años del siglo XIX y la primera década del siglo XX abrieron sus puertas otras instituciones privadas y públicas, entre ellas los hospitales de los Hermanos de San Juan de Dios, quienes en 1905 inauguraron la Casa de Salud de San Juan de Dios para Enfermos Mentales, en Zapopan, Jalisco, que sigue funcionando y en junio de 1910 abrió sus puertas el hospital de Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula, Puebla. (Ramírez, 1950)

Otras instituciones que se han creado en los subsiguientes años fueron:

Aguascalientes, hospital anexo al Hospital Civil

Campeche, servicio psiquiátrico anexo al hospital

Chihuahua hospital de neuropsiquiatría del Estado

Durango El hospital neuripsiquiatrico de la Laguna Dr . Samuel Ramírez Moreno

Guanajuato. Granja de recuperación de San Pedro del Monte

Jalisco en cuya capital, Guadalajara existe el sanatorio Dr. Wenceslao Orozco

1.5 La Higiene Mental y su repercusión en México.

Es hasta el siglo XX cuando inicia una evolución con respecto a las ciencias de la personalidad y de la conducta humana. Es así como comienza un movimiento científico para promover un mejor desenvolvimiento de la personalidad. Este movimiento nace con el nombre de Higiene Mental en los E.U.A. La idea de dar el título de Higiene Mental lo sugiere el maestro en psiquiatría Adolfo Mayer, gracias a todas las movilizaciones que se hacían hacia la Salud Física y a que un individuo llamado Clifford Brees quien le busca después de vivir un mal suceso en su vida. (Ramírez, 2001) Brees padecía una perturbación depresiva lo que determinó su internamiento en un manicomio donde vive un ambiente traumatizante. Al salir del manicomio decide escribir un libro llamado “Una mente que se encuentra en si misma” en donde relata su vivencia en el manicomio. También decide hacer una campaña para prevenir el maltrato hacia los enfermos mentales y a la prevención) de los trastornos mentales. Para ello decide buscar apoyo en dos grandes personalidades de la Psiquiatría y de la Psicología, Adolfo Mayer y Williams James que era la personalidad mas destacada de la psicología. Estas dos personalidades le brindaban su apoyo y Mayer sugiere para este movimiento el nombre de Higiene Mental, es así como nace con este nombre. En el año de 1908 Beer logra fundar el primer comité de Higiene Mental, un año mas tarde impulsa y participa en la creación del Comité Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos .(Calbido,2002).

Desafortunadamente en el año de 1914 estalla la primera guerra mundial y se estanca el movimiento de higiene mental. Pero al terminar esta guerra, debido a todos los acontecimientos sufridos y al trauma, que dejo en la humanidad poco a poco todos los países se integran a la investigación de la higiene mental formando comités. El primer país que comienza es Canadá en 1918, después Francia en 1920, Argentina 1921, Inglaterra 1922, Bélgica 1923, Perú en 1924, Cuba 1929 y México 1938.

Calbido (2002) menciona que el movimiento de la salud mental en México se da a partir de los treinta y cuarentas. Cabe destacar que en México se promulgó el derecho a la salud física y mental en el año de 1917.(Álvarez, 1960)

Se funda el tribunal para menores (1926), se crea el pabellón de psiquiatría infantil del Manicomio de la Castañeda y se capacita a personal que trabajaría con deficientes mentales. (Calbido,2002).

En el año de 1935 “se creó en la Secretaria de Educación el Instituto Médico Psicopedagógico para deficientes mentales conocido como “Parque Lira”. La Secretaria de Gobernación, en ese mismo año se crea una clínica para atender problemas de conducta antisocial o “parasocial”, también se funda el departamento de salubridad un servicio de higiene mental para la población infantil en general” (Cabildo, 2002. Pág. 12). En 1935 “se crean las Clínicas de Conducta, se funda también en la SEP el Instituto Nacional de Psicopedagogía, que tenía bajo su cargo su servicio de higiene mental y clínica de conducta dedicado a estudiar y aplicar lo referente a la higiene mental y solo conservo el de clínica de conducta “ (Calbido, 2002)

La década de 1940-50 ocurre la segunda guerra mundial, la cual causa infinidad de trastornos mentales en la humanidad, y se obliga a incrementar tratamientos psiquiátricos. Se magnifica el trabajo de 21 países. Canadá organiza la dirección nacional de salud mental. (Calbido, 2002)

Álvarez (1960), menciona que en EU en el año de 1947 se crea la integración de varias instituciones lo cual hace que el objetivo de la higiene mental pública sea la salud y que por tanto será llamada salud mental y salud publica. En esa misma década “en el año de 1945 se crea en México el Servicio de Higiene Mental, en el hospital infantil de la ciudad de México y un año mas tarde en 1946, el Primer Servicio de Higiene Mental en el Centro de Salud Mental en el Maximino Ávila Camacho, estos servicios eran exclusivamente de psiquiatría infantil; en el año de 1947 se funda el Departamento de Asistencia Psiquiátrica e Higiene Mental de la Secretaria de Salubridad y Asistencia mismo que después se llamaría Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental en 1951. A partir de la década de los 50-60`s se inicia un enfoque más social, se fomenta una comunidad más terapéutica y preventiva dentro de los institutos ya que esta época se caracteriza por un aumento de delincuencia juvenil y el uso de sustancias tóxicas.” (Calbido, 2002,)

Cabildo (2002) dice que México prosigue con el interés de la prevención. En el año de 1953 crean cuatro nuevos servicios de Higiene Mental. En 1959 se crea la Dirección de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental, que después cambiaría a Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, la creación de esta dependencia dio inicio a una transformación de asistencia psiquiátrica cerrando los viejos manicomios y sustituyendo por hospitales más modernos como: Hospital Fray Bernardino Álvarez para enfermos agudos, Hospital de Psiquiatría Infantil, Juan N. Navarro y ocho hospitales con instalaciones para la rehabilitación del paciente crónico. En 1964 se logró la creación del Instituto Nacional de Neurología. (Pág. 15)

Al finalizar la década de los 60's y durante 1970-80 se crean los servicios para la atención de fármacodependientes como los Centros de Integración Juvenil. En 1972 se crea la Sociedad Mexicana de Salud Mental, en 1979 se inaugura el Instituto Nacional de Salud Mental dependiente del DIF, también se crea el Instituto Nacional de Psiquiatría (Cabildo 2002) La década de 1980-90 "continuó con las diferentes formas de atención curativa y prevención en psiquiatría, con nuevos recursos farmacológicos y una gran cantidad de variantes psicoterapéuticas individuales, familiares y grupales" (Cabildo 2002, Pág. 16)

En esta década de los 80's dentro de algunos sectores públicos como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se hace un programa general para los servicios de psiquiatría y salud mental ya que se incrementaban cada vez más los trastornos mentales de la sociedad mexicana.

Hay que mencionar que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) promulga su ley para el servicio de salud física en el año de 1942, esta ley fue firmada por el presidente de la república Manuel Ávila Camacho (Álvarez 1960). Hay que decir que el Instituto Mexicano del Seguro Social fue destinado para la salud física, pero al notar que existen muchos enfermos mentales la asistencia psiquiátrica del Instituto Mexicano del Seguro Social empezó con el servicio de Neuropsiquiatría, el cual fue fundado por el Dr. Raúl González Enríquez en 1947, este servicio solo se daba a los enfermos que ameritaban la

asistencia, si necesitaban de un internamiento, los pasaban a hospitales psiquiátricos particulares en tanto que construían los propios. Se daba consulta a numerosos enfermos mentales y nerviosos en los consultorios y hospitales del seguro social como en las casas de los pacientes. Al mismo tiempo se hacia la labor de investigación y estudios acerca de psicología y psiquiatría.(Ramírez, 1950)

El primer hospital de psiquiatría que inauguró el Instituto Mexicano del Seguro Social fue dentro de las instalaciones del hospital Rafael Lavista, tiempo después el Instituto Mexicano del Seguro Social crea dentro de sus propias instalaciones un Hospital de Psiquiatria llamado Morelos de la Clínica 23, el 15 de julio de 1981 y dos años después se estableció un programa de salud mental y psiquiatría, el cual decía que “serán atendidos los servicios de salud mental por equipos de especialistas multidisciplinarios quienes se harán cargo de los casos con trastornos mentales severos y complicados, los cuales requieren de intervenciones complejas y de medidas específicas para la prevención de las incapacidades y distintos tipos de minusvalidez”.(programa IMSS 1983)

CAPITULO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

2.- Instituto Mexicano del Seguro Social

Consultado el Contrato Colectivo de Trabajo 1988. Aporta los únicos antecedentes verdaderos de la legislación moderna sobre aseguramiento de los trabajadores y de sus familiares, estos se encuentran a principios de este siglo, en los últimos años de la época porfiriana en dos disposiciones de rango estatal: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre accidentes de trabajo, del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey el 9 de abril de 1906. En estos dos ordenamientos legales se reconocía, por primera vez en el país, la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. Para 1915 se formuló un proyecto de Ley de Accidentes que establecía pensiones e indemnizaciones a cargo del empleador, en el caso de incapacidad o de muerte del trabajador por causa de un riesgo profesional.

La base constitucional del seguro social en México se encuentra en el artículo 123 de la Carta Magna promulgada el 5 de febrero de 1917. Ahí se declara “de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros fines similares”. (Coquet, 1964, Pág. 1)

Coquet, (1964) menciona que a finales de 1925 se presentó una iniciativa de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. En ella se disponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de administración tripartita pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal. También se definía con precisión la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de trabajo y se determinaba el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes. La iniciativa de seguro obrero suscitó la inconformidad de los empleadores que no estaban de acuerdo en ser los únicos contribuyentes a su sostenimiento y consideraban que también otros sectores debían aportar.

Como lo señala Coquet, (1964) en el artículo Seguridad Social en México 1988 que en el año de 1929 “el Congreso de la Unión modificó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional para establecer que se considera de utilidad pública la expedición de la Ley

del Seguro Social y ella comprenderá seguros de Invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros con fines análogos. Esta reforma permite una mejor redacción, se aleja de las viejas ideas, federaliza la legislación sobre el Seguro Social. Esta ley fue publicada en el Diario Oficial el 6 de Septiembre de 1929. Pero aún habrían de pasar todavía casi quince años para que la Ley se hiciera realidad”.

Flores (1993) menciona que “el gobierno de Emilio Portes Gil se reformó y añadieron los conceptos de seguro de enfermedad y que hasta el sexenio de Lázaro Cárdenas se volvieron a preparar varios anteproyectos dirigidos a la seguridad social para prevenir enfermedades, hubo un proyecto que interesó, el cual fue presentado por la secretaria de gobernación, pero desafortunadamente no era el momento adecuado para su legislación, ya que los planteamientos y la acción de este gobierno revolucionario tuvieron que concentrar su atención en la expropiación y nacionalización del petróleo y su estrategia inmediata frente a las presiones internas y externas”

En el documento de Evolución Orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1993. Alude que en 1935 el presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de Ley del Seguro Social, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administración tripartitas, que incorporaría a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas. Sin embargo, se consideró que el proyecto requería aún de estudios ulteriores. Por encargo del mismo presidente Cárdenas, se elaboró un nuevo proyecto que resumía la experiencia de los anteriores. Su principal autor fue el titular de la Secretaría de gobernación, Licenciado Ignacio García Tellez, abogado de cuarenta años de edad, quien para esa fecha ya había sido diputado federal, gobernador interino de Guanajuato, rector de la Universidad Nacional Autónoma de México y, durante el régimen cardenista, Secretario de Educación, Presidente del PNR, secretario particular del Jefe del Ejecutivo y para esa fecha Secretario de Gobernación. Colaboración varios especialistas en Derecho, Medicina y Economía, basados en la legislación expedida en otros países hispanoamericanos.

Por otro lado la Revista cuestión Social publicada en 1993 dice que “Téllez tiene el propósito de lograr los mejores beneficios y prestaciones económicas y sociales para los trabajadores. Por acuerdo presidencial del 2 de junio de 1941 se creó la comisión técnica redactora de la ley del seguro social, formada por representantes de los sectores estatal, patronal y de los trabajadores. Esta comisión inició sus actividades el primero de junio del mismo año, bajo la responsabilidad directa del titular de la Secretaría del Trabajo”.

En la revista de 60 años de servir a México dice que el proyecto de García Téllez ” se refería a la creación de un Instituto de Seguros Sociales, de aportación tripartita, que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y que cubría o prevendría los siguientes riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes se trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria”.Aprobado el proyecto por un consejo de ministros, fue enviado a la Cámara de Diputados en diciembre de 1938. Pero tampoco esta vez pudo llegar más adelante pues a los legisladores les pareció conveniente que se elaborara un documento más completo fundamentado en estudios actuariales. Por otra parte, la situación del momento, de fuerte crisis provocada por la expropiación petrolera, exigía promover antes que nada la unidad nacional.

Por otra parte García Cruz (1973) dice que a partir de 1939 la situación de guerra motivó muchas inquietudes por encontrar soluciones a los problemas de desigualdad económica y social. Uno de los puntos de acuerdo de los firmantes de la Carta del Atlántico fue que, una vez derrotadas las potencias nazi fascistas había que lanzarse a la búsqueda de instituciones tanto nacionales como internacionales que procuraran, aparte de la paz y la tranquilidad mundiales “la seguridad de que todos los hombres de todos los países pudieran vivir libres tanto de temores como de necesidades”.

Por lo anterior, hacia 1942 confluían todas las circunstancias favorables para que finalmente pudiera implantarse en México el Seguro Social. El interés del Presidente Ávila Camacho por las cuestiones laborales ya se había manifestado desde el mismo día que asumió la presidencia, cuando anunció la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión

Social y la encomendó a quien fuera Secretario de Gobernación del régimen anterior, el Licenciado García Téllez. Atendiendo a la tónica del momento, la función inicial de la nascente dependencia fue limar asperezas y procurar la conciliación obrero-patronal. (Flores ,1993.)

En diciembre del mismo año se envió a las Cámaras la iniciativa de Ley, proponiendo como suprema justificación, que se cumpliría así uno de los más caros ideales de la Revolución Mexicana. Flores dice que se trataba de “proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales”. El congreso aprobó la Iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social.

Ahí se determina, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la seguridad social es garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Como instrumento básico de la seguridad social se establece el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social. Pero en otras instancias había desacuerdos con esta ley del Seguro Social por pagar medios de subsistencia.

El primero del año de 1943 e iniciarse las actividades del nuevo organismo, el general Ávila Camacho designa su primer director, Vicente Santos Guajardo y una planta de empleados mínima, se dedicaron, entre otras cosas, a realizar los proyectos e investigaciones que implicaba la instrumentación de las diversas ramas de aseguramiento; a estudiar las experiencias de otros países en el campo de la seguridad social para aprovecharlas en México; a divulgar el sentido y las posibilidades de la seguridad social y realizar una intensa labor de convencimiento, tanto entre los trabajadores como entre los empresarios, acerca de los alcances de la Ley y de las ventajas que reportaría a unos y a otros su aplicación.

Al hacer pública la ley en el diario oficial el licenciado Santos Guajardo declaró desde sus oficinas ubicadas en el edificio de Avenida 16 de Septiembre:

“El instituto Mexicano del Seguro Social inaugura sus labores para seguir una de las orientaciones esenciales de la constitución política del país... se cumple así uno de los mas caros anhelos de la Revolución Nacional, expresando en diversos momentos a nuestras luchas, defender a los obreros, a sus mujeres y a sus hijos de la miseria y de sus dramáticas consecuencias”...

Después de esta declaración se difunde en medios de cadenas de radio, en los diarios El Popular y El Nacional, se organizan conferencias y cursos de orientación para que los trabajadores y patrones conocieran las prestaciones médicas y económicas. Revista Cuestión Social (19-ene-93) es así como se determinó que el Seguro Social empezaría a funcionar en el Distrito Federal a partir de enero del año siguiente; mientras tanto se procedió a la inscripción de los patrones. Revista 60 años de servir a México IMSS

Al acaecerse la fecha de iniciación de los servicios y no contar con los medios necesarios para otorgarlos adecuadamente, el licenciado Santos Guajardo decidió renunciar a la Dirección General el 31 de diciembre de 1943.

La Revista 60 años de servir a México IMSS señala que el mismo día que la ley ordenaba implantar los seguros en el Distrito Federal en diciembre de 1943 el Lic. García Téllez es nombrado nuevo director del Instituto y unos cuantos días después, el 6 de enero de 1944, se opone en marcha formalmente el otorgamiento de servicios médicos en todas las modalidades prescritas.

Durante algunos meses continuaron las manifestaciones de inconformidad y los ataques contra la introducción del sistema. Estos provenían de varios sectores empresariales que se resistían al nuevo pago implicado en las cuotas de la seguridad social. Curiosamente, también algunos grupos sindicales realizaron numerosas expresiones de rechazo. Poco a

poco se fueron atenuando las posiciones más violentas ante la actitud decidida del gobierno de poner en marcha el Seguro Social en todos sus ramos. Antes de que concluyera 1946 el sistema operaba ya en Puebla, Monterrey y Guadalajara; el Instituto, tras sus primeros tiempos de dificultades políticas y angustias financieras, había alcanzado la seguridad económica necesaria y el reconocimiento general por la importancia de sus beneficios. Implantados el régimen en su modalidad urbana en los principales centros de población, se decidió iniciar paulatinamente el aseguramiento de los trabajadores del campo.

La revista *Cuestión Social* publicada en 1993 refiere que para iniciar los servicios médicos para el 6 de enero de 1944, el primer consultorio que pudo ofrecer el Instituto Mexicano del Seguro Social a sus derechohabientes contaba con dos doctores, un auxiliar de enfermería y una partera y se encontraba ubicado en las calles de Rosales e Ignacio Mariscal. Los medicamentos con los que contaban eran muestras médicas. El traslado de los pacientes se hacían en coches de alquiler ya que no contaban con ambulancias, porque el Departamento Central había negado la petición al ver el bajo presupuesto, pero más tarde les enviaron las más destruidas ambulancias. Tres meses después se ampliaron las instalaciones y se inauguró la primera farmacia central, en el nuevo edificio de Ignacio Mariscal 7 y la Clínica 1 la se instaló en la esquina de Michoacán y Avenida México, y la primera maternidad que inicia sus funciones en Abril de ese mismo año en la calle de Gabriel Mancera.

En el artículo *Evolución Orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1993*. Dice que en el período 1946-1952, se fue consolidando en el Instituto un notable equipo socio médico, al tiempo que se ampliaban los servicios y el régimen se extendía a otras entidades federativas. Se inauguró el primer hospital de zona, La Raza y también el edificio principal ubicado en el Paseo de la Reforma, de la ciudad de México.

Durante la administración 1952-1958 se buscó asegurar el equilibrio financiero de la institución mediante la reorganización administrativa. Se diseñó un plan de inversiones que incluía la construcción de grandes unidades hospitalarias y se inició en el Distrito Federal el sistema de Medicina Familiar. A finales del período estaban cubiertos los principales centros industriales y agrícolas del país.

En los años siguientes continuó creciendo no sólo el número de asegurados y beneficiarios sino también la cantidad de prestaciones a otorgar. Por las reformas a la Ley de Trabajo de 1962 quedó a cargo del Instituto proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de trabajadoras. El Centro Médico Nacional entró en funcionamiento pleno y ampliaron los servicios de prestaciones sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres. Para 1964 ya se encontraban protegidos por el Seguro Social poco más de 6 millones de mexicanos, cifra que se incrementaría en 50% en el período comprendido entre 1964 y 1970.

Flores (1993) A partir de 1970 hay un giro importante en la manera de entender la realidad nacional; se percibe la necesidad de hacer extensivos a toda la población los frutos del desarrollo económico logrado por el país. El Seguro Social se entiende como una de las instituciones más eficaces para construir la justicia social entre los mexicanos y se busca favorecer la expansión y consolidar su funcionamiento. Durante 1970 se iniciaron estudios para realizar múltiples e importantes adiciones a la Ley del Seguro Social; fueron aprobadas por el Congreso de la Unión y publicadas en marzo de 1973. La nueva Ley ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendida la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantaba el ramo de guarderías en toda la república.

Flores (1993) menciona que el rasgo más trascendente de esta Ley fue la clara intención de que el Seguro Social no se quedara en una mera instancia de justicia laboral sino que, en la medida de las posibilidades, tendería a construir una “seguridad social integral”. En estos términos se entiende la facultad otorgada al IMSS, de extender su acción a poblaciones marginadas, sin capacidad de pagar cuota alguna. Así comenzó a operar el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, financiado por la Institución y el Estado. Se convirtió, en 1979 en el programa Instituto Mexicano del Seguro Social-Coplamar por Cooperación Comunitaria y, al desaparecer el organismo Coplamar, tomó el nombre que lleva hasta la fecha: Programa Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad.

A pesar de los momentos difíciles de los años 1982 y siguientes, el Instituto siguió avanzando para lograr que la totalidad de la población con una relación formal de trabajo se incorporara al sistema de seguridad social. Para 1987 el régimen ordinario cubría ya casi 33 millones de mexicanos, de los cuales más de 7 millones eran asegurados permanentes.

La revista Evolución Orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1993 dice que las crisis económicas de los últimos tiempos han afectado seriamente la situación financiera y, por consiguiente, operativa de la Institución. Durante todo el año de 1995 se realizó un profundo proceso de auto-examen, para detectar todo aquello que había dejado de ser funcional y buscar, con la colaboración de los involucrados y de la población en general, la solución a los problemas de fondo. De este proceso surgió la iniciativa de una nueva Ley del Seguro Social, aprobada por el Congreso de la Unión y publicada en el Diario Oficial en diciembre del mismo año 1996. La nueva Ley entre otras cosas modifica radicalmente el sistema de pensiones para asegurar su viabilidad financiera y una mayor equidad en el mediano y largo plazos.

La Revista 60 años de servir a México IMSS menciona que a finales de 1996 la población derechohabiente asciende a 36 millones 553. El total de asegurados permanentes llegó a 10 millones 729 mil y el total de pensionados es de un millón 579mil.

Con 60 años de servicios ininterrumpidos, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha superado los momentos más difíciles que se derivaron ya sea de su propia situación o de los eventos nacionales. A pesar de las diferencias, sigue siendo recurso invaluable para la salud y el bienestar de los trabajadores mexicanos y se enfrenta decididamente al reto de construir la seguridad del próximo siglo.

2.1 Primeras consultas psiquiátricas del Instituto Mexicano del Seguro Social

2.1.2 La Salud Mental en el Instituto Mexicano del Seguro Social

En esta parte la bibliografía es escasa. Desde la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1943, las corrientes psiquiátricas más sobresalientes de la época como la Organicista, la Freudiana Ortodoxa, posteriormente la Frommiana y las importadas de autores europeos, estadounidenses y argentinos influyeron en la formación de los médicos psiquiatras mexicanos. Sus efectos son evidentes en la Psiquiatría institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Cárdenas (1976) menciona que “para el año de 1958 en el Hospital La Raza se puso el Departamento de Psiquiatría que estaba en el tercer piso del edificio, ocupando algunos consultorios, adscritos al servicio de otorrinolaringología, sección de Audiología. Para 1964-65 se establece la interconsulta de psicología, y se nombra al personal de Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social, pero desafortunadamente una decisión institucional decidió que saliera del hospital dicha rama ya que no podían tener pacientes psiquiátricos, y que se debería de tener un hospital especial para dichos. Solo quedó la interconsulta psiquiátrica. Al quitar este servicio en el Hospital La Raza es sustituido en el Hospital Centro Médico se pone la interconsulta de Psiquiatría, y se asigna 50 camas para enfermos psiquiátricos pero sucede la misma decisión institucional que en el anterior hospital, se necesita de un hospital para enfermos mentales. Este servicio desaparece en octubre de 1970”.(Págs.15-23)

Por otra parte en el artículo Evolución Orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1993 dice que en 1946 se funda la Unidad Neuropsiquiátrica de Naranjo, que funcionó como clínica de concentración para Consulta Externa hasta 1963.

En 1961 y 1962, se proponen dos proyectos: uno general para el Instituto Mexicano del Seguro Social y otro para fundar un Centro de Salud Mental en la Unidad Independencia; pero la Epidemiología Nacional y los compromisos del Instituto Mexicano del Seguro

Social determinaron que los recursos se dirigieran a la atención y prevención de padecimientos transmisibles, no realizándose dichos proyectos.

En 1963, la Unidad de Neuropsiquiatría de Naranjo se sustituyó por el Servicio de Psiquiatría del Hospital General del Centro Médico Nacional, que contaba con 50 camas. En este momento aparece la Psicología en la Institución, existiendo dos plazas para la categoría de Psicólogo.

En 1965, se creó el Servicio de Psiquiatría del Centro Médico la Raza, que funcionó como Consulta Externa durante un año, al término del cual se suprimió y el personal fue distribuido en diferentes Clínicas del Valle de México existiendo una plaza de Psicólogo.

En 1970 desapareció la hospitalización psiquiátrica del Hospital General y se trasladó al Sanatorio Subrogado Dr. Rafael Lavista con parte del personal.

El 3 de noviembre de 1973, el H. Consejo Técnico por acuerdo No. 323796, señala la necesidad de elaborar un plan institucional de salud Mental y Psiquiatría.

En 1972 la Subdirección General Médica inicia los trabajos correspondientes, que dieron lugar a un Plan de Salud Mental, en la que se contempla la creación de Centros Comunitarios de Salud Mental y de un Hospital Psiquiátrico en la Ciudad de México.

A principios de 1975, comienzan a funcionar dos Centros Comunitarios de Salud Mental, uno en Zapopan, Jal., y otro en la Ciudad de México.

En 1976 se inicia la construcción del Hospital Psiquiátrico en la Ciudad de México, suspendiéndose los trabajos cuatro meses después.

En 1977, por acuerdo No. 3091/77 del día 4 de mayo, el Consejo Técnico ordena un proyecto que sistematice las actividades de Salud Mental.

En 1978, el Instituto Mexicano del Seguro Social comisionó al Dr. Howard T. Rome, Presidente de la Sociedad Mundial de Psiquiatría y al Dr. Ramón de la Fuente junto con una serie de asesores externos e internos, para que efectuarán un diagnóstico de la Psiquiatría institucional, a partir de visitas realizadas a varios Servicios Médicos de Psiquiatría del Valle de México y del interior de la República, en entrevistas con personal de dichos servicios e intercambio de criterios entre ellos.

En 1979 la Jefatura de Planeación, Supervisión y Evaluación Médica, actualiza el anterior Plan de Salud Mental.

En noviembre de 1980 el Centro Comunitario de Salud Mental de la Ciudad de México, fue suprimido.

La Revista 60 años de servir a México Instituto Mexicano del Seguro Social menciona que el Instituto Mexicano del Seguro Social dispone en la República Mexicana de cuatro Hospitales Psiquiátricos propios, tres en el Distrito Federal que son: Hospital de Psiquiatría San Fernando, Hospital de Psiquiatría Morelos, Hospital de Psiquiatría con Medicina Familiar “Guillermo Dávila”, y uno más en Monterrey, Nuevo León llamado Hospital Regional de Psiquiatría No. 22. En el Estado de Jalisco se tiene un convenio con una Institución Privada, que es el Centro Comunitario de Salud Mental, en el que existe personal institucional, y algunos servicios de apoyo institucional. Existen además distribuidos en la República 31 servicios de Salud Mental algunos integrados por equipos completos de personal multidisciplinario, conformado por médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, ambas categorías en ocasiones con especialidad psiquiátrica y una categoría específica de esta especialidad, denominada asistente en salud mental con funciones particulares. En algunos Hospitales persiste el modelo de atención de 20 camas y en otros se ha desarrollado el modelo de Psiquiatría de Enlace. En otras finalmente se trabaja aisladamente con uno o dos trabajadores del área. Con la finalidad de cubrir todas las necesidades de atención psiquiátrica, en especial en los centros de mayor concentración de pacientes, se tiene subrogación con 18 hospitales psiquiátricos,

dependientes de la Secretaria de Salud, Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y algunos privados

2.2 Primer Hospital Psiquiátrico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los enfermos psiquiátricos que necesitaban hospitalización se atendían tanto en el Servicio Psiquiátrico del Hospital General del Centro Médico y en los Sanatorios particulares Floresta y Lavista y en el anexo psiquiátrico del Manicomio General de la Ciudad de México y al desaparecer esta, en el cuarto piso del Hospital Fray Bernardino Álvarez de la S.S.A

El programa de Aplicación de la Jefatura de Hospitales de la Región Sur del Valle de México IMSS (1974-75) menciona lo siguiente: En octubre de 1970 desapareció el Servicio de Psiquiatría del Hospital General del Centro Médico Nacional, las enfermedades mentales aumentaban cada día por lo que las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social, se avocaron a solucionar el problema. La calidad en la atención psiquiátrica baja se ocasiona un desconocimiento de rubros importantes en diferentes aspectos, como la escasa actividad de tipo preventivo en el campo de la Salud Mental, la deficiencia de la enseñanza e investigación y la disminución del interés y motivación del personal que lleva a cabo la asistencia psiquiátrica. Por lo que se pensó la posibilidad de acondicionar el Sanatorio Rafael Lavista.

En 1974 se visita al Jefe de Servicio del Departamento de Enseñanza e Investigación a quien se le plantean una serie de necesidades para el mejoramiento de la atención hacia los enfermos mentales. Posteriormente el 19 de noviembre de 1974 se efectúa una segunda reunión en la Jefatura de zona en donde se presentó los Jefes nombrados y a un médico de base la necesidad informativa general y de orientación para el establecimiento de un Programa interno propio de la Unidad. A partir del 10 de diciembre de 1974 se implantaron sesiones de Evaluación Médica y para el día 3 de abril de 1975 fue entregado por el Director de la Unidad el Programa General: Manual de Rutinas y Procedimientos de 1975-1976. En la misma fecha y previa discusión fue aceptado por el Director de la Unidad, el

Programa elaborado por la Supervisora del área de Trabajo Médico Social asignada a la zona de Hospitales de la Región Sur.

Este programa propone desde el punto de vista médico la importancia que se le da a la Salud Mental implica que no debe de estar aislada de los demás, que es considerada en igualdad de condiciones que otras y que se pretende situarla en condiciones semejantes. Dentro de la misma importancia médica se ha de manifiesto y al través de la Evaluación Médica realizada y de sus resultados, que los enfermos deben de ser vistos como un todo y no solamente como pacientes de la esfera mental.

Al aceptarse dicho proyecto de inmediato personal del Instituto Mexicano del Seguro Social se ubica dentro de las instalaciones del Sanatorio Rafael Lavista, se logra que los pacientes cuenten con comedor común, ya que con anterioridad los alimentos se proporcionaban en los cuartos, con los inconvenientes de higiene y falta de socialización, sin embargo se observo que sus instalaciones eran anticuadas y antifuncionales; carecía de facilidad para mantener una separación adecuada de los enfermos de acuerdo al tipo específico de padecimiento y al trastorno de conducta. La psicoterapia individual y de grupo tenía que practicarse en locales inapropiados, ocurriendo lo mismo con lo locales de enseñanza. En un esfuerzo por mejorar las condiciones de la atención médica, así como las del trabajo del personal, las Autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social determinaron la remodelación de los departamentos (hombres y mujeres) de aislamiento para pacientes con alteración severa de la conducta, la creación del Departamento de Medicina Interna y el cuarto para tratamientos físicos, así como la construcción de consultorios, estacionamiento para vehículos del personal y dotación de medios de comunicación interna y externa mediante interfonos y teléfonos.

En lo que respecta a médicos internos, enfermeras, vigilantes, etc personal proporcionado por el Sanatorio, es inadecuado, escasa o nula preparación hecho que deteriora cualquier esfuerzo para mejor la atención de los pacientes.

Por este motivo, la Subdirección General Médica, a través de la jefatura de Planeación y Supervisión Médica, realizó un proyecto para construir un Hospital Psiquiátrico del DF y Valle de México, proyecto en el que participaron como consultores algunos psiquiatras del hospital; para llevarlo a cabo, se adquirió un terreno en el sur de la ciudad, quedaron concluidos los programas médico y médico–arquitectónico del nuevo Hospital Psiquiátrico del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual contaría de 300 camas para adultos y 35 para niños, y una Unidad de Investigación Psiquiátrica. Por múltiples razones no se pudo llevar a cabo dicho proyecto. Por lo que el Hospital Psiquiátrico del Instituto Mexicano del Seguro Social estará ubicado dentro del Sanatorio Psiquiátrico “ Rafael Lavista”, el cual es una Institución privada que funciona como Unidad Auxiliar que dará atención a todos los pacientes psiquiátricos del Valle de México y eventualmente de algunos de los estados de la Republica.

El servicio asistencial que ofrece este hospital consiste en la recepción del paciente durante las 24 horas del día, su estudio médico integral, la elaboración de un diagnóstico psiquiátrico, tratamiento especializado intensivo de tipo físico, farmacológico y psicoterapéutico, tendiente ayudarlo hasta donde sea posible en las áreas familiar, laboral y social que eventualmente, puedan estar influyendo directa o indirectamente en la génesis de la enfermedad.

Además de esta labor fundamental, existen otros auxiliares, tales como terapias ocupacionales, recreativas, deportivas y artísticas, que frecuentemente constituyen un efectivo auxiliar en el tratamiento del paciente alcohólico, fármaco dependiente, esquizofrénico y la orientación en familiares, se constituyen también en auxiliares de enorme importancia en la asistencia del paciente psiquiátrico.

Uno de los programas que dió más éxito fue el de rehabilitación hacia pacientes alcohólicos, el cual se inició en septiembre de 1973, otros de los programas con resultados muy alentadores fue el diseñado para pacientes epilépticos con complicaciones psiquiátricas. Los programas para fármaco dependientes y orientación a familiares solo eran llevados muy rudimentariamente. Puede decirse lo mismo acerca de la función de tipo

preventivo para los pacientes psiquiátricos dados de alta ya que el Hospital no cuenta con Consulta Externa.

Otra función básica del Hospital era la enseñanza, se entrenaba a los residentes de la especialidad mediante el programa que incluía supervisión clínica, sesiones clínicas y bibliográficas, conferencias, mesas redondas y asistencias a congresos y eventos científicos de la especialidad, así como materias básicas en asociación al Curso de Especialización en Psiquiatría de la UNAM.

El personal que trabajaba en este Hospital son de Base de 8 horas y de Base de 6.5 horas es:

1. Personal de Base de 8 horas

- Director
- Jefe de Enseñanza e Investigación
- Nueve Psiquiatras
- Neurólogo Internista
- Cinco Psicólogos
- Terapista Ocupacional (Psicólogo)
- Cuatro Trabajadoras Sociales
- Dos enfermeras
- Archivista
- Dos Secretaria

2. Personal de Base de 6.5 horas

- Tres asistentes sociales
- Una enfermera

3. Personal del Sanatorio

-Personal Paramédico (enfermeras, vigilantes y afanadoras)

Este programa que hizo el Instituto Mexicano del Seguro Social estableció la asistencia que se daría a los pacientes psiquiátricos el cual se fijó metas para favorecer tanto a estos como al personal profesional ya que se amplían los conocimientos para mejores tratamientos e investigaciones. Pero cabe destacar que el Hospital no daba toda la atención necesaria por falta de recursos y de espacios es así que el Instituto Mexicano del Seguro Social piensa en crear su propio Hospital Psiquiátrico dentro de sus instalaciones.

Este Hospital se ubicó en San Juan de Aragón en la Clínica 23 de la Unidad Morelos. El Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos" de la Delegación 2 Noreste del Distrito Federal, inicia actividades el 15 de junio de 1981 en el área que ocupaban quirófanos y salas de espera de la UMF No.23, con una capacidad aproximada de 70 camas y proporcionando atención hospitalaria a la demanda de los pacientes con padecimientos médico-psiquiátricos, los cuales se les trataba de acuerdo con las condiciones de la época (ejemplo: terapia electroconvulsiva, gasoterapia, psicofármacos, etc)

La terapia electroconvulsiva era un tratamiento de esta época que solo se justificaba su atención en condiciones excepcionales como:

- Estados de excitación psicomotriz incontrolables
- Obsesiones e impulsos suicidas de alto riesgo para el paciente

Para que se utilizara esta medida se requería:

- Orden escrita del médico tratante que debería estar justificada y registrada en el expediente clínico
- Autorización escrita del familiar responsable
- Precauciones técnicas reconocidas, así como las contraindicaciones de acuerdo al estado físico y la edad del paciente.

- El número total de los electroshocks no debían excederse a 10 tratamientos
- Para situaciones de excepción, distintas a las mencionadas se requería del punto de vista clínico de dos psiquiatras y la autorización por escrito del Jefe de Departamento Clínico o del Director de la unidad.

Al principio el Hospital atendía a pacientes de ambos sexos (hombres y mujeres), sin embargo seis meses después se llevaron a las pacientes femeninas y solo se atendieron hombres; fue dos años después, en 1983, que se retoma la modalidad de atender a pacientes de ambos sexos.

En 1987 se crea el Plan Nacional de Psiquiatría y se modifica la estancia hospitalaria, que inicialmente era de dos meses, y pasa a quince días de hospitalización

En 1990 surge como plan piloto el Hospital de Día o Parcial, que aunado a las clínicas pretende rehabilitar precozmente a los pacientes con padecimientos psiquiátricos, incorporándolos de nuevo a su entorno laboral, familiar y social. Da inicio en las mismas instalaciones el servicio de Consulta Externa y posteriormente surgen otras alternativas de atención como:

- Clínica de la depresión y ansiedad
- Clínica de la esquizofrenia
- Clínica de adicciones y fármacodependencia
- Clínica de trastornos cuantitativos del afecto

En el Instructivo de Operación para la Atención Psiquiátrica de Pacientes que requieren de Servicios de Hospitalización y de Consulta Externa Especializada (1987) menciona que el Hospital de Día o Parcial constituyen una de las mejores alternativas a la Hospitalización Psiquiátrica, porque es efectiva y poco costosa.

2.3 Hospitalización Parcial

La Hospitalización Parcial representa una instancia funcional, el paciente recibe durante su estancia la misma atención individual y en grupo que los pacientes de hospitalización total, con la única diferencia de que a la hora que se le fije, se retira solo o acompañado de un familiar.

Este tipo de Hospitalización sirve para evitar el internamiento de algunos tipos de pacientes o como periodo de transición entre la hospitalización total y el domicilio del paciente.

Ayuda a los pacientes a resolver muchos problemas de adaptación con sus familiares. Permite a los clínicos disminuir el promedio de estancia, evitar la institucionalización de los enfermos, supervisar la evolución de los pacientes en contacto con su medio familiar, laboral, escolar, etc.

2.4 Hospital de Día

En el Hospital de Día el paciente ingresa al hospital y a la hora que se fije en la mañana, recibe atención médica, participa en actividades programadas del ambiente terapéutico y por la tarde a la hora que se fije, se retira solo o acompañado de su familiar.

También esta la Hospitalización de noche, y de fin de semana:

2.5 Hospital de noche

El paciente ingresa al hospital a la hora que se fije por la tarde o en la noche, recibe atención médica y duerme en el hospital, la hora que se fije en la mañana, se retira solo o acompañado de su familiar.

2.6 Hospital de fin de semana

El paciente ingresa al hospital a la hora que se fije en la mañana del sábado, recibe atención médica, participa en las actividades programadas del ambiente terapéutico y a la hora que se fije el domingo por la tarde o el lunes por la mañana, se retira solo o acompañado de su familiar.

En cualquiera de estas modalidades de la hospitalización el servicio que el personal da:

El Psiquiatra supervisa la evolución clínica del paciente

El Psicólogo inicia y mantiene las intervenciones psicoterapéuticas individuales y de grupo. Participa en moderar las disfuncionalidades de la familia del paciente

El Trabajador Social cita o visita regularmente a la familia del enfermo, para orientarla en el proceso de rehabilitación a largo plazo y para prevenir el abandono del tratamiento por parte del paciente.

Este tipo de programas se fortalecieron en 1997 con la inclusión al Cuadro Básico Nacional de nuevos psicofármacos (ocho medicamentos), que ayudan a la reducción de la estancia.

Este programa Delegacional de Hospital Regional Dinámico brinda un modelo de atención de tratamiento psicoterapéutico, farmacológico y ocupacional simultáneamente, generando con lo anterior que los pacientes sean estudiados desde el punto de vista biológico, psicológico y social. El elemento central de este programa es el manejo interdisciplinario, donde se conjugan los puntos de vista del Psiquiatra, Psicólogo y Trabajo Social, teniendo desde el inicio una visión multifocal de la estructura del enfermo, plateándose simultáneamente diversas alternativas de tratamiento lo que beneficia al paciente en gran medida, ya que con la interacción dinámica de los expertos se observa que los pacientes que son estudiados profundamente tienen mejores ejes de evolución y se pueden crear para ellos mejores alternativas de tratamiento en forma inmediata.

A través de su estudio integral que hace hacia el paciente el hospital logra que el promedio de estancia, sea menor al establecido, lo anterior beneficia directamente al enfermo, ya que no desvincula su medio familiar, social más allá del tiempo estrictamente necesario.

Plantea que para un buen tratamiento hacia el paciente psiquiátrico, este debe contar con visita familiar durante los siete días de la semana, ya que se ha observado que los pacientes se angustian menos, tienen mayor disponibilidad de colaborar en su tratamiento, tiene mayor contacto con la realidad, los familiares tienen mayor aceptación del enfermo. El enfermo con este tipo de dinámica tiene una menor estancia en el hospital, a comparación de otras instituciones públicas y privadas.

El Modulo de Salud Mental del Hospital es un modelo de atención medico psiquiatrica, donde se atiende a derechohabientes de la zona Aragón sobresaliendo la atención a niños y adolescentes, ya que el 40% de la demanda de atención corresponde a esos grupos de edad. El trabajo en este servicio es similar al desarrollado en Hospital, es decir el equipo es interdisciplinario, donde todos y cada uno de los casos son evaluados en su contexto biológico, psicológico y social. Se desarrollan técnicas grupales de gran calidad, se detectan alteraciones en el lenguaje, en la conducta, en la adaptación y en el aprendizaje.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha procurado en la actualidad que las unidades de asistencia psiquiátrica operen bajo el mismo modelo, determinando primordialmente por el diagnostico de los enfermos que allí son atendidos ya que las hospitalizaciones prologadas en otros hospitales generan un seguimiento retardado y que el paciente de nueva cuenta vuelva a ser hospitalizado. Es por ello que el Instituto Mexicano del Seguro Social implementa un servicio intermedio entre la hospitalización tradicional para enfermos agudos y la consulta externa de la especialidad.

Cabe mencionar que dentro de las instituciones del Instituto Mexicano del Seguro Social a partir de 1976 ha dado servicio de Salud Mental a los pacientes con alguna alteración psiquiátrica en el Programa de de la Jefatura de Planeacion, Supervisión y Evaluación Medica del Departamento de Plantación y Programación de la Atención Medica (1976)

plantea que las clínicas 62,63,64 y 66 enviaban a los pacientes al psiquiatra de la clínica 60 y pacientes de las clínicas 59,61 y 65 a la clínica 58. Estas clínicas también contaban con un Psicólogo Para una adecuada atención se hizo un acuerdo con un Centro de Salud Mental que se encontraba en la Zona de Azcapotzalco

Las clínicas 5 y 20 son las que contaban con un psiquiatra

La clínica 5 atendía un total de 298 947 derechohabientes

La clínica 20 atendía un total de 253 149 derechohabientes

La clínica 60 atendía 671 610 derechohabientes

Para que estas clínicas tuvieran una buena atención hacia los pacientes, se tuvieron que elaborar una serie de Programas hacia la atención a la Salud Mental, en estos programas, cuidadosamente se seleccionaba al personal que llevaría a cabo las actividades, para esto se adiestraba a través de cursos especiales. El personal que trabajaría con los pacientes y la familia serian: Médicos Psiquiatra, Trabajadoras Sociales, Psicólogos y Enfermeras.

Al visualizar el Instituto Mexicano del Seguro Social que los casos de pacientes psiquiátricos aumentaban se decidió que en la Zona II del Valle de México las clínicas 3,16 y 23 contarán con Psiquiatra y que en la clínica 3 contara con un Psicólogo y que todas estas clínicas contarán con una Trabajadora Social.

Durante 1977 se dispuso que las clínicas 70, 71, 73,74 y 75 contarán con Psiquiatra, Psicólogo y Trabajadora Social. En la clínica 75 era la única que disponía con un consultorio disponible para integrar al equipo de Psiquiatra Psicólogo y Trabajadora Social, esta última ya laboraba en la unidad.

Como el equipo con el que contaba el Instituto Mexicano del Seguro Social fue insuficiente para tantos casos de pacientes psiquiátricos, se tuvieron que subrogar al Centro de Salud Mental de la Colonia Pantitlan, en este lugar se tuvieron que organizar a los psiquiatras de las clínicas 6,25 y 75 de tal manera, que laboraran tanto en su clínica como en el Centro de Salud Mental.

Las consultas solicitadas en 1977 de pacientes psiquiatricos fue muy eleva, el porcentaje total y real no fue otorgado, solo se tienen porcentajes bajos como 28%

Por lo que ahora las clínicas 7, 8, 9, 26 y 28 atenderán a solo la población de sus propias unidades, no serán enviados por otras. La población de derechohabientes para esa época era de 109 356 57 853 y 126 249 respectivamente. Estas clínicas cuentan con un psiquiatra y cuatro de ellas cuenta con un psicólogo; solo la clínica 26 carece de el.

En este mismo año se propone crear un anexo a la Clínica Hospital No. 8, para que en el, sean atendidos los derechohabientes de la Zona, tal propuesta no se lleva a cabo, por lo que se organiza un Servicio de Psiquiatría en el Anexo del Hospital General del Centro Medico Nacional.

El equipo que se organiza y se designa son:

- 1 Psiquiatra Jefe de Servicio
- 2 Psiquiatras
- 1 Psicólogo
- 2 Trabajadoras Sociales
- 9 Enfermeras Generales
- 9 Auxiliares de Enfermería
- 2 Auxiliares Universales de Oficinas
- 6 Médicos Residentes del Programa de Postgrado
- Personal de Intendencia

El propósito del Instituto Mexicano del Seguro Social fue disminuir la subrogación a otras unidades, integrar la Psiquiatría a la Medicina y realizar mejores programas de docencia de postgrado. Para poder lograr este propósito se revisaron los programas que con anterioridad se tenían del Sanatorio Rafael Lavista, al cual ellos hicieron algunas modificaciones con respecto a disminuir la hospitalización de los pacientes ya que el equipo con el que contaba el Anexo del Hospital General del Centro Medico Nacional

.determinaba una corta estancia. También se organizó un contrato para que terminaran algunas subrogaciones en otras unidades entre ellas el Hospital Fray Benardino Alvarez de esta forma el Instituto Mexicano del Seguro Social pudiera atender en sus propias clínicas y hospitales a todos sus derechohabientes que padecieran algún trastorno psiquiátrico.

CAPITULO 3

**LABOR DEL PSICÓLOGO DENTRO DE LOS SERVICIOS
DE SALUD MENTAL EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL**

3.- LABOR DEL PSICÓLOGO DENTRO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con 10 unidades en el Distrito Federal con servicio de Salud Mental, 7 de ellas son Unidades Médica Familiar que cuentan con servicio de consulta externa especializada. Las tres unidades son servicios de Hospitalización Psiquiátrica.

El personal que labora dentro de los servicios de Salud Mental de las Unidades Médico Familiar son; Psicólogos, Psicómetras, Psiquiatras, y Trabajadoras Sociales

Dentro de los hospitales psiquiátricos, el personal se compone por personal médico psiquiátrico, psicólogos, neurólogos, trabajadoras sociales, enfermeras y terapeutas ocupacionales.

3.1 Funciones del Personal en los Servicios de Salud Mental

A continuación veremos las funciones que cumple el personal Salud Mental. Primero nos concentraremos en dos Planes de Psiquiatría uno realizado en 1976 y el otro realizado en 1987; después visualizaremos, a través de entrevistas, las funciones que cumplen. Pero nos detendremos en visualizar más a detalle las funciones que ejerce el psicólogo dentro de estos contextos de Salud Mental.

El Manual de Rutinas y Procedimientos 1975-1976 elaborado en el Hospital Psiquiátrico del IMSS menciona:

Las funciones del Médico Psiquiatra, “el Psiquiatra tiene a su cargo la responsabilidad del manejo de los pacientes que le son asignados además de supervisar, enseñar y orientar al médico residente en la práctica de la psiquiatría”.

El Psiquiatra debe “pasar visita a los pacientes conforme a las actividades programadas, estudiarlos integralmente, trazar el plan terapéutico y supervisar los tratamientos. Debe estar pendiente de las interconsultas, de los estudios de laboratorio, psicología y trabajo

social solicitados. Además colaborar en las funciones de enseñanza e investigación conforme al programa establecido para este fin”.

Otra función del Psiquiatra “es la de colaborar en el programa de extensión hospitalaria, seleccionando pacientes de difícil control extrahospitalario y con elevada tendencia a la recaída. Este programa, incluye orientación a familiares de los pacientes para su mejor manejo y rehabilitación.”

La función del Psicólogo, dentro del equipo de trabajo, “tiene a su cargo la elaboración de los estudios psicológicos, tanto para pacientes internados que así lo ameriten, como de aquellos que se presentan en sesión clínica y los que son enviados por la Subdirección General Médica para estudio psiquiátrico. Imparte terapias de grupo e individual y participa en la orientación familiar, interviene en las entrevistas de los pacientes y de sus familiares”. Participa en las sesiones clínicas y bibliográficas (casos de pacientes con patología grave que se analizan en conjunto médicos-psiquiatras y psicólogos) del Hospital y en la enseñanza de la psicología al médico residente.

La función de la trabajadora Social “es la intermediaria entre el paciente, sus familiares y el medio laboral. Se encarga de informar aquellos sobre el reglamento del Hospital para el manejo del paciente mientras permanece internado, le informa sobre los días y las horas de visita y las cita con el médico tratante.”

La trabajadora Social juega un importante papel, en coordinación con el equipo de trabajo cuando existe problemática ambiental (rechazo); en estos casos, “realiza acción efectiva para preparar la rehabilitación del paciente. Participa también en la orientación a los familiares y es el enlace con el psiquiatra que atenderá al paciente al ser externado”.

Participa también en las sesiones clínicas y en la discusión de los aspectos sociológicos del paciente para trazar el plan terapéutico.

La función de la enfermera es la labor “de supervisión del personal de enfermería, vigilando los intereses de los pacientes en lo que respecta a la alimentación y atención hospitalaria2.

Ahora veamos lo que señala el Manual Instructivo de Operación para la Atención Psiquiátrica de Pacientes que requieren de Servicios de Hospitalización y de Consulta Externa Especializada (1987) menciona:

Que las actividades Médico no Familiar (Psiquiatra) son:

Proporcionar atención médico-psiquiátrica de la mayor calidad posible, de la manera más eficiente y oportuna; y con un acendrado sentido humano.”

Coordinar sus actividades con los otros niveles institucionales de la atención.

Coordinar la participación activa del equipo multidisciplinario de Salud Mental, en el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales.

Asistir a las reuniones sobre información de eventos ocurridos en la unidad antes de su turno (entrega de guardia).

Asistir y participar en la visita médica (hospitalización).

Asistir, participar y coordinar con el equipo multidisciplinario las sesiones de revisión de caso. (primera vez y subsecuentes).

Realizar actividades psicoterapéuticas para lograr la mejor interacción del paciente con sus familiares.

Favorecer el empleo de la terapia de múltiple impacto asociada o no a fármacos.

Emplear al mínimo el recurso de la hospitalización psiquiátrica.

Coordinar entre los integrantes del equipo multidisciplinario de Salud Mental las acciones terapéuticas y de rehabilitación que se derivan para cada caso en particular.

Realizar actividades que promueven la reinserción social del paciente.

Participar en las actividades del ambiente terapéutico para los pacientes hospitalizados.

Revisar los casos problema con el Jefe del Departamento Clínico.

Participar en las actividades de hospitalización parcial, especialmente las del hospital de día.

Detectar y aportar soluciones para los problemas de adaptación psicológica y de relaciones interpersonales entre los grupos de trabajadores de la unidad.

Valorar los casos para la aplicación de procedimientos que prevengan las incapacidades y la minusvalidez.

Propiciar que en la forma de tratamiento integral, predomine la atención en grupo sobre la individual.

Informar oportunamente al Jefe del Departamento Clínico de Psiquiatría de las actividades realizadas.

Relaciones de mando(En este punto no se especifica bien a que se refieren las relaciones de mando)

Jefe inmediato

El Jefe del Departamento Clínico o Encargado del Servicio.

Subalternos en aspectos operativos.

Psicólogo

Trabajadora médico social.

Personal de Enfermería.

Asistente en Salud Mental.

Asistentes sociales.

Personal de Servicios de Intendencia.

Personal de Dietología.

Técnico-Administrativas

Prever y solicitar los recursos requeridos para la implementación y desarrollo de los programas aprobados.

Controlar los recursos asignados al área a su cargo para el mejor aprovechamiento de los mismos.

De Enseñanza e Investigación

Promover y colaborar en programas de Enseñanza e Investigación.

Actuar como capacitador y consultor del personal de Salud en general.

Realizar o participar en trabajos de investigación científica.

Las actividades Psicólogo asistenciales son:

Participar con el equipo multidisciplinario de Salud Mental en el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales de la población amparada bajo su responsabilidad.

Asistir a las reuniones de información sobre eventos ocurridos en la unidad antes de su turno (entrega de guardia).

Asistir y participar en la visita médica (hospitalización).

Asistir y participar con el equipo multidisciplinario a las sesiones de revisión de casos de primera vez y subsecuentes.

Aplicar, calificar e interpretar las pruebas psicológicas de acuerdo a la necesidad de cada caso y determinadas por el juicio clínico del psicólogo.

Proporcionar atención psicoterapéutica individual, de grupo, de pareja y familiar.

Coordinarse con los integrantes del equipo multidisciplinario de Salud Mental para las acciones terapéuticas y de rehabilitación.

Participar en las actividades del ambiente terapéutico para pacientes hospitalizados y asistentes al hospital de día.

Proporcionar orientación psicológica a grupos de familiares.

Relaciones de mando. (En este punto no se especifica bien a que se refieren las relaciones de mando)

Jefe inmediato

Jefe de Departamento Clínico o Encargado del Servicio.

Jefe de Oficina.

Subalternos:

No tiene.

Administrativas

Registrar acciones diagnósticas y terapéuticas en el expediente clínico.

Organizar, integrar y mecanografiar resultados de pruebas psicológicas.

Informar periódicamente al Jefe inmediato superior sobre las acciones realizadas.

Asistir y participar en las reuniones administrativas y de otra índole convocadas por el personal directivo.

Realizar otras actividades que le sean encomendadas y que estén relacionadas con el género de su actividad profesional.

Enseñanza e Investigación

Asistir y participar en sesiones académicas (clínicas, bibliográficas, etc.).

Realizar o participar en trabajos de investigación científica.

Colaborar en programas de enseñanza e investigación.

Actuar como consultor y capacitador del personal de salud en general.

Las actividades jefe de trabajo social .técnico Asistencial son:

Establecer las actividades específicas del trabajador social en los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental.

Coordinar las actividades de Trabajo Social Psiquiátrico con las del resto de los departamentos o servicios de la unidad médica.

Proporcionar apoyo técnico al personal de salud en general sobre los aspectos psicosociales de la atención de los pacientes.

Establecer conjuntamente con el equipo multidisciplinario de salud mental, las estrategias, las modificaciones o las adecuaciones a los programas de atención.

Administrativas

Elaborar el Programa General de Trabajo Social, acorde con las necesidades derivadas del diagnóstico situacional del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental.

Establecer los procedimientos internos que sean necesarios y que estén de acuerdo con las normas vigentes y las necesidades operativas del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental.

Organizar los recursos físicos y humanos del Servicio de Trabajo Social de acuerdo con el Programa General de Trabajo.

Supervisar y evaluar sistemáticamente las actividades profesionales del personal a su cargo.

Enseñanza e Investigación

Detectar las necesidades de capacitación y de adiestramiento del personal del Servicio de Trabajo Social.

Elaborar el programa de capacitación y adiestramiento del personal del servicio.

Propiciar la participación del personal a su cargo en la investigación científica.

Planear y desarrollar las investigaciones sobre los aspectos psicosociales de los problemas de salud mental.

Colaborar en la evaluación sobre el impacto y la efectividad de los programas del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental.

Dirigir y participar en la elaboración del diagnóstico situacional del Servicio de Trabajo Social.

Técnico Asistenciales

Elaborar los estudios sociales con la orientación específica que el equipo de Salud Mental determine.

Llevar a cabo las actividades médico sociales para el manejo multidisciplinario de los casos.

Participar en las acciones del equipo de Salud Mental destinadas a la capacitación de la familia del enfermo mental.

Llevar a cabo las acciones profesionales que faciliten el tratamiento y la rehabilitación a nivel domiciliario.

Establecer coordinación con el servicio de Trabajo Social de los hospitales subrogados para mantener la supervisión preventiva del estado de salud.

Facilitar la reinserción del paciente psiquiátrico a su medio social, familiar y laboral.

Organizar y coordinar grupos de familiares para que requiera orientación sobre aspectos legales y administrativos inherentes al proceso de la atención médico psiquiátrica.

Formar grupos específicos de pacientes y de sus familiares que requieran mejorar las relaciones interpersonales.

Promover la autoasistencia de los derechohabientes a través de la formación de grupos de autoayuda con problemas psicosociales afines.

Orientar y educar en Salud Mental a la comunidad sobre aquellas condiciones familiares, laborales, escolares y comunitarias que pueden constituirse en factores de riesgo y determinar incapacidades o minusvalidez.

Promover la organización y la capacitación comunitaria para la detección y derivación oportuna de casos con el fin de que soliciten atención en las etapas iniciales de los trastornos mentales.

Participar en la visita médica a los pacientes hospitalizados.

Participar en la planeación y mantenimiento del ambiente terapéutico hospitalario.

Participar en la planeación y mantenimiento de las actividades del hospital parcial (de día, de noche y de fin de semana).

Promover y coordinar las acciones para el establecimiento de alternativas para la hospitalización psiquiátrica, mediante el aprovechamiento óptimo de los recursos comunitarios locales.

Relación de mando: (En este punto no se especifica bien a que se refieren las relaciones de mando)

Jefe inmediato en aspectos operativos.

Médico no Familiar (Psiquiatra).

Subalternos

No tiene.

Técnico-Administrativas.

Participar en el análisis y determinación de la eficiencia y suficiencia de los recursos necesarios para la operación.

Participar en la elaboración de normas, manuales e instructivos del servicio.

Informar al médico psiquiatra de acuerdo al sistema establecido, sobre las actividades realizadas en el ejercicio de su puesto.

Cumplir y hacer cumplir las normas institucionales.

De Enseñanza e Investigación

Participar en la planeación y ejecución de los programas de Enseñanza e Investigación de la unidad y del Servicio de Salud Mental.

Colaborar en la planeación y desarrollo de protocolos de investigación sobre factores socioculturales vinculados con los trastornos mentales.

Actuar como asesor y capacitador del personal de salud en general.

Las actividades de la Enfermera General son:

Apoyar la prestación de atención médica, mediante ejecución de órdenes médicas, aplicación de normas y desarrollo de procedimientos propios de la profesión.

Proporcionar atención de enfermería de la más alta calidad, brindando cuidado integral al paciente psiquiátrico.

Participar en coordinación con otros órganos en el establecimiento de técnicas y procedimientos de trabajo para otorgar mejor atención al derechohabiente.

Diseñar, ejecutar y evaluar planes de cuidados de enfermería en base a necesidades identificadas al observar al paciente.

Participar en tratamientos médicos-quirúrgicos generales y específicos protegiendo la individualidad del paciente.

Establecer relación terapéutica con el paciente a fin de conocer los aspectos psicosociales de interés para que el equipo de salud establezca el plan terapéutico a seguir en cada caso.

Solicitar y manejar medicamentos ministrándolos a los pacientes conforme a técnicas institucionales establecidas y reportando al médico efectos secundarios que presente el enfermo.

Realizar procedimientos higiénicos y dietéticos promoviendo el autocuidado en el paciente y colaborando en la educación para la salud a la familia y comunidad.

Participar en la programación y realización de actividades recreativas y ocupacionales para pacientes.

Participar en la programación y realización de actividades recreativas y ocupacionales para pacientes.

Participar en la entrega y recepción de turno, informando de tratamientos y procedimientos efectuados, así como de la evolución del paciente.

Auxiliar al paciente en actividades de la vida diaria que no pueda realizar por sí mismo.

Corroborar datos de identificación del paciente con expediente clínico previo a su traslado a otros servicios.

Emplear en forma idónea recursos institucionales disponibles para el desempeño de sus labores.

Fomentar las buenas relaciones humanas del equipo de salud.

Colaborar en la creación del ambiente terapéutico.

Recibir y entregar material, equipo, ropa y medicamentos registrando datos necesarios para su control en papelería específica.

Participar en la enseñanza incidental y planeada para personal de enfermería y asistentes en salud mental.

Colaborar en la realización de actividades de los Comités en los que participa el Departamento de Enfermería.

Asistir a juntas de trabajo y actividades de enseñanza que indique la Jefatura del Departamento.

Brindar protección al paciente mediante la aplicación de normas y medidas de seguridad.

Preparar material y equipo para la visita médica y colaborar en su ejecución.

Informar oportunamente a la enfermera Jefe o Encargada del servicio de las actividades realizadas.

Colaborar con el equipo de salud en la planeación, organización y evaluación de programas de trabajo del servicio.

Las actividades del Auxiliar de Enfermera General son:

Interviene en la recepción, atención exploración y entrega de pacientes con información sobre su estado de salud.

Toma signos vitales y somatometría registrándolos en forma específicas.

Orienta, vigila y acompaña en caso necesario, al paciente durante su estancia en el servicio o traslado a los diferentes departamentos de diagnóstico y tratamiento con expediente o solicitud de estudio.

Auxilia al médico y al personal profesional de enfermería en el tratamiento médico-quirúrgico del paciente, como son: curaciones, inyecciones, vigilancia de venoclisis, administración de medicamentos, etc.

Proporciona cuidados generales al paciente, como son: cambio de ropa de cama, baño, auxilia en la ingesta de alimentos, etc.

Efectúa y enseña procedimientos higiénicos dietéticos favorables para el paciente, así como a los familiares de los mismos.

Participa en la visita médica.

Corroborar que el personal de intendencia mantenga limpia la unidad del paciente.

Solicita, recibe y entrega medicamentos, equipo, material de curación e instrumental.

Solicita y maneja ropa.

Orienta al personal a su cargo, al de nuevo ingreso y a otros grupos sobre técnicas específicas en el manejo de aparatos, equipo y material.

Asiste a cursos de inducción a áreas de trabajo, así como a juntas, conferencias y cursos que indique el Instituto, para efectos del mejor desempeño del puesto y su superación personal.

Se coordina con el equipo interdisciplinario para el manejo del paciente.

realiza labores técnico-administrativas inherentes a la categoría.

Asistenciales

Participar con la enfermera, en la aplicación de técnicas y procedimientos de Enfermería en la atención a los pacientes.

Preparar las áreas para la recepción de pacientes.

Efectúa y enseña procedimientos higiénicos dietéticos favorables para el paciente, así como a los familiares de los mismos.

Colabora en la aplicación de medidas de seguridad y protección de paciente.

Interviene en la recepción, atención, exploración y entrega de pacientes con información sobre su estado de salud.

Fomentar las buenas relaciones humanas del equipo de salud.

Llenar los registros de Enfermería propios servicio que le sean asignados.

Participar en la entrega y recepción de turno, informando de tratamientos y procedimientos efectuados, así como de la evolución del paciente.

Interviene en la evaluación de la operación del servicio.

Administrativas

Participar en la programación específica del servicio.

Participar en el análisis y estudio de recursos necesarios para la operación.

Controlar dotaciones de material de curación y ropería del servicio.

Informar de acuerdo al sistema establecido de las actividades realizadas en el ejercicio de su puesto.

Cumplir con las normas, reglamentos e instructivos del Servicio, de la Unidad y los emanados de la Subdirección General Médica.

Asistir a cursos de inducción a áreas de trabajo, así como a juntas, conferencias y cursos que indique el Instituto, para efectos del mejor desempeño del puesto y su superación personal.

Académicas.

Participar en la elaboración y ejecución de los Programas de Enseñanza e Investigación.

Participar en los Programas de Desarrollo del Personal del Servicio.

Como se vió en estos dos Manuales, las instrucciones son complementarias para la operación de los Servicios de Salud Mental del Instituto Mexicano del Seguro Social. Aquí se especifican algunas actividades que no contravienen a lo dispuesto en las condiciones generales de trabajo, manifiestan de manera explícita lo que debe hacerse para facilitar la coordinación de los equipos psiquiátricos y su intervención en otras unidades, áreas de servicio o niveles de atención.

El Manual Instructivo de Operación para la Atención Psiquiátrica de Pacientes que requieren de Servicios de Hospitalización y de Consulta Externa Especializada (1987), menciona que el servicio que se da esta constituido por equipos multidisciplinarios

integrados por personal de psiquiatría, psicología y trabajo social. Pero la persona responsable de coordinar las acciones terapéuticas rehabilitatorias de los pacientes, es el médico psiquiatra. Aunque como se refiere cada profesional interviene con su modelo, ya que se está en la búsqueda de la verdad científica y de los procesos reales y posibles para que se puedan reintegrar los pacientes a su ambiente familiar y social. El ambiente profesional que se busca, es aquel donde prevalezca el respeto mutuo y que se evite la intolerancia disfrazada de dogmatismo o de cientificismo. Estos últimos no se pueden enfrentar por medio de la normatividad o de las instituciones de operación, sino por el criterio científico y el principio deontológico médico que establece como premisa que lo fundamental consiste en no hacer daño o perjudicar al paciente.

Es así que la forma de visualizar la diversidad de las clasificaciones y enfoques sobre la enfermedad mental, se resolverá de manera práctica mediante el empleo de la Clasificación Internacional de las Enfermedades vigente. A pesar de sus limitaciones se buscará uniformidad y congruencia, para que se coopere con el Sistema Único de Información (SUI) del IMSS. Es así que cada actividad del proceso de diagnóstico, del tratamiento o de la rehabilitación, constituyen un problema a ser resuelto por el equipo psiquiátrico. Cada profesional o paraprofesional, asume la responsabilidad de participar de una manera u otra en la solución de los problemas planteados; en reuniones clínicas en donde se comenta la evolución de los casos, se revisan los problemas resueltos, los que persisten y los problemas nuevos por resolver.

A continuación visualizaremos más a detalle cuáles son las labores del psicólogo a nivel institucional en la Guía de Actividades de Psicología en el Proceso de la Atención Médica (1999):

Actividades de psicología en el proceso de consulta externa

Ingreso

Atención psicológica

- Atención al paciente ambulatorio de primera vez o subsecuente por el psicólogo
- Recibe cordialmente al paciente y a su familia, manteniendo una actitud empática

- Analiza el motivo de la consulta en los formatos institucionales y revisa el expediente clínico para analizar sus condiciones generales de salud, especialmente aquellos aspectos de índole psíquica. En casos subsecuentes, pone especial cuidado en la respuesta a interconsulta que hubiere solicitado al equipo multidisciplinario
- Realiza historia psicológica, que incluye entrevista inicial al individuo y a la familia. En la atención subsecuente, valora la evolución psicológica de estos, así como su respuesta a la terapéutica instituida.
- Determina la conveniencia de utilizar pruebas psicológicas y procede a su aplicación, seleccionándolas de acuerdo a la severidad del caso y al recurso con el que cuenta, en concordancia con el material específico disponible en cada nivel de operación.
- Concede su tiempo promedio de una hora en cada sesión y quince minutos para efectuar nota de expediente. Una vez concluido el estudio y de acuerdo a la complejidad del mismo se destina hora y media promedio para la integración y elaboración del informe psicológico, en las formas de notas medicas y MF-16 en Medicina Familiar o 430-128 en Hospitales (después de la ultima nota del expediente clínico).
- Establece diagnóstico presenciales o de certeza, con base en la CIE-10. Cuando se trata de pacientes subsecuentes, confirma o modifica su impresión diagnóstica, pronóstico y tratamiento iniciales, en relación al curso del padecimiento.
- Instituye plan de tratamiento y elige manejo individual, familiar o de grupo, según lo requiera el caso, con congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica. Combina diferentes técnicas psicológicas y utiliza diversos enfoques teóricos aprobados científicamente.
- Concede preferencia a técnicas de psicoterapia breve, dirigidas a la resolución de la conflictiva central en el ámbito emocional. Asimismo, con la finalidad de lograr mayor cobertura e impacto, ofrece prioridad al manejo grupal sobre el individual, considerándose indicada la inclusión de un máximo de ocho pacientes atendidos hasta ocho sesiones.
- Instituye tiempos razonables y acordes a las técnicas psicoterapéuticas empleadas, así como el grado de complejidad de los casos tratados, tomando como parámetro para las sesiones individuales un promedio de una hora, para brindar la atención y consignar nota de expediente clínico, en el caso de sesiones grupales y de familia otorga hora y media para los mismos fines.

Define nivel de intervención psicoterapéutica, ya sea reconstructivo, reeducativo o de orientación y apoyo, en adecuación a la problemática afectiva y capacita funcional, biológica, psicológica y social del individuo.

-Se coordina con el resto del personal especializado en Salud Mental cuando exista el recurso, especialmente con el psiquiatra, con el propósito de lograr una mayor eficacia terapéutica.

-Apoya el internamiento en el modelo 2 camas cuando se tenga acceso a este recurso, de pacientes detectados con trastornos psiquiátricos de tipo agudo y que sean susceptibles de remitir en un lapso no mayor a 72 horas. En este tipo de confinamiento se realiza en hospitales no psiquiátricos, con el objeto de evitar el saturamiento de hospitales de alta especialidad, a la vez que se puede disminuir el trauma de una estancia manicomial.

-Solicita interconsulta, de considerar indicada la intervención del médico u otro personaje del equipo de salud en su área de adscripción. Elabora la petición del servicio dentro de la unidad médica, en las formas MF-11 en Medicina Familiar y 4-30-200 en Hospitales y la entrega al paciente.

-Efectúa procedimiento de Salud Mental de Enlace, cuya finalidad es sensibilizar y asesorar al equipo de trabajo de acuerdo a su nivel de competencia, en lo referente a la comprensión, detección y manejo de los aspectos afectivos que experimentan los pacientes, en especial aquellos vinculados con el padecimiento.

-Propicia que dicho personal sea capaz de dar atención a los casos leves y moderados, a la vez que detecte los graves que ameriten ser canalizados a la consulta especializada.

-Induce mayor comunicación y colaboración entre los usuarios y los prestadores de servicio de salud, lo cual repercute en el incremento de la adherencia terapéutica por parte del paciente, al mismo tiempo que en una mejor y más rápida evolución del padecimiento, con impacto favorable en el costo-beneficio tanto institucional como social.

-Ayuda a canalizar positivamente las tensiones que se generan en el equipo multidisciplinario por su convivencia con la enfermedad, el dolor y la muerte, a través de las acciones de Salud Mental de Enlace, así como con el adecuado tratamiento emocional de los pacientes y de sus familiares.

-Proporciona educación psicológica al paciente y a la familia, en su función de promover su mejor calidad de vida integral y prevenir patologicabiosocial. Esta actividad la ejerce tanto

en forma individual como en colaboración con el personal para la atención de la salud, generalmente por medio del manejo de grupos con situación o padecimientos específicos.

-Programa cita subsecuentes de considerarlo indicado, la cual se registra en los formatos institucionales respectivos.

-Soluciona o mejora los trastornos mentales y del comportamiento que padezcan el paciente y sus familiares, de manera eficiente y oportuna, situación que se refleja en su pronta recuperación emocional y su reinserción escolar, laboral, familiar y social.

-Informa orienta claramente sobre el plan de tratamiento que se haya prescrito

-Establece seguimiento, favoreciendo la continuidad de la atención prestada.

-Consigna el estado psicológico, así como el plan de tratamiento. Cuando efectúa sesiones familiares o de grupo, escribe la nota correspondiente en el expediente de cada paciente atendido, en los casos en que no exista dicho documento, se incluye en el expediente clínico del paciente identificado o de no contar con este, archiva personalmente la historia psicológica.

-Redacta una nota extra que guarda este profesional, de inferir que la información que se relata es de naturaleza especialmente confidencial, al mismo tiempo que describe los aspectos generales en el expediente clínico.

Realiza registros de productividad en la forma 4-30-6P y en los formatos institucionales específicos. Anota cada uno de los pacientes atendidos en sesiones de diagnóstico o psicoterapia individual, familiar o de grupo (un máximo de ocho en esta última técnica, en tanto que no reporta a las personas que participan en grupos educativos y de autoayuda.

3.12 Egreso

Final de la atención al paciente de primera vez o subsecuente por el psicólogo

-Da de alta por curación, mejoría, deserción o defunción.

-Envía al paciente para manejo con el médico u otro personaje del equipo de salud de la misma unidad médica de ser pertinente y una vez terminada su intervención, por medio de las formas MF-11 en Medicina Familiar 4-30-200 en Hospitales, donde consigna un resumen clínico.

-Entrega la mencionada forma al paciente, quien tramita su cita en el control asignado.

-Remite al paciente y a su familia a integrarse a otras instancias institucionales o extrainstitucionales, cuando se valore que pueda verificarlos en cuanto al manejo biopsicosocial de su problemática.

Colabora en el logro de la satisfacción del paciente, la familia y los prestadores de servicios de salud, incluida la propia.

3.14 Actividades de psicología en el proceso de hospitalización

Ingreso

Recepción de pacientes hospitalizados de primera vez y subsecuente

-Se expide interconsulta al psicólogo, empleando la forma 4-30-200, avalada por el medico del Servicio de Hospitalización

-Se hace llegar dicha petición al psicólogo, por medio de la asistente medica asignada del área.

-Se recibe por el psicólogo, quien se entera el motivo de la interconsulta. Concorre al lugar requerido a la brevedad posible, durante el transcurso de su jornada del día de la recepción.

-Se presenta este profesional, con el médico y el resto del personal para la atención de la salud involucrado. Solicita el expediente clínico correspondiente.

-Participa, de ser factible, en la visita médica a las salas de hospitalización, particularmente en el Hospital Psiquiátrico, haciendo directamente la detección y posteriormente tratamiento de los usuarios que padezcan trastornos mentales y del comportamiento y que se consideren del ámbito de su competencia.

3.15 Atención Psicológica

Atención al paciente de primera vez o subsecuente por el psicólogo

-Analiza el expediente clínico, explorando los aspectos emocionales en forma prioritaria.

-Intercambia información acerca del estado de salud del paciente, con el médico y el equipo multidisciplinario del Servicio de Hospitalización o de otro proceso participante, así como en lo referente a su conducta y a la manera como se interrelaciona con los demás durante su

internamiento. Es relevante averiguar sobre las características de personalidad y vinculación de los familiares u otras personas significativas.

-Acude a la cama en donde se encuentra el paciente, se identifica con él y lo saluda cordialmente, manteniendo una actitud empática.

Realiza historia psicológica que incluye entrevista inicial al paciente y a la familia. De ser posible, solicita que sean trasladados a la consulta externa de psicología.

-Establece diagnóstico y pronóstico presenciales o de certeza. En la atención subsecuente, los confirma y/o los modifica de acuerdo a su comportamiento.-

-Determina la conveniencia de utilizar pruebas psicológicas y procede a su aplicación, seleccionándolas de acuerdo a la complejidad del caso y al recurso del que dispone en su nivel de operación.

-Integra el resultado de los estudios psicológicos practicados, consignado un resumen de los mismos en la forma 4-30-128, después de la última nota de evolución del expediente clínico.

-Define nivel de intervención psicoterapéutica, ya sea reconstruido, reeducativo o de orientación y apoyo, en congruencia con la problemática emocional y capacidad funcional biológica, psicológica y social del individuo.

-Elige tratamiento individual, familiar o de grupo, acorde a lo indicado y a la demanda existente. A la vez, puede combinar diferentes técnicas psicológicas, utilizando los diversos enfoques teóricos reconocidos científicamente.

-Da preferencia al manejo de la conflictiva principal dentro del marco de psicoterapia breve, durante la estancia hospitalaria.

-Brinda psicoterapia de apoyo al paciente y familiares que experimentan un incremento en su angustia por el hecho de estar hospitalizados o en caso, a causa del evento pre y posquirúrgico.

-Establece prudente retroalimentación con el equipo de trabajo respecto al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Notifica al médico de cualquier eventualidad de índole psíquica que pudiera interferir con el tratamiento clínico o quirúrgico en conexión al padecimiento inicial, procediendo a mejorar esta situación en forma conjunta.

- Se coordina con el equipo de Salud Mental de existir este personal, especialmente con el psiquiatra, con el fin de lograr una mayor eficacia a través de un abordaje terapéutico especializado de tipo multidisciplinario, en los casos que lo ameriten.
- Trabaja sincronizadamente con el equipo especializado en Salud Mental para fortalecer e involucrar a la familia del paciente psiquiátrico, por medio de proporcionarle elementos efectivos y cognoscitivos que le ayuden a afrontar y apoyar la atención integral de este tipo de enfermo.
- Interviene en brindar psicoterapia familiar en los casos en que la familia retroalimente la psicopatología psiquiátrica del paciente interfiriendo en su rehabilitación.
- Realiza acciones de Salud Mental de Enlace, cuyo objetivo es sensibilizar y asesorar al personal multidisciplinario acerca de la etiología y manejo de los factores afectivos que experimentan los pacientes, en especial aquellos vinculados con el padecimiento. En esta estrategia se capacita a dicho personal para el manejo de los casos leves y moderados, al mismo tiempo que le ayuda a la detección de casos severos que requieran ser canalizados a una atención especializada.
- Fortalece una buena interrelación entre los usuarios y los prestadores de los servicios de salud. Como consecuencia, se mejora la adherencia terapéutica de los primeros y se propicia una óptima evolución del padecimiento, pudiéndose disminuir el tiempo y las estancias.
- Ayuda a canalizar positivamente las tensiones que se generan en el equipo de salud por su conveniencia con la enfermedad, el dolor y la muerte, a través de la Salud Mental de Enlace y del adecuado manejo emocional de los pacientes y sus familiares.
- Colabora en la creación de un ambiente terapéutico óptimo para la recuperación de los pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico.
- Contribuye activamente al tratamiento de los pacientes y de los familiares que asisten al programa del Hospital Parcial como la modalidad de trabajo del Hospital Psiquiátrico.
- Proporciona educación psicológica a los pacientes y a sus familiares, en función de promover su salud mental y prevenir psicopatología.
- Da seguimiento al caso y mantiene continuidad de la atención psicológica, especialmente cuando se trate de pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico.

3.16 Egreso

Final de la atención al paciente de primera vez o subsecuente por el psicólogo

- Soluciona o mejora el estado del paciente con trastornos mentales y del comportamiento, de manera eficiente y oportuna. Favorece su propia recuperación emocional y su reinserción escolar, laboral, familiar y social.
- Otorga cita subsecuente a la familia de considerarlo pertinente, a través de la Consulta Externa.
- Da de alta de la atención en Psicología por curación, mejoría o deserción.
- Propone al médico responsable, se envíe al paciente para tratamiento con otro personaje del equipo de salud de la propia unidad de adscripción, con base en el diagnóstico establecido y una vez concluida su participación.
- Sustenta con el médico, la conveniencia de derivar al paciente para ser atendido en otra unidad medica del sistema, especialmente en el Hospital Psiquiátrico.
- Remite al paciente y a su familia, al estar indicado, a integrarse a otras instancias institucionales o extrainstitucionales, que puedan beneficiarlos en cuanto al manejo biopsicosocial de su problemática.
- Informa y orienta claramente sobre el plan de tratamiento que se haya establecido.
- Consigna el estado y evolución del paciente y/o de su familia, así como plan de tratamiento, en la forma de notas 4-30-128, después de la última nota de expediente clínico.
- Realiza los registros correspondientes en la forma 4-30-6P, así como en los designados por el propio hospital.
- Colabora al logro de la satisfacción del paciente, la familia y de los prestadores de los servicios de salud, incluida la propia.

3.17 Otras actividades del psicólogo

- Contribuye a la realización del diagnóstico de salud de su unidad de adscripción, así como de la detección de población en riesgo de presentar trastornos mentales y del comportamiento.

- Promueve y coparticipa con el resto del personal multidisciplinario, en programas preventivos con el enfoque biopsicosocial y acordes con el diagnóstico situacional establecido.
- Interviene en la orientación y educación de los integrantes de su comunidad.
- Orienta al equipo de salud o interviene directamente, en el desarrollo de grupos educativos o de autoayuda que se formen de acuerdo a situación o patología específicas y a la morbilidad de su población usuaria, especialmente a grupos en riesgo.
- Colabora con los padecimientos de Salud en el Trabajo, efectuando dictámenes psicológicos para las valoraciones de capacidad residual a los usuarios, en los tres niveles de operación y con base en la batería de pruebas psicológicas con que cuenta.
- Realiza técnicas de Salud Mental de Enlace como parte sustancial de su quehacer, para lo cual motiva y asesora al equipo de salud sobre aspectos emocionales normales y patológicos del individuo, por medio de sesiones generales, clínicas, biográficas, interacción personal u otra modalidad.
- Recibe y otorga capacitación en el área de Salud Mental.
- Efectúa labor de tutoría o docencia para pasantes de psicología o psicólogos en formación, de acuerdo a la normatividad y convenios vigentes con otras instituciones.
- Desarrolla de manera particular o grupal, protocolos de investigación relacionados con su ámbito, de acuerdo a morbilidad y necesidades específicas de la unidad.
- Solicita a la autoridades correspondientes, la provisión de la batería de pruebas psicológicas y de sus protocolos, de acuerdo a lo estipulado para cada nivel operativo. Maneja este material confidencial de manera ética y racional, firmando el resguardo respectivo.
- Ejecuta labores administrativas inherentes a su cargo.

3.17 Actividades del jefe de psicólogos del área clínica

Coadyuva en la difusión, capacitación y aplicación de la normatividad vigente para la atención médica, específicamente en el campo de la Salud Mental. Vigila, de manera particular, el cumplimiento del personal.

-Interviene en la elaboración del diagnóstico de salud en general y específicamente, con la relación a las necesidades y demandas en Salud Mental de la población usuaria en su zona de influencia.

-Favorece la interrelación eficiente y armónica entre los psicólogos y el resto del personal especializado en Salud Mental, de existir este personal. De particular importancia es la coordinación con el área de Psiquiatría.

- Promueve las actividades de Salud Mental de Enlace dentro de la unidad médica de adscripción.

- Organiza, asesora y supervisa el trabajo que realizan los psicólogos a su cargo.

- Intercala en sus funciones administrativas, algunas de las actividades propias de la psicóloga clínica, especialmente atendiendo aquellos casos con psicopatología severa o de déficit de evolución.

- Impulsa la participación del grupo de psicólogos, en actividades institucionales y extrainstitucionales inherentes a su disciplina.

- Colabora en el diseño y aplicación de programas de capacitación, dirigidos al personal para la atención de la salud en el campo de su competencia.

- Fomenta actividades de investigación en Salud Mental, que sean relevantes para otorgar una atención médica integral.

- Tramita el aprovechamiento del material psicológico requerido, a través de las vías instituidas.

- Gestiona aspectos de índole administrativa inherentes a su cargo.

- Evalúa sistemáticamente el desempeño del personal bajo su responsabilidad, así como el avance en la implantación, aplicando las medidas correctivas necesarias a las desviaciones detectadas.

Después de mostrar la forma en que se norma oficialmente el quehacer del psicólogo, y otros profesionales. Tomemos otro marco de referencia para valorar las funciones que cumple el personal. Recurrimos a entrevistas para explorar las funciones que cumple el personal de salud mental del Instituto Mexicano del Seguro Social. Hemos transcrito las entrevistas en su totalidad debido a que ellas nos ayudan a plantear nuestras conclusiones.

ENTREVISTA

Psicología

¿Cual es su nombre?

M. A. G. M

¿Que especialidad tiene?

Contractualmente se pide que sea psicólogo clínico, eso es una disposición. Se pide que sea psicólogo clínico y tener una formación de 8 a 2 años en una especialidad o una maestría

¿Que hacen los psicólogos de consulta externa?

Dentro de un marco este de servicio de estructuras y de un profesiograma nosotros tenemos que realizar, diagnostico, evaluación y tratamiento y están en función de las características del paciente, de tipo de paciente, de la edad del paciente y las variantes que se manejan. Son terapia individual, grupal, familiar y de pareja, todo en función del paciente y las características y aparte la formación. Como te decía hace algún momento depende de la especialización, entonces alguien puede tener especialización en terapia conductual, otros en terapia sistémica, otros en corte psicoanalítico. Va variar, va a generar variantes no en el aspecto del tratamiento sino en la aplicación de, porque es una aplicación individual, terapeuta o psicólogo inicia su tratamiento en función de sus conocimientos, no hay un programa especifico que determine una sola corriente, un solo marco teórico, que se precise.

¿Que tipo de terapia dan?

Terapia individual, grupal, familiar y de pareja

¿Que marcos teóricos tienen?

Depende de la especialización

¿Estos marcos teóricos los ejercen en consultorio?

Como lo mencione con anterioridad inicia su tratamiento en función de sus conocimientos no hay un programa específico que determine una sola corriente.

¿Que hacen los psicólogos de hospitalización?

Es lo mismo, nada mas difiere en cuanto al objetivo terapéutico las instancias hospitalarias se manejan de 14 a 28 días, entonces trabajamos con pacientes que son pacientes agudos, nosotros hablamos de una situación que puede manejarse con un paciente que puede estar de 14 a 28 días y luego con un alta o un proceso terapéutico de ingreso y así nos iríamos hasta tres meses, entonces el plan terapéutico es diferente en cuanto al encuadre porque va estar determinado a la instancia del paciente, en cuanto al estado vital, si un paciente esta en crisis, o esta en un brote psicótico o un estado agudo de disociación mental entonces es evidente que el proceso terapéutico puede ser mínimo hasta que el paciente este en condicione. Puede variar de tipo a tipo hay gente que puede estar deprimida o puede estar consiente o alucinada y pasa tres días alucinada, para poder aplicar un encuadre y además un contacto visual con el paciente y pasar a otro tipo de trato, esa seria la diferencia, que los pacientes de hospitalización por lo agudo por la situación requieren un trabajo mas preciso mas completo mas específico, en cambio los de consulta externa no.

¿Además de laborar en consulta externa y hospitalización que otras funciones son las que tiene el psicólogo?

También está normada, dentro del aspecto colectivo de trabajo, la función del psicólogo esta la ergoterapia, puedes capacitar, puedes fungir como instructor, como ponente, puedes trabajar , en investigación puedes participar, en seguridad, servicio en higiene o sea con otras áreas que están contratadas no de la norma oficial sino de la institucional, y que con parte laboral y que a mucha gente no le gusta la capacitación y uno es el que decide entonces puedes participar en programas específicos de salud para gente, nosotros le llamamos derechohabientes con un riesgo pediátricos con niños, de aprendizaje o sea tu, aparentemente estamos restringidos, pero el psicólogo esta en función de tu propia decisión que puedes elaborar programas de trabajo y los puedes llevar a cabo. La

psicología te permite eso, el psicólogo puede participar con un economista, un historiador, ingeniería, tenemos mucha amplitud en lo que podemos realizar, nada mas que no nos atrevemos algunas veces, que es diferente

¿Los psicólogos alternan sus técnicas con las del psiquiatra? es así?

La norma oficial plantea que la coordinación del tratamiento está regulado por el psiquiatra así tipificado viene en la norma oficial. Entonces lo que se da aquí, se da en otros hospitales psiquiátricos que es el trabajo multidisciplinario y también tiene que ver con los presupuestos teóricos, personales psicológicos, psiquiátricos y se trabaja en el objetivo que tiene que ser el paciente, tenemos que aceptar que en el caso de los aspectos psicológicos, el psicólogo tiene ventajas con respecto algunos psiquiatras ellos si llegan a tener alguna formación o especialización pero son los menos. Y los mas y ahí tiene que ver un trabajo de consenso determinado, porque a veces el psiquiatra se dedica a la parte farmacológica y el psicólogo a la parte terapéutica

¿A lo largo de los años se han modificado las formas de intervención del psicólogo?

Yo creo que están en función de las necesidades institucionales o sea cada vez es un requerimiento a mayor demanda tiene que haber modelos que se puedan aplicar de manera puntual el encuadre tiempo y con un objetivo específico terapéutico en ese sentido si ha habido porque hasta técnicamente se ha reducido el tiempo en cuanto a terapia. En cuanto a duración, como institución no puedes absorber un tratamiento por años porque la carga de trabajo no te lo permitiría. Entonces, a nivel institucional, lo que convendría un encuadre, objetivo terapéutico y un tiempo determinado tanto en pacientes hospitalizados o los que se van a 10 meses o en pacientes se tiene que tener un objetivo preciso. Aquí tenemos modelos de atención como la clínica del afecto, el hospital de día y la de los esquizofrénicos, que son modelos que promueven bajo internamiento y menos consumo de fármacos. ¿Como se hace esto?, se hace de manera integral, se promueve que el paciente tenga actividades, si de diferente tipo de terapia, terapia recreativa, ocupacional, tenga terapia de forma familiar, actividades físicas y recreativas. Su terapia en caso del médico

asignado psiquiatra y aparte su medicamento entonces se promueve que el paciente sea ambulatorio y que sea independiente del hospital Eso genera menos gasto, y además otro tipo de modelo, donde ya no tenemos al paciente internado. En padecimientos como esquizofrenia si manejamos un control por parte de la familia, el paciente y con muy buenos resultados, ese es el objetivo del hospital parcial, de días y de las clínicas.

¿En estas clínicas de qué forma participa el psicólogo?

Nosotros, el apoyo que les damos es únicamente pruebas psicológicas y hay algunas veces que si no los canalizan, pero realmente el trabajo está reestructurado para el médico psiquiatra y nada más.

¿Que tipo de vínculos profesionales, laborales mantienen con los psiquiatras?

¿Porqué ver el vinculo?, ¿qué quieres saber específicamente?. Como lo referí todos los psicólogos podemos trabajar con cualquier profesional y aquí podemos hacer programas y llevarlos a cabo, porque quieres ver la rivalidad no la hay. Puedes guardar tu grabadora por favor y platicamos esto al respecto.

Psicología

¿Cual es su nombre?

P.G.Z

¿Que especialidad tiene?

Nada mas Licenciatura en Psicología

¿Cuánto tiempo tiene trabajando en este hospital?

Entre el 25 de julio de 1988, tengo 17 años trabajando

¿Que hacen los psicólogos de consulta externa?

Y trabaje hace mucho allí ahora trabajo en hospitalización pero en consulta externa se trabaja en grupo se llega hacer la terapia de grupo porque es mucha la demanda de pacientes.

¿Que hacen los psicólogos de hospitalización?

Se trabaja multidisciplinariamente con psiquiatría, trabajo social, enfermería y es muy agradable siempre y cuando se respete el equipo .Y también se trabaja en grupo en lo que

es en las terapias ocupacionales, recreativas, porque el paciente mentalmente esta mal, pero físicamente no y el puede habilitarse integralmente en lo físico en lo que organiza su pensamiento, si que mas te puedo decir, mira otra área en la que yo trabajo es en investigación pues es exigir los criterios del método científico que rige para que todo profesional lo lleve a cabo y sea científica su investigación y en esos rubros es en donde trabajo y pienso que esta muy bien, se exige porque se debe de hacer una investigación científica pero de eso a que deje de ser o trate de ser mejor pues no te sabría yo decir por donde sino que en el equipo de investigación hay médicos , hay psicólogos, y pues aquí los médicos no nada mas tienen la verdad absoluta y se me hace buen equipo.

¿Que tipo de terapia dan?

Todo lo que se le pueda dar al paciente, mira en este hospital, bueno siempre he dicho que este hospital es un bombo, porque puedes iniciar muchas cosas pero siempre y cuando sean en beneficio del paciente, y no te limita, siempre y cuando sea tarea de trabajo , y que no te la pases en el cotorreo, sino que presentes una postura de trabajo para emprender nuevas cosas, nada mas que te haces responsable de los lineamientos que tienes que respetar de la institución, todo es que uno quiera trabajar, y que no se de una psicología pasiva, sino que tenga alternativas, como medicina, alternativa igual debe de haber una psicología alternativa.

¿Que marcos teóricos tiene?

Mira todo sirve para el paciente, no hay que limitar nada

¿Estos marcos teóricos los ejercen en consultorio?

Como lo referí vuelvo a lo mismo

¿Los psicólogos alternan sus técnicas con las del psiquiatra? es así?

Si, no se tienen limitaciones como lo mencione aquí en este hospital se puede hacer todo, mira lo que falta son profesional que quieran trabajar no jajajajaja porque si hay muchas técnicas y e encontrado muchas gratificaciones y me gusta y estoy contenta de estar aquí hecho lo que me ha gustado, me gusta mi carrera y me siento satisfecha de ayudar al otro y tanto en consulta externa, como en hospital hay muchas alternativas que intercambiamos y pues esto a mi me gusta, porque aquí nadie te manda, y que uno decide las actividades a mi nadie me las ha generado y me han reconocido mi trabajo y gracias a el pues tengo el

lugar y por eso lo tengo y mira el lugar que ocupo que es el reconocimiento de la gente ya que soy útil para ayudar y eso me es muy suficiente.

¿A lo largo de los años se han modificado las formas de intervención del psicólogo?

Si la forma de trabajo si me imagino que si se ha modificado mira cuando yo entre estaba el programa, esta el psiquiatra no recuerdo el nombre pero es Pucheo, que ya falleció y que fue un innovador para juntarse con la psiquiatría el modelo es europeo de hospitales de puertas abiertas y hasta la fecha se ha mantenido no ha habido otro manual, otro programa de estrategias de intervención, ha sido multifactorial de allí surgen los equipos multidisciplinarios y que hasta la fecha se siguen y han dado resultado porque hasta la fecha no se ha cambiado la estrategia sino que ha seguido y se asemeja a los modelos europeos en donde no hay cárceles para atender a pacientes psiquiátricos, y aquí no hay llaves no entras y sales con llaves solo los consultorios todo lo demás es a puertas abiertas, este hospital tiene lo que otros no tienen que es la actividad de natación, cocina, canto , cartonería, de barro de piel y cuero otro hospital no hay, bueno en América Latina bueno se rumora que este es el mejor. Y lo que se ha modificado pues los cambios de medicamento jajá jajá que cambian es el pan de todos los días, van cambiando medicamentos unos mejores, el de cuadro básico esa es un modificación jajaja, en cuanto a la atención que la demanda aumenta y que a veces somos pocos y no nos damos abasto y hay que innovar para que como medidas preventivas para que no llegue el paciente interno eso es lo debe de innovarse y toda vía no las hay que se pueden capturar los pacientes con problemas este tipo en las unidades de medicina familiar, que se deban de atender como una medida preventiva para que no lleguen a hospital. Y en cuanto a psicología pues psicología tiene que cambiar en pocas palabras necesita cambiar, faltan muchos años para que gente quiera emprender, aprender, que quiera ser diferente, que le de otra innovación como una psicología alternativa porque se mueven muchos recursos y hay que manejarlo con los pacientes no porque si no buscas el cambio entonces que expectativas le ofreces al paciente el te ofrece una y tu que le ofreces.

¿Que tipo de vínculos profesionales, laborales mantienen con los psiquiatras?

Pues los que deben de ser todo hacia el paciente la atención y debe de ser cordial mira cada quien tiene un lugar en este hospital ,se lo gana y nadie tiene competencias y para que compites y contra quien compites o para que compites, mira ese es el conflicto entre los psicólogos, para competir entre ellos mismos y se despedazan porque tu eres analista, no porque tu eres conductista, no porque tu eres de terapia breve y rivalizas feamente y te metes en un caos porque siempre vas a enjuiciar al otro que no este con la misma técnica que tu trabajas y siempre vas a enjuiciar al otro porque lo hace de otra manera y yo pienso que eso no debe de ser ni para los propios colegas ni para otros profesionales, y pienso que esa es la lucha de toda la vida y de que años y años trasciendan y sigan con esa lucha, pero finalmente no llegas a ganar nada si depende de cada profesional,y mira cada profesional entra en competencia consigo mismo mira aquí en hospital, los psiquiatras se pelean compiten por quien es jefe de enseñanza no, en psicología porque tienes mas pacientes tu que yo, porque yo veo mas que tu no, entonces esa es una lucha de de competencia por no hacer nada, o por tener mas y mas, pero al estar trabajando aquí en la institución se tiene las misma oportunidades que los demás y claro competencias de toda índole, como lo referí por el poder y mira cada quien tiene aquí el mismo poder, entonces si tu lo ves abstracto esto es subjetivo mira quien trapea no pasas porque esta trapeando y eso ya implica competencia y poder de que paso o no paso entonces esa competencia siempre esta en la vida no nada mas es en lo profesional y en la carrera mira aquí te puedes encontrar médicos-psiquiatras flexibles en toda la extensión de la palabra, te puedes encontrar otros resistentes yo creo que no se hace la competencia ni mas ni menos, sino que ambos son para el paciente, y lo sostiene las alternativas de tratamiento, yo no estoy diciendo que el chocho sea lo mas indicado y hasta allí se quede sino que es una parte del tratamiento que debe de llevar el paciente aparte la alternativa como te vuelvo a decir de la psicología que le ofrezca al paciente y que le sea agradable al paciente para que te lo acepte , porque también no estamos, no somos dioses, que decidimos, hacemos, porque también hay que contemplar lo que opine , las expectativas que traiga el paciente en que le puedes ayudar, cierto que la clave es la piedra angular de los pacientes es sus expectativas si se las cumples o no no depende del profesional nada mas, sino de ambas partes, y los vínculos deben de ser encaminados a eso.

Psiquiatría

¿De donde es egresado?

Del Fray Benardino

¿Que hacen los psiquiatras de consulta externa?

Atender a los pacientes subsecuentes que están dentro del área de afluencia de esta unidad de psiquiatria

¿Que hacen los psiquiatras de hospitalización?

Atendemos a pacientes que son canalizados de otras unidades, sobre todo del área norte y que presentan un cuadro de primera vez o subsecuentes que se agudizan y son enviados para valoración y aquí se decide si se internan o no se internan. Hay veces que nada mas se les ajusta el tratamiento y se regresan a su hospital de zona.

¿Dan algún tipo de terapia?

Si, son varias la conductual, la psicoanalítica, son las que más se utilizan

¿Que marcos teóricos tienen?

No contesto a la pregunta y tuvo una reacción de desconcierto

¿Estos marcos teóricos los ejercen en consultorio?

No contesto a la pregunta y tuvo una reacción de desconcierto

¿Que tipo de procedimientos emplean en su trabajo?

Utilizamos fármacos de diversa índole, pero fármacos de los neurolepticos, antidepresivos, de correctores, anticomiciales, así mismo empleamos la sujeción cuando un paciente está agresivo o el aislamiento

¿Los psiquiatras alternan sus técnicas con las del psicólogo? es así?

Si así es, no todos pero la gran mayoría comentamos los casos conjuntamente con psicología para beneficio del paciente

¿Que tipo de vínculos profesionales, laborales mantienen con los psicólogos?

Si mantenemos vínculos estrechos para beneficio del paciente para conocer la parte psicológica del padecimiento que presenta el paciente

¿Con qué otros profesionales alternan su trabajo a parte de psicólogos?

Enfermeras

¿De qué forma?

Dando indicaciones a seguir, comentando los casos

¿A lo largo de los años se han modificado las formas de intervención del psiquiatra?

Claro que si, ya no utilizamos los métodos de antaño como son las camisas de fuerza los baños de aguas frías, los aislamientos, métodos que actualmente han pasado a la historia, ahora utilizamos más los farmacológicos y los psicológicos

Trabajadora Social

¿Cuál es su nombre?

Alicia G.R.

¿De donde es egresada?

Cetis 51 de la Col. Arenal

¿Que funciones tiene la trabajadora social?

A- Este ,ja, ja, ja.

P- Se calla Alicia y llega su compañera Patricia y le pregunta ¿Cuáles son nuestras funciones aquí?

P- Incursionar la atención oportuna al derechohabiente para coadyuvar a su atención, recuperación a su reincorporación ya sea, familiar, social o laboral. Nosotras como trabajadoras sociales, este, nuestra función es dar una atención oportuna al derechohabiente, o al que solicita la atención y en el tratamiento con los pacientes hospitalizados es coadyugar al tratamiento y en general la función es orientar informar, asesorar, sugerir.

¿Dan algún tipo de terapia?

No, nosotras damos alternativas, orientamos pero terapias no,

¿Qué alternativas dan?

Las alternativas que damos, es a través de la misma formación que una va teniendo o sea en desarrollo familiar, aquí por ejemplo nosotros vemos es la familia y de acuerdo a la familia y a las situaciones que se le presenten. Es como le orientamos para eso mismo realizamos un estudio y de acuerdo a esa información recabamos y hacemos esa orientación.

¿Cómo es ese estudio que realizan?

Aquí se le denomina estudio Psicosocial y es de primer, segundo y tercer nivel según la información que requiera el médico o el tratamiento

¿Cuáles serían esos estudios de primer, segundo y tercer nivel?

Bueno, en el primer nivel va más enfocado mas a la dinámica familiar, a ver qué aspectos propiciaron el internamiento o padecimiento para poder orientar y que haya una reestructuración dentro de la familia de lo que comprende la dinámica familiar, que son los roles etc. Y en el de segundo nivel, hacemos una investigación más profunda en algún aspecto que el médico considere importante, sobre algún aspecto social, por ejemplo la familia y el alcoholismo, si hay drogadicción y allí se hace una visita a domicilio y el de tercer nivel es cuando se envía al paciente a otra institución allí vemos no nada más la dinámica familiar, ni investigamos nada mas aspectos que al médico le resulten importantes si no que tenemos que ver la actitud de la familia ante la enfermedad, ante el mismo paciente.

¿Que marcos teóricos tienen?

Existen las especialidades pero aquí en el instituto todas somos generales, no hay en psiquiátrica, ni trabajo social clínico

¿Alterna técnicas, marcos teóricos con psicólogos y psiquiatras?

Trabajamos en equipo multidisciplinario, nos comentamos los casos y allí encontramos a través de comunicarnos que otros aspectos ver

¿Con qué otros profesionales alternan su trabajo a parte de psicólogos y psiquiatras?

Bueno todo depende de los casos, a veces nos tenemos que comunicar con otras instituciones para poder orientar mejor.

¿A lo largo de los años se han modificado las formas de intervención de la trabajadora social?

Si a cambiado, el modelo de trabajo, antes trabajábamos por ejemplo en conjunto se hacia una entrevista este entre trabajadora social, psicólogo, y el psiquiatra se hacia, y ahora se deriva y las actividades las hacemos y las comentamos

Enfermería

¿Cuál es su nombre?

Lorena Z

.

¿De donde es egresada?

De la UNAM

¿Que funciones tiene enfermería?

Yo aquí sólo tengo funciones administrativas, en general, seria la atención de rutina médico quirúrgicos, higiénicos, dietéticos, y dentro de la psiquiatría serian de rehabilitación apoyo en la ergoterapia, terapia de recreación

¿Que tipo de procedimientos emplean en su trabajo?

Solo higiénicos, y apoyo en ergoterapias y terapias ocupacionales

¿Cuál es el trabajo en conjunto que realiza con psicólogos y psiquiatras?

No ninguno

¿Que tipo de vínculos profesionales, laborales mantienen con los psicólogos y psiquiatras?

Con los psiquiatras, es este pues todas las indicaciones, de la relación médico-enfermera, enfermera-médico es fundamental, o sea informar todo y con los psicólogos es mas limitada y desligada a lo mejor va en relación a la ergoterapia o los cronogramas de actividades, no el apoyo, sino seria la colaboración para la vigilancia de los pacientes, cuando psicología realiza sus actividades

¿Con qué otros profesionales alternan su trabajo a parte de psicólogos y psiquiatras?

Con nutriólogo, administradores, trabajadas sociales

¿De que forma?

Con nutriólogos para la coordinación de las dietas preescritas por los médicos, vigilando que las mismas sean adecuadas, y con las trabajadoras sociales que se encargan de vigilar el ambiente familiar que tienen los pacientes.

¿A lo largo de los años se han modificado las formas de intervención de enfermería?

Si se han modificado en cuanto a actividades, pero en si ha sido la restructuracion en la organización, pero seguimos con las mismas actividades.

CONCLUSIONES

Concluyendo, podemos referir que aunque la atención hacia las enfermedades mentales en principio fue extremadamente limitada y sin conocimiento, ha estado presente desde el siglo IV.

Los primeros pasos formales de estudio de la enfermedad mental se dieron hasta 1860, aparecieron aparentemente tratamientos, pronósticos y nuevas ideas médicas que venían de Francia. Estas técnicas propuestas para asistir al paciente, algunas tenían que ver con lo que se llama Terapia Ocupacional, esta procuraba llevar a los enfermos a las costumbres ordinarias de la vida, y por supuesto al mantenimiento de las instituciones que carecían de medios económicos. Las nuevas ideas de tratamiento dieron como resultado crear un nuevo proyecto de atención al paciente, se puso en marcha aquí en México, la creación del Manicomio General.

Dentro de este proyecto se echaron a andar algunas técnicas ya mencionadas, pero al mismo tiempo empezaron a incursionar en este ámbito diversos profesionales de la salud, Es entonces donde aparece el Psicólogo; curiosamente se desconocen sus funciones, como tal no tenía participación directa con los pacientes psiquiátricos, solo se hace mención en un registro, que aplicó una prueba del Rorschach en un caso de un infante.

Cabe mencionar aquí una cita del Dr. Salazar Viniegra, el cual expone su opinión acerca de los procedimientos de investigación por medios psicológicos y refiere:

No comparto en lo mínimo la opinión, me apresuro a decirlo, de las que extremando sus posibilidades confieren a los tests llamados de psicodiagnóstico, valor para determinar la medida de algo tan sutil como es la inteligencia, el temperamento, el carácter, la personalidad normal y la patología. Generalmente los test son pruebas recorridas por débiles mentales para estudiar y sorprender a otros débiles mentales. La prueba del psicodiagnóstico de Rorschach vale casi tanto, en el terreno científico como la astrología y la cartomancia.

Con esta opinión deja ver la manera en la que la psiquiatría calificaba las herramientas de trabajo de los psicólogos. Entonces cabe preguntarse ¿Para que fue contratado el Psicólogo en la Castañeda? ¿Cuales eran sus funciones? Hay que destacar que el manicomio no tenía los suficientes medios de subsistencia económica para mantener en buenas condiciones las instalaciones, ni para pagar al personal que laboraba, eso se corroboró al observar, a los mismos pacientes hacer trabajos manuales y de albañilería para mantener en buen estado al hospital. Entonces ¿en realidad que hacía el psicólogo? ¿se le pagaba? ¿o trabajaba gratuitamente? Estas preguntas desafortunadamente quedaron por el momento sin respuesta.

A pesar de que las herramientas del psicólogo no fueran tomadas en cuenta en el Manicomio, el Dr. Alfonso Millán, propuso un proyecto en donde integra a la Psicología como una forma mas de atención y ayuda al paciente psiquiátrico, pero dicho proyecto no fue aceptado, ya que fue muy ambicioso y no había los medios económicos para su realización.

Lamentablemente el Manicomio de la Castañeda fue clausurado, desmantelado y demolido, por órdenes de la Secretaria de Salud y Asistencia la cual manda crear mas hospitales que pueden sustituir al manicomio.

Aparecen varias instituciones, entre ellas se integra el Instituto Mexicano del Seguro Social para atender a enfermos mentales. La atención aparece en el Hospital La Raza, se pone el departamento de Psiquiatría, se nombra al personal de Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social, pero desafortunadamente dichas ramas desaparecen ya que en el Hospital, no se podían tener pacientes Psiquiátricos. Se sustituye por el Centro Médico, es en este momento cuando aparece la Psicología en la institución, ya que se dan dos plazas para la categoría de Psicólogo. Pero de nuevo vuelve a desaparecer el servicio ya que las enfermedades mentales iban cada vez en aumento, es así que se manda acondicionar el Sanatorio Rafael Lavista, se nombra a personal y las actividades que se realizarán. Al psicólogo le asignan las funciones de elaboración de estudios psicológicos, impartir terapias de grupo e individual, participar en la orientación familiar, intervenir en entrevistas de los

pacientes psiquiátricos y de sus familiares, participar en sesiones clínicas y bibliográficas del hospital y en la enseñanza de la psicología al médico residente. Todas estas funciones las realizan inadecuadamente ya que el espacio asignado no está lo suficientemente acondicionado, por lo que dicho servicio es trasladado a la UMF no. 23 que ahora llevara por nombre Hospital Psiquiátrico Morelos, de nuevo se asigna personal y funciones que se llevaran a cabo.

Las funciones que ejerce el psicólogo en los servicios de salud mental de este Hospital son: elaboración de estudios psicológicos, terapias de grupo e individual, intervención en entrevistas con pacientes y algunas ocasiones con familiares, terapias ocupacionales que estimulen las capacidades de socialización y autoestima de los pacientes llevando a cabo un programa de actividades deportivas, artísticas, sociales y culturales.

A la fecha el personal trabaja bajo el Plan General de Psiquiatría y Salud Mental, que establece el trabajo multidisciplinario en la atención al paciente por un equipo conformado por un médico psiquiatra, un psicólogo clínico, una trabajadora social y una enfermera psiquiátrica, asignando al médico psiquiatra como el responsable del equipo, esto ha generado una pugna por el ejercicio del poder de dimensiones inimaginables, ya que los médicos psiquiatras siempre han contado con todo el apoyo de la autoridad, es decir del Director de la unidad. Esta competencia y lucha de poder se visualiza en una de las entrevistas a Psicología con la pregunta *¿Qué tipo de vínculos profesionales, laborales mantienen con los psiquiatras?, mira... el conflicto entre los psicólogos, para competir es entre ellos mismos y se despedazan porque tu eres analista, no porque tu eres conductista, no porque tu eres de terapia breve y rivalizas feamente y te metes en un caos porque siempre vas a enjuiciar al otro que no este con la misma técnica que tu trabajes y siempre vas a enjuiciar al otro porque lo hace de otra manera... esa es la lucha de toda la vida y de que años y años trasciendan y sigan con esa lucha, pero finalmente no llegas a ganar nada si depende de cada profesional y mira cada profesional entra en competencia consigo mismo mira aquí en hospital, los psiquiatras se pelean, compiten por quien es jefe de enseñanza no, en psicología porque tienes mas pacientes tu que yo, porque yo veo mas que tu no, entonces esa es una lucha de competencia por no hacer nada, o por tener mas y mas,*

pero al estar trabajando aquí en la institución se tiene las mismas oportunidades que los demás y claro competencias de toda índole, como lo referí por el poder y mira cada quien tiene aquí el mismo poder, entonces si tu lo ves abstracto esto es subjetivo mira quien trapea no pasas porque esta trapeando y eso ya implica competencia y poder de que paso o no paso entonces esa competencia... en la carrera mira aquí te puedes encontrar médicos-psiquiatras flexibles en toda la extensión de la palabra, te puedes encontrar otros resistentes yo creo que no se hace la competencia ni mas ni menos, sino que ambos son para el paciente, y lo sostiene las alternativas de tratamiento, yo no estoy diciendo que el chocho sea lo mas indicado y hasta allí se quede sino que es una parte del tratamiento que debe de llevar el paciente aparte la alternativa como te vuelvo a decir de la psicología que le ofrezca al paciente y que le sea agradable al paciente para que te lo acepte..., que decidimos, hacemos, porque también hay que contemplar lo que opine, las expectativas que traiga el paciente en que le puedes ayudar, siento que la clave es la piedra angular de los pacientes es sus expectativas si se las cumples o no no depende del profesional nada mas, sino de ambas partes, y los vínculos deben de ser encaminados a eso. Esto ha dado como resultado el distanciamiento entre las diversas áreas y un pobre beneficio para el paciente. En este punto se debe resaltar que se convoca a un trabajo multidisciplinario y no interdisciplinario que son totalmente diferentes, pero que de cualquier forma este tampoco se alcanzará si no existe un cambio de actitud al interior de los equipos de trabajo y se deja de lado la eterna lucha entre los profesionales psiquiatras y psicólogos. Pero este cambio de actitud tal vez nunca se de cómo lo dice Kaes (1993) “que la institución precede, sitúa e inscribe en sus vínculos y sus discursos, pero, como este pensamiento que socava la ilusión centrada de nuestro narcisismo secundario, descubrimos también que la institución estructura y se trabaja con ella con relaciones que sostienen nuestra identidad”.

Hay que señalar que la institución deja en total libertad el manejo del enfoque psicológico, así el profesionista asume su marco de referencia para trabajar, un ejemplo es el que se marca en el punto de Actividades de psicología en el proceso de consulta externa aquí nos puntualiza que el psicólogo instituye plan de tratamiento y elige manejo individual, familiar o de grupo, según lo requiera el caso, con congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica. Combina diferentes técnicas psicológicas y utiliza diversos enfoques teóricos aprobados

científicamente, lo que me parece es una ganancia dentro de un medio tan adverso para las condiciones de trabajo, esta mención se hace en la siguiente pregunta a la Psicóloga *¿Que tipo de terapia dan? Todo lo que se le pueda dar al paciente, mira en este hospital, bueno siempre he dicho que este hospital es un bombo, porque puedes iniciar muchas cosas pero siempre y cuando sean en beneficio del paciente, y no te limita, siempre y cuando sea tarea de trabajo , y que no te la pases en el cotorreo, sino que presentes una postura de trabajo para emprender nuevas cosas, nada mas que te haces responsable de los lineamientos que tienes que respetar de la institución, todo es que uno quiera trabajar ,y que no se de una psicología pasiva, sino que tenga alternativas, como medicina, alternativa igual debe de haber una psicología alternativa.*

y a la pregunta *¿Además de laborar en consulta externa y hospitalización que otras funciones son las que tiene el psicólogo?*

aparentemente estamos restringidos, pero el psicólogo esta en función de tu propia decisión que puedes elaborar programas de trabajo y los puedes llevar a cabo. La psicología te permite eso, el psicólogo puede participar con un economista, un historiador, ingeniería, tenemos mucha amplitud en lo que podemos realizar, nada mas que no nos atrevemos algunas veces, que es diferente

Pero mientras no haya el personal que quiera trabajar un marco de referencia establecido en sus propias actividades y las que se marcan en el ámbito de la psicología esto seguirá igual, en la institución no existen programas que lleven a cabo los psicólogos, solo se le marcan rutinas como ya se vio anteriormente, desafortunadamente estas rutinas de trabajo en la institución las establecen como programas. Esto lo marca Kaes (1993) que “el trabajo colectivo de las funciones capitales de las instituciones, consiste en proporcionar, representaciones comunes y matrices identificatorias: proporcionar un estatuto a las relaciones de la parte y el conjunto, vincular los estados no integrados, proponer objetos de pensamiento que tienen sentido para los sujetos a los cuales esta destinada la representación y que generan pensamientos sobre el pasado, el presente y el porvenir; indica los limites y las transgresiones, asegurar la identidad, dramatizar los movimientos puncionales es así como entramos en la crisis de la modernidad de las instituciones cuando no cumplen su función principal de continuidad y de regulación”..

Es así como vemos que la institución sigue el modelo tradicionalista, en donde el paciente es quien debe acudir al consultorio del psicólogo. Haciendo referencia al Reglamento Interior de Trabajo no brinda ningún apoyo para que se pueda realizar la labor profesional en términos diferentes por los establecidos por la Institución.

Siguiendo con la misma línea existen otros puntos para analizar en cuanto al trabajo que realiza el psicólogo y estos son los que vienen en su programa. Ayuda a canalizar positivamente las tensiones que se generan en el equipo de salud por su convivencia con la enfermedad, el dolor y la muerte, a través de la Salud Mental de Enlace, y del adecuado manejo emocional y educación psicológica de los pacientes y sus familiares; esto con el propósito de promover su salud mental y prevenir desordenes psicopatológicos. En relación a los puntos anteriores podemos observar que el psicólogo puede tener incidencia en el tratamiento de los pacientes, pero bajo la supervisión del médico-psiquiatra; en cuanto a los familiares no los maneja en su totalidad, solo que el médico-psiquiatra se lo permita. Quien se encarga de llevar las alternativas de manejo emocional de los familiares del paciente son las Trabajadoras Sociales; esto lo pudimos ver en una entrevista con personal de Trabajo Social en base a la siguiente pregunta ¿Qué alternativas dan? la respuesta fue:

Las alternativas que damos, es a través de la misma formación que una va teniendo o sea en desarrollo familiar, aquí por ejemplo nosotros vemos es la familia y de acuerdo a la familia y a las situaciones que se le presenten. Es como le orientamos para eso mismo realizamos un estudio y de acuerdo a esa información recabamos y hacemos esa orientación. Al preguntar como realizaban ese estudio y cuales eran, definitivamente el Psicólogo no tiene ninguna participación:

¿Cómo es ese estudio que realizan?

Aquí se le denomina estudio Psicosocial y es de primer, segundo y tercer nivel según la información que requiera el médico o el tratamiento

¿Cuáles serían esos estudios de primer, segundo y tercer nivel?

Bueno, en el primer nivel va más enfocado más a la dinámica familiar, a ver qué aspectos propiciaron el internamiento o padecimiento para poder orientar y que haya una reestructuración dentro de la familia de lo que comprende la dinámica familiar, que son los roles etc. Y en el de segundo nivel, hacemos una investigación más profunda en algún

aspecto que el médico considere importante, sobre algún aspecto social, por ejemplo la familia y el alcoholismo, si hay drogadicción y allí se hace una visita a domicilio y el de tercer nivel es cuando se envía al paciente a otra institución allí vemos no nada más la dinámica familiar, ni investigamos nada mas aspectos que al médico le resulten importantes si no que tenemos que ver la actitud de la familia ante la enfermedad, ante el mismo paciente.

Ante estas respuestas se puede apreciar que el trabajo que debería de llevar un Psicólogo, o un Terapeuta Familiar lo ejercen las Trabajadoras Sociales dejando de lado a la práctica psicológica fuera de los programas que tienen que ver con el manejo emocional con los familiares para el apoyo a los pacientes, aunque hay que mencionar que con anterioridad el Psicólogo también participaba en la dinámica familiar en conjunto con los demás profesionales, Sin embargo, debido a un cambio institucional, al psicólogo se le apartó de participar directamente con los familiares.

¿A lo largo de los años se han modificado las formas de intervención de la trabajadora social?

Si ha cambiado, el modelo de trabajo, antes trabajábamos por ejemplo en conjunto se hacia una entrevista entre trabajadora social, psicólogo, y el psiquiatra se hacia, y ahora se deriva y las actividades las hacemos y las comentamos.

Respecto a este punto Kaes (1993) menciona “las instituciones asistenciales, que en la cultura moderna de los terapeutas tienden a convertirse en el paradigma de la Institución...cumpliendo evidentemente funciones mixtas y complejas...integrando actividades, normas y reglas subsumidas bajo valores y funciones de ultima instancia...identificadas como una expresión de la institución.”

En cuanto a otra de las labores establecidas por su manual de trabajo menciona que el Psicólogo favorece la interrelación eficiente y armónica entre los psicólogos y el resto del personal especializado en Salud Mental. También menciona que de particular importancia que lo hace conjuntamente con la coordinación del área de Psiquiatría y otra de sus labores es efectuar labor de tutoría o docencia para pasantes de psicología o psicólogos en formación, de acuerdo a la normatividad y convenios vigentes con otras instituciones. Respecto a este punto en efecto realiza labor de tutoría o docencia para pasantes de

psicología o psicólogos en formación, pero esta tutoría que hacen no la reconocen como una función del psicólogo, a pesar de que esta normado ¿Además de laborar en consulta externa y hospitalización que otras funciones son las que tiene el psicólogo?

También está normada, dentro del aspecto colectivo de trabajo, la función del psicólogo esta la ergoterapia, puedes capacitar, puedes fungir como instructor, como ponente, puedes trabajar , en investigación puedes participar, en seguridad, servicio en higiene o sea con otras áreas que están contratadas no de la norma oficial sino de la institucional, y que con parte laboral y que a mucha gente no le gusta la capacitación y uno es el que decide entonces puedes participar en programas específicos de salud para gente.

no se atreven a poder fungir como capacitadores ya que ellos mismos de alguna manera se restringen y al llevar esta tutoría llevan al aprendiz a la patología institucional que ellos se adoptan Kaes (1993) el aprendiz entra al “desconcierto institucional” entra en el ”marasmo----- donde emergen islotes de creación, a veces sostenidos por el imaginario utópico y otras remachados fuera de la historia por la función del ideal, haciendo la experiencia de la locura común, de nuestra parte loca oculta los pliegues de la institución: pasividad de los efectos, machaqueo obnubilante y repetitivo de las ideas fijas, parálisis de la capacidad de pensamiento, odios incontenibles, ataque paradójico contra la innovación en los momentos de innovación ,confusión inextricable de los niveles y los órdenes, sincretismo y ataques agrupados contra el proceso de vinculación y de diferenciación, acting y somatización violentas” Esta parte se puede ver en las siguientes respuestas que da Psicología en las entrevistas, en la pregunta que con anterioridad ya se había referido

¿Que tipo de vínculos profesionales, laborales mantienen con los psiquiatras?

mira cada profesional entra en competencia consigo mismo mira aquí en hospital, los psiquiatras se pelean compiten por quien es jefe de enseñanza no, en psicología porque tienes mas pacientes tu que yo, porque yo veo mas que tu no, entonces esa es una lucha de de competencia por no hacer nada, o por tener mas y mas, pero al estar trabajando aquí en la institución se tiene las misma oportunidades que los demás y claro competencias de toda índole, como lo referí por el poder y mira cada quien tiene aquí el mismo poder, entonces si tu lo ves abstracto esto es subjetivo mira quien trapea no pasas porque esta trapeando y eso ya implica competencia y poder de que paso o no paso entonces esa es competencia.

Desarrolla de manera particular o grupal, protocolos de investigación relacionados con su ámbito, de acuerdo a morbilidad y necesidades específicas de la unidad.

En cuanto a las probabilidades de investigación son pocas, debido a la sobrecarga de trabajo que se tiene y como la prioridad es la atención al paciente no se cuenta con el tiempo necesario para llevarla a cabo, de hecho la institución en ocasiones la ha exigido, sin embargo, no otorga las condiciones para que se pueda efectuar, una vez más con esto se reafirma que la Psicología no es un campo en el cual la Institución pueda interesarse del todo, mientras no haya el cambio de querer trabajar por parte de los mismos profesionales. Ya se menciona en entrevista a Psicología

*¿A lo largo de los años se han modificado las formas de intervención del psicólogo?
en cuanto a psicología pues psicología tiene que cambiar en pocas palabras necesita cambiar, faltan muchos años para que gente quiera emprender, aprender, que quiera ser diferente, que le de otra innovación como una psicología alternativa porque se mueven muchos recursos y hay que manejarlo con los pacientes no porque si no buscas el cambio entonces que expectativas le ofreces al paciente el te ofrece una y tu que le ofreces.*

Otro punto en la Institución que califico de injusto es que constantemente las autoridades se basen en la productividad, o más bien en el eficientísimo es decir, en la cantidad de pacientes atendidos diariamente por un Psicólogo Clínico para evaluar y justificar la existencia de esta categoría, ya que los estándares que establecen son a partir de la consulta médica, y creo que esto no se puede comparar, pues mientras un médico en 50 minutos atiende en promedio a 3 pacientes el Psicólogo Clínico sólo a uno, y esta diferencia está dada por el tipo de labor que nosotros tenemos; la Psicoterapia requiere de 50 minutos, y para escribir una receta de medicamentos y hacer alguna pregunta sobre el estado del paciente se necesitan 10 ó 15 minutos, como lo hace la medicina socializada, con esto los psicólogos estamos en desventaja, y así la institución tiene bases para argumentar que los psicólogos son poco productivos. Entonces queda establecido que lo que importa es la cantidad, no la calidad del trabajo. Queda así relegada la función del psicólogo a una servidumbre más de la psiquiatría junto con otras disciplinas como el psicoanálisis; es entonces que nos surge una duda: ¿en donde queda la relación médico-paciente? ¿qué pasa con una de las herramientas principales del psicólogo en la terapia que es la escucha? Las recaídas son impresionantes y el precio que hay que pagar por ello es todavía más alto.

Y por ultimo cabe destacar que el Contrato Colectivo de Trabajo en el Reglamento de Becas, brinda la posibilidad de superación académica, pudiendo el psicólogo asistir a un curso monográfico de una semana realizado por alguna unidad de la misma institución, o realizar una Especialización, Maestría o Doctorado, ya sea en el país o en el extranjero. Siempre y cuando se cubran todos los requisitos para cada caso, esto me parece un logro importante del Sindicato ya que brinda la oportunidad de estudiar percibiendo el salario integro y conservando todos los derechos como trabajador, aunque para el caso de los Psicólogos Clínicos el realizar estudios no representa un medio de ascender debido a que es una categoría autónoma, es imposible mejorar económicamente a través de los estudios.

Comentario

El haber tenido conocimiento de toda esta información me confirma la vivencia de la Institución, que es el trabajar en condiciones adversas desde lo físico hasta lo económico, es el sentir que como Psicólogo no se existe dentro de la Institución y que a veces el trabajo no es reconocido. Ahora bien es esta la parte provechosa del análisis lo que me lleva a reflexionar y tratar de buscar alternativas para modificar esto, es una labor ardua, sé que se trata de que uno mismo se asuma como un agente de cambio y empezar tal vez por modificar las propias actitudes. Pero no sé si esto llevará a cambios en las autoridades, no sé como establecer ese puente, entre lo teórico y lo práctico. Lo que sí me queda claro es que hay que abrir nuevas líneas de investigación con el propósito de explorar en otras instituciones el lugar que ocupa el psicólogo, los cambios que ha habido y las circunstancias en que se dieron dichos cambios. Quedan muchas preguntas por hacer y resolver. Por lo pronto somos nosotros los que debemos luchar por ello y que para ello hay mucho por hacer.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez A. J. (1960) Historia de la Salubridad y Asistencia en Mexico. Tomo I

Alvarez A. J. (1960) Historia de la Salubridad y Asistencia en Mexico. Tomo II

Alvarez A. J. (1960) Historia de la Salubridad y Asistencia en Mexico. Tomo III

Berkstein Kanarek Celia (1981) El Hospital del Divino Salvador. UNAM. México. DF.
Tesis de Licenciatura FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

Calbido H. M (2002) Salud Mental. Enfoque preventivo. Mexico

Cardenas E. (1976) Bosquejo Historico . Centro Medico La Raza Instituto Mexicano del Seguro Social

Carvajal A.(2001) Mujeres sin historia del hospital de la Canoa al Manicomio de la

Castañeda. En Revista de Historia y Ciencias Sociales . Para una Historia de la Psiquiatría en México. Publicación cuatrimestral Instituto Mora septiembre-diciembre 2001.

Contrato Colectivo de Trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social 1998-1999.

Contrato Colectivo de Trabajo 1998-1999, del apartado de Profesiograms, pp. 129-130.

De la Fuente J.R. (1977) La Salud Mental en México. Salud Mental(1) 4-3

Evolución Orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1993.

Ley del Seguro Social 1996.

Garza, F La terapia Ocupacional para enfermos mentales en México. Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal 1946 (13) 74,14-27

Kaes, R y Otros. La institución y las instituciones Ed. Caídos. México 1993

Lopez Ramirez Marlene (1999) La formación profesional del psicologo clinico(una propuesta de cambio curricular)Tesis de Licenciatura UNAM FES-IZTACALA TESIS

Lopez Ramos Sergio(1995) Historia de la psicología en México. Edit CEAPAC Mexico Tomo I Cien años de enseñanza de la psicología en México(1895-1995)

Manual de Inducción Institucional. Hospital Regional de Psiquiatria Morelos Instituto Mexicano del Seguro Social.

Mora E. y Otros (1982 Salud , Poder y Locura Madrid Edit. Fundamentos

Ortiz Zepeda Cynthia (1997) El rol del psicologo clinico dentro de un hospital psiquiatrico.Tesis de Licenciatura. UNAM FES-IZTACALA TESIS

Plan General de Psiquiatría, Subdirección General Médica, 1988.

Rojas Rodolfo, Diagnóstico de la Psiquiatría Institucional, Subdirección General Médica. Jefatura de

Treviño B. (1963) Hospitotal General Centro Médico Nacional (1963-1985) Instituto Mexicano del Seguro Social Servicios Médicos. Subjefatura de Hospitales, 1985.