



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DOCTORADO EN ANTROPOLOGÍA  
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS/INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
ANTROPOLÓGICAS

PREDISPOSICIÓN BIOLÓGICA –GENÉTICA Y NEUROBIOLÓGICA- Y  
SOCIOCULTURAL EN EL CONSUMO DE PSICOACTIVOS EN UN GRUPO DE  
PROFESIONALES DE LA PSIQUIATRÍA.

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

DOCTOR EN ANTROPOLOGÍA

PRESENTA:

ALFONSO RUIZ BELMAN

TUTOR:

DR. RAMÓN ARZAPALO MARÍN  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLOGICAS

CO-TUTOR:

DR. NELSON ÁLVAREZ LICONA  
DOCTORADO EN ANTROPOLOGÍA

COMITÉ TUTORAL:

DRA. MARGARITA PALACIOS SIERRA  
(FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS)  
DR. ROBERTO CAMPOS NAVARRO  
(FACULTAD DE MEDICINA)

MÉXICO, D.F. FEBRERO DE 2014



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**

Desde la elaboración del proyecto de investigación y durante todo el periodo de duración del doctorado, conté con el apoyo, asesoría y amistad de mis co-directores de tesis: el Dr. Ramón Arzápalo Marín y el Dr. Nelson Álvarez Licona, quienes no solo me brindaron su tiempo, su paciencia, su interés sino sobre todo sus valiosas enseñanzas, sin ustedes no hubiera sido posible esta tesis. Miles de gracias.

Por otro lado, quiero agradecer especialmente al Dr. Roberto Campos Navarro y a la Dra. Margarita Palacios Sierra, miembros de mi comité tutorial, por todo el tiempo, apoyo, interés y disposición para apoyar mi investigación, así como mi formación profesional. Gracias por sus aportes y enseñanzas.

Quiero agradecer, a la UNAM en general, y al Posgrado en Antropología (Instituto de Investigaciones Antropológicas / Facultad de Filosofía y Letras), en particular, por haber aceptado mi proyecto y dejarme ser parte de esta prestigiada institución. Recibí todo el apoyo académico y en asuntos administrativos que cualquier otro estudiante del posgrado ha tenido. Gracias.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) le agradezco el apoyo económico a través de una beca de posgrado, sin este importante apoyo, no hubiera sido posible realizar esta investigación. Es muy importante destacar aquí que una institución como ésta se dedique a apoyar la investigación científica, y a apoyar la formación de recursos humanos de alta calidad.

Muy especialmente quiero agradecer el apoyo de mi familia y amigos, que siempre confiaron en que llegaría a buen fin. Gracias por sus consejos, apoyo, confianza, cariño y amistad, gracias por estar conmigo incondicionalmente, teniendo que

soportar mi estrés y mal humor, por compartir mis alegrías, mis pequeños logros, mis esperanzas. Gracias por todo.

Quiero agradecer a los miembros del equipo de salud mental que hicieron posible esta investigación: a los directivos de la Unidad de Atención Psiquiátrica (director, jefe de enseñanza, a los miembros del comité de bioética e investigación); a los psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y al personal administrativo quienes me brindaron su apoyo, confianza, conocimientos y que además permitieron que realizara mis investigaciones durante un año de trabajo de campo en esta institución. Gracias por todo.

Finalmente quiero dar las gracias y expresar mi reconocimiento a los médicos psiquiatras, quienes hicieron posible esta investigación; mi agradecimiento a todos por su tiempo, su paciencia, sus charlas, el permitir realizar las entrevistas, por su interés, su apoyo, sus enseñanzas e incluso su amistad. Mi respeto y mi más profunda admiración a los profesionales de la psiquiatría, a todos aquellos que laboran en esta institución y también a mis queridos amigos, en particular al Dr. De la Peña y a mi entrañable amigo el Dr. Arnoldo Espinoza.

Gracias.

## INDICE

1. Introducción.....	6
2. Metodología y técnicas de investigación.....	11
2.1 La construcción de los observables.....	13
2.2 Las hipótesis.....	16
2.3 Guía de las técnicas para la recolección de datos.....	18
2.4 Enfoque o perspectiva de la investigación.....	18
2.5 Los pasos del método.....	23
2.6 Problemas previos y durante el proceso de investigación.....	25
3. Factores genéticos, neurobiológicos y psicológicos asociados al consumo de psicoactivos.....	31
3.1 Bases genéticas de la conducta de consumo de psicoactivos.....	31
3.1.1 Genética y trastornos mentales.....	31
3.1.2 Genética y consumo de psicoactivos.....	33
3.1.3 Genes y conducta.....	47
3.1.4 Genética y psiquiatría.....	51
3.1.5 Los estudios actuales sobre genética y consumo de psicoactivos. Genes candidatos.....	52
3.1.6 Los factores ambientales en el consumo de psicoactivos.....	54
3.2. Bases neurobiológicas del consumo de psicoactivos.....	56
3.2.1 Consumo y placer.....	57
3.2.2 Estructuras neurobiológicas asociadas con el comportamiento.....	60
3.2.2.1 La Amígdala.....	60
3.2.3 Genética- estructuras neurobiológicas y predisposición al consumo de psicoactivos.....	61
3.2.4 Cambios en las estructuras neurobiológicas debido al consumo de sustancias psicoactivas.....	63
3.2.4.1Las sustancias.....	67
3.2.4.1.1 La Nicotina.....	67
3.2.4.1.2 La Cannabis.....	69
3.2.4.1.3 El Alcohol.....	70
3.2.4.1.4 Los Opiáceos.....	71

3.2.4.1.5 Los Estimulantes.....	73
3.3. Bases psicológicas del consumo de psicoactivos .....	73
4. El ámbito hospitalario .....	80
4.1 Análisis del espacio.....	80
4.1.1 La estructura física .....	80
4.1.2 El médico y su entorno .....	83
4.2 Análisis de las relaciones interpersonales.....	88
4.2.1. El médico y el personal de salud mental .....	88
4.3. El poder psiquiátrico.....	92
4.3.1 La cultura psiquiátrica .....	92
<b>4.3.2 Análisis del poder psiquiátrico .....</b>	<b>94</b>
4.3.3 Relación médico-paciente.....	103
4.3.4 La formación de los psiquiatras: La residencia.....	105
4.3.5 Las sesiones clínicas .....	111
5. Conclusiones .....	114
6. Referencias Bibliográficas .....	122
7. Anexos .....	128

## 1. Introducción

Desde hace tiempo me ha interesado el tema del “consumo de psicoactivos” cuando empezamos a construir el proyecto de investigación en conjunto con el Dr. Álvarez nos percatamos que muchos de los trabajos realizados sobre este tema eran unidisciplinarios, es decir, o solo se enfocaban en el aspecto biológico (neurobiológico o bien genético) sin tomar en cuenta el aspecto sociocultural, mientras que otras investigaciones, desde la antropología, se enfocaban básicamente en cuestiones socioculturales y no revisaban los aspectos biológicos del fenómeno. Aunque si existían interesantes trabajos que han realizado una reconstrucción histórica del consumo de psicoactivos, destacando el trabajo de Escotado (1989). Desde la construcción del proyecto de investigación, pretendimos hacer un estudio con una perspectiva más amplia, que incluyera esas dos grandes perspectivas. Por otro lado, la bibliografía daba cuenta de la existencia de consumo de psicoactivos entre el grupo de profesionales de la medicina con los que decidimos trabajar. No era nuestro interés indagar si existía o no el fenómeno, pues ya otros habían realizado ese trabajo, nuestro objetivo fue reconocer los patrones de comportamiento con base en la predisposición sociocultural y del entorno, que posibilitan el consumo de sustancias psicoactivas entre los profesionales de la psiquiatría. Un elemento que consideramos a nuestro favor era el que tuviéramos algunos excelentes amigos psiquiatras, y así de alguna forma tener una pequeña abertura para acercarnos al mundo de la salud mental. Sin embargo, ya una vez iniciada la investigación el panorama no era tan fácil para poder realizar el trabajo de campo. Había que presentar el proyecto en alguna institución psiquiátrica para su aprobación; éste se presentó en tres instituciones psiquiátricas, pero, aunque formalmente no fue rechazado, tampoco recibimos respuesta alguna. Finalmente el proyecto fue aprobado por las autoridades y el comité de ética e investigación de una Unidad de Atención Psiquiátrica pública. Allí se realizó el trabajo de campo, durante catorce meses. Se realizaron observaciones, entrevistas y otros registros como: charlas, sesiones clínicas y reuniones informales. Por otro lado, gracias a la valiosa dirección del Dr.

Arzápalo logramos integrar la semiótica como la perspectiva metodológica de la investigación. Debo agradecer también la colaboración de tutores y asesores. Logramos así, integrar los aspectos, teóricos, metodológicos y el *corpus* de materiales obtenidos en campo.

El trabajo inicia con el planteamiento de la hipótesis principal de esta investigación: “Si bien existen estructuras biológicas asociadas al consumo de psicoactivos, la predisposición al consumo de este tipo de sustancias está dada por las disposiciones del entorno que la facilitan y en este sentido la posibilitan.” Esta hipótesis fue el punto de partida de la investigación, guió los pasos a seguir en el trabajo de campo y en la elaboración de la tesis.

Por lo que se requiere que a continuación se precisen los observables. Pero la observación no es un proceso en el cual se dé cuenta de los fenómenos que suceden en el mundo, independientemente de las acciones del observador, sino que -y precisamente ahí está una de las condiciones para que se realicen las explicaciones científicas- se requiere precisar las perspectivas de la observación del investigador, de ahí la importancia de establecer las teorías y los teóricos que las plantean, ya que éstas son representaciones abstractas de la realidad, por lo que a continuación se presenta la perspectiva de investigación, que en este caso es la semiótica, que nos ayudó a la integración de lo biológico y lo cultural. Aquí se retoman algunos de los importantes postulados de Sebeock (1986), de Peirce (2005), y en particular los conceptos de von Uexküll(1973): *Umwelt* e *Innenwelt*, que permitieron analizar tanto los aspectos internos como los externos del fenómeno estudiado.

Cuando se termina un trabajo de investigación y se realiza el reporte de éste, aparece en una coherencia que no permite reconocer la vívida experiencia del investigar, por lo que se narran los pasos de la investigación, desde la observación, las entrevistas y todo lo realizado durante el trabajo de campo.



Por otro lado, el trabajo requirió de una profunda revisión bibliográfica que incluye los más recientes avances en genética, neurobiología y los aspectos de la psicología relacionados con el consumo de psicoactivos. Como lo indica el título del capítulo, este se dividió de manera general en tres grandes secciones: los factores genéticos, los factores neurobiológicos y los elementos de índole psicológica asociados al consumo de psicoactivos. En el caso de los factores genéticos vinculados con la conducta de consumo, se inicia con una revisión de todos los autores que, desde el siglo XIX, han planteado la herencia de algunos padecimientos psiquiátricos, hasta llegar a los primeros trabajos de la psiquiatría que aportan pruebas claras de esta transmisión de los padecimientos mentales. Posteriormente se hace una revisión de los estudios genéticos iniciando con los trabajos de Mendel hasta llegar a las más recientes investigaciones sobre genética de la conducta, incluyendo sus métodos y sus técnicas de investigación. Más adelante se revisa cómo, a pesar de la gran cantidad de investigaciones realizadas en genética es muy difícil que algún gen o genes predispongan de manera directa al consumo de psicoactivos. Lo más cercano ha sido la identificación de un cierto polimorfismo genético donde el alelo ALDH2\*2 no permite la metabolización del alcohol, esto ha sido encontrado en algunas poblaciones de Asia y entre los judíos y la identificación de la asociación entre el polimorfismo genético del gen CNR1 y del receptor D4 (exón III) en abusadores de psicoactivos, así como en individuos buscadores de novedad (BN) de la clasificación de personalidad de Cloninger (1994). En el apartado sobre los factores neurobiológicos asociados al consumo de psicoactivos se hace una revisión sobre los más actuales estudios sobre las estructuras neurobiológicas vinculadas a este fenómeno. Pero inicia con una introducción sobre la especificidad del cerebro humano, y que es lo que lo distingue de otras especies animales. Para explicarlo habla de la importancia del tamaño relativo del cerebro, del mayor desarrollo de los lóbulos temporales y parietal, de la especialización de los hemisferios, también de las áreas de especialización cerebral para el lenguaje humano; o la existencia de cierto tipo de neuronas específicamente humanas; y finalmente de la existencia de un “torque” cerebral que es una de las

características típicamente humanas, así como de la mayor y más compleja plasticidad cerebral. Pero, pese a todo lo anterior, nada de lo dicho es exclusivamente humano, pues aparecen, aunque de manera aislada en otras especies animales, desde los antropoides hasta especies evolutivamente menos desarrolladas. Al parecer esta especificidad humana se encuentran en una suma de todo lo anterior que conformaría la mayor complejidad del cerebro humano. Por lo que en el trabajo se continúa explicando las estructuras, ya que los estudios neurobiológicos de los mecanismos del comportamiento se han centrado en tres regiones cerebrales: la amígdala, la corteza prefrontal y el núcleo *accumbens*. También se revisa el papel de neurotransmisores y neuromoduladores en el particular tipo de la conducta de consumo de psicoactivos. Terminando con la explicación de los cambios que se producen en las estructuras neurobiológicas debidos al consumo de psicoactivos y se presentan la estructura y funcionamiento de algunos de estos psicoactivos tales como: nicotina, alcohol, cannabis, opiáceos y estimulantes. La integración de elementos que permitiera construir un mecanismo explicativo del consumo de psicoactivos en la población estudiada, requería de hacer una revisión de los factores psicológicos, por lo que también se analizaron algunos de los elementos de la personalidad.

Con este contexto, el trabajo aborda propiamente la investigación antropológica; aquí aparece el resultado de los análisis lingüístico y etnológico realizados, así como, algunos de los ejemplos etnográficos tomados del trabajo de campo y del *corpus*. Es la parte teórica de la tesis, al igual que el capítulo destinado a la metodología. Inicia con la descripción del espacio físico, es decir, los espacios que componen la Unidad de Atención Psiquiátrica donde se realizó la investigación. Esos espacios pequeños, saturados, donde reina el hacinamiento, esos pisos y paredes blancas, esos pequeñísimos consultorios de dos por tres metros donde labora el personal de salud mental, además de otros factores ambientales como el ruido de pacientes, acompañantes o el que realizan los trabajadores de los constantes trabajos de remodelación, además del polvo y el cierre de espacios

comunes; además de la falta de ventanas, de áreas verdes, de espacios para la relajación o el ejercicio. No se trata únicamente de la descripción, sino que a la par se va realizando el análisis, que nos deja ver como esta falta de buenas condiciones ambientales puede repercutir negativamente entre los profesionales de la psiquiatría, pues se convierte, de hecho, en uno de los primeros factores estresantes con los que tienen que lidiar cotidianamente en su práctica profesional. En el apartado sobre las relaciones interpersonales se analiza la relación de los psiquiatras con los demás miembros del equipo de salud mental, la relación con los pacientes y con los propios colegas. Relaciones no siempre cordiales, hay roces, conflictos, envidias, murmuraciones y en ocasiones *mobbing*. Aquí vemos como uno de los más importantes factores estresantes para los psiquiatras es el trato cotidiano con los pacientes, la constante convivencia con la enfermedad mental. También aquí se analiza la enorme carga laboral y emocional con la que tienen que lidiar constantemente los psiquiatras, y que repercutirá como un factor más de estrés. Además vemos la importancia del acceso a los psicoactivos, bien sea a través de los representantes de los laboratorios farmacéuticos, a través de sus propias recetas o incluso gracias a la consulta de algún otro colega. Por último, se hace una revisión del concepto de *poder psiquiátrico*, de cómo este poder atraviesa a la institución psiquiátrica, en la organización laboral, en la práctica clínica, en la formación de los futuros psiquiatras, incluso en las sesiones clínicas o en las reuniones informales; vemos como hay un discurso tras estas prácticas, el discurso del poder.

## 2. Metodología y técnicas de investigación

Nuestro trabajo de investigación parte de la siguiente hipótesis:

Si bien existen estructuras biológicas asociadas al consumo de psicoactivos, la predisposición al consumo de este tipo de sustancias está dada por las disposiciones del entorno que la facilitan y en este sentido la posibilitan.

Trabajamos con dos marcos referenciales diferentes; por un lado uno que nos permitió explicar el ámbito interno -biológico: genético y neurobiológico-, y por otro lado, otro que nos permitió explicar el ámbito externo -social y cultural-<sup>1</sup>. En el ámbito interno, los fenómenos fueron referidos en base a estudio realizados por los especialistas en el área a través de la literatura científica. Pero, por otro lado, la mayor complejidad la encontraremos en el ámbito de lo externo, donde hay fenómenos fácticos y empíricos.

El objeto de esta investigación es una conducta, una particular conducta que ha sido denominada *consumo de psicoactivos*; desde el ámbito de la biomedicina<sup>2</sup> el *consumo de psicoactivos* es una conducta que podría llevar a la enfermedad, pero, ¿qué es una enfermedad?

Una enfermedad es caracterizada como un cierto tipo de trastorno del comportamiento que consiste en síntomas de varios tipos que van de la mano con problemas en el funcionamiento psicosocial. Y al padecimiento lo podemos caracterizar como algo que no va junto con algún problema precisamente médico o de salud, cualquier situación no deseada o desagradable para algún individuo. (Fábrega, 1978)

---

<sup>1</sup> Esta distinción entre interno y externo nos será muy útil cuando más adelante al hablar de la perspectiva semiótica de la investigación incluyamos los conceptos de *Umwelt* e *Innenwelt* de von Uexküll (1973)

<sup>2</sup> También llamada medicina occidental, medicina alópata, medicina hegemónica o medicina científica.

El que tengamos dos marcos referenciales no implica que debemos tener dos métodos, si el método es la vía o el medio para llegar a la teoría, a través de una serie de procedimientos, un método adecuado nos permitirá llegar al nivel de las explicaciones en el caso de la investigación científica. Chao (1970), establece que el método es la forma y el medio a través del cual se estudian las cosas – datos de los sentidos con los que uno empieza la investigación- con la finalidad de llegar a una teoría sobre ellas y donde el método incluiría varias actividades generales y específicas como la observación la descripción, grabación, análisis, síntesis, organización, transformación y todos aquellos procesos que incluyen procedimientos y técnicas (Chao, 1970).

“Las explicaciones científicas son mecanismos generativos, es decir, son procesos que dan origen a los fenómenos por explicar como resultado de su operar” (Maturana, 1997).

En nuestro proyecto de investigación el método parte de unas ciertas nociones teóricas, debe pasar por la recolección de los datos de investigación - es necesario aclarar que esta recolección se hace a través de diversos procedimientos: observaciones, aplicación de un instrumento o entrevista semi-estructurada, análisis de las actitudes encubiertas, etc.- el análisis de todos los materiales, la síntesis y la organización.

Cuando proponemos explicaciones científicas, distinguimos elementos y la relación entre estos, para poder proponer un mecanismo que dé lugar al fenómeno que se pretende explicar. Las explicaciones científicas deben de satisfacer ciertas condiciones:

“1) La descripción del fenómeno que se desea explicar, desde la experiencia del observador...

“II) La proposición de un proceso generativo, que como un mecanismo *ad hoc* genera el fenómeno por explicar como resultado de su operar en el dominio de las experiencias del observador.

“III) La deducción a partir de las coherencias operacionales implícitas en el mecanismo generativo propuesto, de otras experiencias no consideradas en su proposición y de las condiciones que un observador debe satisfacer para tenerlas.

“IV) La realización y experiencia de lo deducido en III) por un observador que satisfaga en su dominio de experiencias las condiciones allí requeridas”.  
(Maturana, 1997).

En esta investigación el fenómeno del *consumo de psicoactivos* lo consideramos como complejo y su estudio requiere ser tomado como sistema, donde habrían varias estructuras superpuestas como niveles, el interno -biológico: genético por un lado y luego neurobiológico- y después un nivel externo -social y cultural-. Evidentemente un sistema es más que una suma de estructuras, ya que hay relación o comunicación entre ellas, así por ejemplo, el sistema genético influye en el neurobiológico y a su vez estos dos sistemas influyen de alguna forma en el sociocultural, a través de la modulación de la conducta.

## **2.1 La construcción de los observables**

La ciencia es un conocimiento racional, sistemático y exacto (Bunge, 1990) cuyo campo ha sido tradicionalmente dividido en ciencias formales y ciencias fácticas. La Antropología se colocaría en esta última división debido a que para su investigación, requiere de hechos de la experiencia o del mundo exterior, aunque en realidad lo que observamos son objetos, procesos, cualidades, estados de cosas, relaciones entre ellas e incluso ausencias y faltas (Wartofsky, 1986).

Pero lo que nos interesa son los hechos de la observación, por muy simples que sean deben dar cuenta de que lo que observamos depende de nuestra intención, del contexto y muy claramente de la actitud mental en que nos encontremos (Wartofsky, 1986).

Vamos al campo con una serie de nociones teóricas, con una idea de lo que queremos ver, observar. En el caso de nuestra investigación tuvimos que estar preparados para explicar una conducta, lo que implicó observar, escuchar y también interpretar. Si tomamos en cuenta que esta conducta es considerada como socialmente negativa, entonces lo más común es que la gente la niegue y ni siquiera en el discurso aparezca el vocablo *consumo de psicoactivos*. Nuestros informantes fueron un grupo muy selecto de especialistas médicos, con un nivel educativo mucho más alto que el promedio de la sociedad y nunca observamos algún evento de *consumo de psicoactivos*, pero nuestro trabajo consistió en interpretar sus discursos, sus actos, sus actitudes encubiertas, sus palabras; como dice Wittgeinstein (1992), las palabras o las proposiciones no son los hechos pero si su *sombra*, lo cual entendemos que son el mecanismo previo a partir del cual podemos inferir características del hecho, es decir, nos permite acercarnos al fenómeno en cuestión: “La anticipación como sombra del hecho consiste en que podamos pensar ahora que ocurrirá exactamente aquello que todavía no ha ocurrido” (Wittgeinstein, 1992). La proposición predetermina lo que la hará verdadera. La proposición como toda proyección debe tener algo en común con lo proyectado, sin importar cuál sea el método de proyección. También podemos comparar una proposición con una figura:

...para que la figura me diga algo no es esencial que me vengan palabras a la mente. Porque la figura debería ser el lenguaje más directo....Aquí es importante comprender que, en lugar de una figura, uno podría también haber considerado un fragmento de la realidad material. (Wittgeinstein,1992).

Si una proposición puede ser una figura y a su vez una figura puede ser un fragmento de la realidad material, entonces es válido tomar como proposición lo mismo un fragmento de discurso que un fragmento de la realidad material, por ejemplo una conducta, un gesto.

En nuestra investigación observamos conductas, pero una conducta como hecho observable es una serie de actos, movimientos, gestos, cuyas intenciones o motivaciones nos permanecen ocultas. Es posible observar a una persona sonrojarse, o mover rápidamente una mano, de un lugar a otro, o articular palabras para decir algo, sin embargo, la verdad o falsedad de lo dicho, del discurso, nos está vedada, por lo menos en una primera instancia. Podemos observar, como cualquiera lo puede hacer el movimiento de esa mano, o el sonrojarse una persona, pero saber el sentido, origen o motivación de tal acto está más allá de la observación. Podemos escuchar cuando se emite el sonido de una voz, de varias voces, la modulación, la entonación, su volumen, pero saber lo que significa, lo que quiere decir, va más allá de la simple observación.

Cuando hablamos de observación hay que distinguir muy claramente los casos de experiencia sensorial inmediata y que esto se le vincule con la percepción y sus objetos (Wartofsky, 1986).

Así pues, lo que se percibe no es un dato sensorial, sino algún objeto, situación, relación o estado de cosas, algo que se reconoce ser de cierto género (o se lo toma por ello) pues la percepción no es algo desnudo o inmediato, sino que conlleva cierto grado de reconocimiento de los objetos de la percepción como pertenecientes a este o aquel género de cosas (Wartofsky, 1986).

Como señala Wartofsky (1986), si un observador inexperto mira al microscopio una preparación puede realmente no percibir cosas que para el ojo experto estén



perfectamente claras, y algo parecido sucede cuando se nos llama la atención sobre algo que, de haberle prestado atención debidamente o dentro del marco adecuado hubiera sido enteramente obvio” (Wartofsky, 1986).

La observación requiere cierta experiencia previa y un entrenamiento adecuado, además, se debe tener total claridad en los objetivos de investigación, para saber qué es lo que se debe observar, cuándo, y cómo. En el caso particular de nuestra investigación tuvimos que trabajar constantemente con conductas encubiertas, así fue necesario agudizar la observación para poder distinguir cuándo la gente dice que sí y significa que no, o cuando la gente dice que sí y significa que sí, o cuando las personas dicen una cosa y hacen otra cosa, totalmente opuesta.

El fenómeno de la observación es el más importante del proceso de investigación. Iniciamos por definir lo que son las categorías teóricas: son representaciones abstractas que nos permiten dar cuenta de la realidad, son las que formalizan las percepciones. De ahí que se equivocan quienes creen que al percibir fenómenos captamos rasgos de un mundo de objeto independientes del observador.

El conjunto de operaciones mediante las cuales el modelo de análisis (hipótesis y conceptos) se somete a prueba de los hechos, al confrontarlos con los datos observados, es lo que constituye la observación. De ahí, la observación requiere de elegir: ¿Qué se va a observar? O sea cuales son los datos pertinentes. ¿A quién se va a observar? Lo cual constituye el campo de análisis y selección de unidades de observación, y finalmente ¿Cómo observar? Lo cual se realiza a partir de los instrumentos de observación y la recopilación de los datos.

## **2.2 Las hipótesis**

A través de las hipótesis hacemos propuestas, que podrían compararse con las proposiciones de Wittgenstein (1992), estas propuestas son provisionales ya que

después deberán ser confrontadas directamente con los hechos, como señala Wartofsky (1986).

La hipótesis constituye el punto de unión entre la reflexión y experiencia. Estructurar una hipótesis consiste en aclarar la lógica de las relaciones que unen a los conceptos referidos y las problemáticas. Las hipótesis deben estar articuladas de manera lógica a la problemática. Así, problemáticas, modelo, conceptos e hipótesis, son indisociables. Precisamente así se construye el Modelo de Análisis.

En el inicio de este capítulo comentamos que la hipótesis principal es la siguiente:

a) “Si bien existen estructuras biológicas asociadas al consumo de psicoactivos, la predisposición al consumo de este tipo de sustancias está dada por las disposiciones del entorno que la facilitan y en este sentido la posibilitan.”

Pero además tenemos otras hipótesis secundarias, como las siguientes:

b) En ciertas situaciones laborales y socioculturales altamente estresantes, es muy probable que aparezcan situaciones de consumo de psicoactivos.

c) Si hay mayor posibilidad de acceso a los psicoactivos es más probable que aparezcan situaciones de consumo de psicoactivos.

La hipótesis b no está relacionada directamente con la c, aunque si tenemos una situación altamente estresante y además se cuenta con posibilidad de acceso a los psicoactivos es más probable que aparezcan situaciones de *consumo*.

### **2.3 Guía de las técnicas para la recolección de datos**

Tradicionalmente la investigación antropológica ha utilizado la etnografía para el registro y recolección de sus datos. Pero la pregunta ineludible es ¿Qué se va a observar? y ¿A quién se va a observar? ¿Cómo se observa? Wartofsky (1986) nos indica que la observación está guiada por la teoría. Pero debemos aclarar pertinentemente esto, no se puede llegar al campo con teorías ya preconcebidas, sólo para verificarlas, ni tampoco llegar sin la más mínima noción teórica, el punto intermedio es, probablemente la mejor opción, es decir, no llegar con teorías ya elaboradas ni con la ausencia total de éstas, sino con una serie de nociones teóricas que sirvan como guía para la observación y que pueden irse modificando poco a poco según el avance del proceso de investigación.

Realizamos tanto registros etnográficos (cuaderno de campo) como entrevistas y ésta información es sistematizada a través de cédulas de registro<sup>3</sup>.

### **2.4 Enfoque o perspectiva de la investigación**

Hoy día es una necesidad en muchos proyectos de investigación una convergencia interdisciplinaria, creemos que en el caso de nuestro proyecto fue posible esta convergencia a partir de la semiótica, en tanto proyecto integrador que ayuda a superar la parcialización del conocimiento científico. (Sebeok, 1986)

Sebeok (1986) establece una semiótica que ayuda a gestar una revolución conceptual que trasciende los límites de esa visión del mundo dicotómica de origen cartesiano, de manera integral que contempla la complejidad y la síntesis, e intenta dejar de lado el abismo entre el idealismo y el materialismo, como polos antagónicos. La semiótica nos permite una visión de las estrategias tendientes a la

---

<sup>3</sup> Las cuales se muestran más adelante en la sección de anexos

integración compleja del objeto de estudio, ir más allá de la suma de partes, superando las visiones reduccionistas y simplistas.

La posición de la semiótica que plantea una superación de fronteras, entre las ciencias naturales y las sociales, no obedece a una cuestión de mera maniobra o táctica sino que obedece a una profunda argumentación lógica. “Las explicaciones científicas no contienen los rasgos del fenómeno por explicar, sino que estos resultan de los procesos que ellas implican, esto es, las explicaciones científicas son proposiciones mecanicistas, y, como tales, consisten en proposiciones de sistemas determinados por su estructura” (Maturana, 1997).

Sebeok (1986), postula que el valor de la semiótica estriba en su papel de perspectiva. Una perspectiva es una forma de mirar por encima o desde lejos de los fenómenos, es una visión global e integradora, que permite la imparcialidad y abarcar al mismo tiempo la totalidad de los elementos de dicho fenómeno.

La semiótica como proyecto y como perspectiva permite la superación de fronteras, por ejemplo, entre el conocimiento biológico y el cultural. ¿Pero qué es lo que une a estos campos? El poder entenderlos como campos de significación y comunicación, con sus respectivos emisores, receptores y mensajes nos permite tender puentes hacia su convergencia.

La perspectiva semiótica permite superar el aislamiento de las ciencias conceptuales, naturales, de las ciencias sociales y humanas. Estos campos pueden ser tratados e integrados por la semiótica y otras ciencias de sistemas. Una contribución esencial a esta síntesis se encuentra en la semiótica de Peirce (2005), quien propone integrar los estudios naturales y culturales desde una perspectiva integral- semiótica-.

Aunque suene trivial, un ser humano no es sólo una suma de estructuras y elementos biológicos o un simple compendio cultural, es una compleja red de

estructuras bioculturales que interactúa, además, en un particular “nicho”, es decir, un medio ambiente o contexto.

Por otro lado, la propuesta del concepto de *Umwelt*, de von Uexküll (1973), como un crisol de relaciones informativas de un individuo con su entorno, implica un complejo tráfico de signos. Aquí nos detendremos un momento, en esta investigación sobre los factores biológicos y culturales predisponentes al *consumo* de psicoactivos, fue necesaria una visión que permitiera una verdadera integración sistémica de ambos campos, e incluso vislumbramos la necesidad de un tercer campo, el nicho, el contexto. Un ser humano normal está mediado por múltiples sistemas de signos, algunos biológicos, otros culturales y otros más que tendrían que ver con el contexto, llámese tierra, nación, o lugar de trabajo. En el texto de Sebeok (1986), se plantea que para un animal, el medio ambiente consiste en un conjunto de signos que tienen que ver con depredadores, presas, refugio, clima, el terreno, olores, sonidos etc. Para nosotros este nicho o medio ambiente es en el que se desarrollan los mecanismos que posibilitan que una persona sea un *consumidor de psicoactivos* a través de ciertos condicionamientos genéticos y culturales. La semiótica es una perspectiva que nos permitió ver la totalidad del fenómeno, su complejidad, sus interrelaciones y poder enfocar la mirada en el trabajo de campo.

La ciencia, lo que incluye a todas las metodologías de análisis y a todas las perspectivas del ver desde la objetividad (entendida como acuerdo social por un grupo de científicos, validados para validar ) es solo una interpretación, un punto de vista, que puede convertirse desde estas afirmaciones en un argumento para obligar a ver, a interpretar. Solo es una forma como el hombre organiza el universo.

El concepto de nicho es concebido como un *hiperespacio* de alta dimensionalidad y no sólo una suma de relaciones energéticas, como una estructura con múltiples niveles y dimensiones, y además profundamente dinámico.

Por otro lado, el concepto de *Umwelt* nos permitió recordar que todas las relaciones de signos, son informativas y energéticas, espaciales y temporales, objetivas y subjetivas. Finalmente, como ya lo hemos mencionado nuestro objeto de estudio fue una conducta, una conducta compleja como lo es el *consumo* de sustancias psicoactivas. Toda conducta, sea simple o compleja es modulada, y quizá en parte determinada por un gen o grupo de genes, pero también por la cultura de la persona que la realiza, además del contexto en el que se mueve. Pero además ésta conducta es expresada en actos motrices, en lenguaje verbal y no verbal, en sentimientos. ¿Cómo mirar, como calificar, como medir o registrar esos actos? Y al mismo tiempo, ¿cómo interpretarlos, como evaluarlos? El problema, hoy día parece aún más complejo: genes o estructuras genéticas que mandan mensajes codificados a otras estructuras biológicas que permiten la presencia de una cierta conducta, o de un cierto proceso biológico o fisiológico; una acción, un elemento, una amenaza del nicho (contexto) que dispara reacciones culturalmente determinadas que a su vez, desencadenan procesos biológicos, todo en una espiral sin aparente origen o fin. Pero, ¿qué es lo que está detrás, lo que permitiría la integración? Signos, códigos, emisores y receptores biológicos, culturales y contextuales. Pero acaso ¿esos emisores y receptores no cruzan mensajes y signos, no se superponen, no se refuerzan, no se contradicen?

Un fenómeno es una unidad, con una multiplicidad de aspectos, sólo la complejidad y la totalidad lo permitirá explicar, nunca una visión lineal. La semiótica permite el estudio de sistemas dinámicos como un todo.

Los conceptos de *Umwelt* e *Innenwelt*, nos aportan una herramienta metodológica, un modelo cualitativo y significativo para entender las relaciones del individuo con su contexto o nicho, la complejidad de sus relaciones tanto internas como externas, incluso para comprender la aparente incoherencia de comportamientos inadaptativos o disfuncionales. Así cuando se mira desde una sola disciplina se pierde de vista la perspectiva, la totalidad y complejidad del

fenómeno. Debe quedarnos claro que hoy día se deben borrar las fronteras clásicas entre las ciencias.

Si en nuestra investigación hubiéramos asumido una visión lineal y unipolar, no sólo no habríamos avanzado mucho en la propuesta de explicación sino que no habría ninguna aportación original, ya que corre mucha tinta sobre estudios de genética del *consumo de psicoactivos* y de los aspectos socioculturales de dicho fenómeno.

Sebeok(1986), ha planteado muchas de las posibilidades de aplicación de la semiótica para apoyar la integración de las ciencias y los fenómenos estudiados, sin embargo, plantea críticamente que la semiología hasta ahora raras veces ha estudiado fenómenos complejos como un todo y no lineales ni reversibles. Muchas veces la propia semiología se ha enfrascado en una creciente especialización que ha reducido la capacidad de comprender el cambio y el intercambio.

Otra de las posibilidades de la semiótica es la explicación tanto cualitativa como cuantitativa de los fenómenos, aunque muchas investigaciones tienden hacia alguno de los polos. Por otro lado, Sebeok (1986), reconoce la desconfianza general en modelos integradores debido a que en la práctica muchos tienen poca profundidad, o solo han funcionado como una mera acumulación de datos, sin una visión clara de los lazos que unen la epistemología con la teoría y la metodología.

En la parte final de esta investigación se expone un modelo integral, con amplia perspectiva que logra integrar los diferentes niveles y campos del fenómeno estudiado, la complejidad inherente a lo biológico, a lo cultural y lo contextual, un modelo que supera las barreras de lo individual y lo colectivo, lo endógeno y lo exógeno, lo contextual y lo innato. Además un modelo que permite tejer lazos claros entre epistemología, método y teoría. Un modelo que posibilita explicar el *consumo de psicoactivos* como un fenómeno total y complejo, que integra también

lo micro y lo macro, lo consciente y lo subconsciente, lo automático y lo espontáneo, lo particular y lo general.

Sebeok (1986), menciona a la genética y al lenguaje humano como “idiomas”. La genética con sus complejos procesos, de mutación, intercambio, duplicación, virus, genes nómadas etc. que evidentemente alteran la estructura de ese código. Pensemos en la gran cantidad de patologías originadas por esos fenómenos, pero no solo las patologías sino la enorme diversidad genética resultado de esos procesos. Los recientes estudios en genética de la conducta demuestran que la modificación del alelo de un gen puede tener como consecuencia cierta protección contra el alcoholismo, por ejemplo. Aunque queda claro que predisposición no es destino.

La semiótica es una perspectiva que permite el estudio de sistemas complejos, no equilibrados como lo son la biología, la cultura y todos los sistemas dinámicos posibles. Los biólogos hoy día reconocen la complejidad de los sistemas que estudian: sistemas dinámicos, sistemas no equilibrados, sistemas de intercambio de información.

## **2.5 Los pasos del método**

Antes de desarrollar ésta investigación creímos indispensable que el trabajo de campo se realizara en una Unidad de Atención Psiquiátrica, pero como veremos más adelante, esta gestión no fue nada fácil, finalmente el proyecto nos fue aceptado en una Unidad de Atención Psiquiátrica pública, que por motivos de ética profesional omitiremos su nombre. Esta Unidad cuenta con un personal de alrededor de 70 empleados, de los cuales 15 son médicos psiquiatras. Junto con los integrantes de mi comité tutorial decidimos que el trabajo de campo se



realizaría en esta Unidad, observaciones, registros etnográficos y la aplicación del instrumento para la recolección de los datos (una entrevista semi-estructurada) y que se destinaría la mayor parte del tiempo de investigación a estar en el trabajo de campo. Por otro lado, también decidimos que era necesario ampliar la aplicación del instrumento a otros psiquiatras independientemente si pertenecían a cualquier otra institución.

Ya una vez instalado en el campo habría que decidir cuáles eran los datos pertinentes para la investigación. ¿Qué hacer? ¿Qué observar? ¿Qué registrar? La bibliografía específica daba cuenta de que los principales grupos de profesionales de la salud donde se presentaba un mayor *consumo de psicoactivos* eran los psiquiatras y anestesiólogos; entonces se pensó que lo que deberíamos hacer era poner mayor atención en las relaciones interpersonales al interior de la Unidad, reconocer las situaciones estresantes, los conflictos, la lucha por los recursos, incluyendo espacios, prerrogativas, prestigio, estatus etc. Por otro lado se percibió la necesidad de describir detalladamente los espacios físicos de la Unidad y las relaciones interpersonales. Todo esto antes de hacer propiamente la recolección de los datos, a través del instrumento que diseñamos con tal finalidad. Se diseñó el instrumento y una cedula, elaborada cuidadosamente, para el registro de los datos.

Como señalamos anteriormente, la observación está guiada por la teoría, y las hipótesis permiten delimitar los observables, pero ya en el trabajo de campo éstas son puestas a confrontación con los hechos reales; por lo tanto el método implica un ir y venir de lo empírico a lo teórico o como menciona Chao (1970), la creación de círculos donde los pasos pueden ir cambiando o adecuándose a las necesidades de investigación.

## 2.6 Problemas previos y durante el proceso de investigación

El tema de esta investigación es explicar por qué los psiquiatras son uno de los dos grupos de trabajadores de la salud que mayormente consumen psicoactivos, de ahí que en base al consumo se instrumentaron las observaciones buscando predisposiciones a este (que fueron buscadas en la cultura y no en la biología), predisposiciones que facilitan el consumo. Para poder llevar a cabo ésta investigación se enfrentaron problemas de diferente tipo y grado. Por un lado, en nuestra sociedad el término *consumo de psicoactivos* tiene una fuerte carga prejuiciada, esto en primera instancia hace difícil acceder a los datos en cualquier grupo social. Ahora hay que considerar que el grupo de estudio es de profesionales médicos, teóricamente encargados del cuidado y la salud, asumir que el fenómeno se presenta entre ellos es hacerlos entrar en contradicción y hace que algunos puedan considerar la investigación como una amenaza potencial y un riesgo tangible de ser evidenciados. Un último problema relacionado con lo anterior es que los psiquiatras no sólo son médicos encargados de la salud en general, y de la salud mental en particular, sino que dentro de su campo de competencias se encuentra el diagnóstico y tratamiento de pacientes con problemas de *consumo de psicoactivos*, lo cual implica otra aparente contradicción.

Todos estos problemas fueron evidentes al realizar la gestión en un par de hospitales psiquiátricos, que nos hicieron realizar bastantes trámites y nos solicitaron múltiples documentos para finalmente dejar el proyecto en un *impasse* después de haber pasado por los comités de ética e investigación.

Después de un largo lapso de tiempo haciendo las gestiones en diversas instituciones psiquiátricas el proyecto, como lo dijimos anteriormente, fue aprobado en una Unidad de Atención Psiquiátrica pública.

## **Corpus y Análisis de las entrevistas**

### **El corpus**

En este apartado explicamos la metodología del análisis de las entrevistas realizadas entre los médicos psiquiatras sujetos de investigación.

En la investigación antropológica es posible recurrir a dos tipos de fuentes: las directas y las indirectas, en el caso del presente estudio, se puede recurrir a los informes, textos y otras fuentes indirectas o bien recurrir a las fuentes directas. Ambas tienen sus ventajas y desventajas. Nosotros utilizamos las fuentes directas aunque no fue nada fácil acceder a esta opción<sup>4</sup>. Finalmente, realizamos 9 entrevistas semi-estructuradas a médicos psiquiatras de una Unidad de Atención Psiquiátrica pública.

En un primer momento del proceso de la investigación, dadas las dificultades, que ya hemos mencionado, para acceder a la autorización para realizar el trabajo de campo en una Unidad Psiquiátrica, pensamos en la posibilidad de realizar las entrevistas de manera individual a psiquiatras, fuera de su contexto laboral, pero afortunadamente nuestra solicitud fue atendida y nuestro proyecto fue aprobado por la Dirección y el Comité de Investigación y Ética de una de estas Unidades a las que acudimos.

---

<sup>4</sup>Como lo explicamos anteriormente

## **El corpus y análisis de las entrevistas**

### **Las entrevistas**

#### **Instrumento para la recolección de datos**

Estas son las preguntas del instrumento para recolección de los datos:

1. ¿Considera que su situación laboral es muy estresante?
2. ¿Qué actividad dentro de su práctica profesional podría considerar como la más estresante?
3. ¿Trabaja usted en algún hospital o unidad de atención psiquiátrica?
4. ¿Usted considera que las relaciones entre el personal de salud, al interior del hospital son cordiales o conflictivas? ¿por qué?
5. ¿Qué servicio, dentro del hospital sería el que genera una situación más estresante?
6. ¿Qué hace usted para liberar el estrés?
7. ¿Es común que los médicos sean cautelosos en la administración de opiáceos para aliviar el dolor de sus pacientes?
8. El doctor Calabrese afirma que es muy alto el consumo de estimulantes entre los psiquiatras ¿Cuál cree que sea la causa?
9. ¿Usted cree que haya un mayor consumo de psicoactivos entre los psiquiatras, comparado con el consumo de otros especialistas médicos? ¿Por qué?
10. ¿Para usted es fácil el acceso a los medicamentos?
11. ¿Entre los psiquiatras cómo valoran el alto consumo de psicoactivos?

12. ¿Usted qué opina?
13. ¿Considera que hay una diferencia entre un consumo de psicoactivos por prescripción médica y uno patológico?
14. ¿Usted consume psicoactivos?
15. ¿Cuáles?
16. ¿En qué contexto los consume?
17. ¿Cómo valora el consumo de psicoactivos?

### **Información de las entrevistas**

En el apartado de los anexos de la tesis se presenta la transcripción literal de las nueve entrevistas realizadas a los médicos psiquiatras, no aparece el nombre de ninguno de los entrevistados, pues con todos y cada uno de ellos nos comprometimos, a través de la firma conjunta de un consentimiento informado, que se respetaría su anonimato; son la parte más importante del *corpus*, a partir de estos materiales se hicieron los análisis lingüístico, y se tomaron en cuenta los elementos paralingüísticos y kinésicos, los cuales fueron confrontados con lo observado en campo. En este conjunto de entrevistas podemos ver muchos elementos de coincidencia entre los entrevistados: todos son psiquiatras, todos tratan cotidianamente pacientes, casi todos coinciden en que uno de los más importantes factores estresantes con los que tienen que enfrentar es el trato con este tipo particular de pacientes. Por otro lado, vemos en las propias entrevistas las diferencias entre los entrevistados: hay tres mujeres y seis hombres, dos de los nueve son muy jóvenes, otros maduros y algunos mayores; casi todos se formaron en el Hospital Fray Bernardino, pero uno lo hizo en el Hospital 20 de Noviembre y una doctora en el Hospital Central Militar. Algunos además de trabajar en la Unidad donde los entrevistamos trabajan en la consulta privada, otros además son profesores universitarios. Otros tienen además de psiquiatría una formación como psicoanalistas. Más o menos la mitad son casados y los otros solteros. Estos materiales podrían ser una confiable fuente de información para futuros

investigadores interesados en el tema, ya que aquí es posible penetrar, aunque sea de manera indirecta en el mundo de los psiquiatras, la salud mental, sus concepciones sobre la enfermedad, el trato con los pacientes, sus relaciones interpersonales, y lo que más nos interesó: todos aquellos factores estresantes que posibilitan el consumo de psicoactivos. Es impresionante el conocimiento farmacológico y clínico que tienen sobre los psicofármacos y psicoactivos en general. En el anexo es posible encontrar la mención a un gran número de psicofármacos, sus grupos, los medicamentos específicos, incluso hay alusiones directas a su posología, y en qué casos es útil o no un psicofármaco. Se habla de antidepresivos, ansiolíticos, somníferos, benzodiacepinas, opiáceos, anfetaminas, opioides. Algunos comentan extensivamente sobre psicoactivos ilegales como marihuana, tachas, éxtasis, cocaína, drogas de diseño, incluso plantas alucinógenas además de una inmensa cantidad de fármacos o de sus nombres comerciales. Esperamos que algún futuro interesado en la materia pueda consultarlo.

### **El análisis de las entrevistas:**

### **El método:**

Como ya lo mencionamos, el primer paso fue obtener el consentimiento de los médicos psiquiatras para la realización de las entrevistas de forma directa, con el instrumento previamente elaborado y con la aprobación del comité tutorial. Después se procedió a las entrevistas propiamente dichas, algunas se realizaron en una sola sesión y otras en varias sesiones. En ocho de las entrevistas se nos permitió grabarlas, y solamente en una no nos fue permitido hacer esto, pero si pudiendo tomar notas durante las dos o tres sesiones en que se realizó la entrevista. Antes de realizar la entrevista se firmó un documento de consentimiento informado por ambas partes: investigador y entrevistado. En algunas de las entrevistas fue posible elaborar una ficha de la sesión, donde se

recogían datos generales y se anotaban aspectos paralingüísticos y del ambiente de la entrevista. El siguiente paso, fue la transcripción literal de cada una de las entrevistas.

Por otro lado, para el análisis de las entrevistas se emplearon diferentes técnicas. Se hizo un análisis estadístico lingüístico de algunas de las entrevistas. Siguiéndose básicamente los siguientes pasos:

- Transcripción literal de la entrevista.
- Exclusión de muletillas.
- Exclusión de palabras gramaticales.
- Ordenamiento secuencial y horizontal de la totalidad de las palabras que quedaron para ordenarlas posteriormente.
- Ordenamiento secuencial y vertical de la totalidad de las palabras anotando la clase de estas: verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos.
- Tabla de frecuencia de menciones y datos totales.

### **3. Factores genéticos, neurobiológicos y psicológicos asociados al consumo de psicoactivos**

#### **3.1 Bases genéticas de la conducta de consumo de psicoactivos.**

##### **3.1.1 Genética y trastornos mentales**

Desde el siglo XIX, ha estado presente la idea de la herencia de las enfermedades y trastornos mentales. Esquirol y Baillarguer plantearon que las enfermedades mentales tenían o podían tener un componente hereditario aunque fue Benedict August Morel (1809-1873) el autor que, con su teoría de la degeneración, promueve la idea de la importancia básica de la herencia en la aparición de estos trastornos. Morel publicó su "Traité des dégénérescences..." en 1857. En este libro, y a propósito del aumento de enfermedades mentales que observa en Francia, plantea una relación entre este hecho y la aparición de "rasgos degenerativos" en la población (sana y enferma) que hay que atajar si no se quiere que se extienda sin remedio. Las ideas de Morel tienen su antecedente en la obra de Prosper Lucás, "Traité de l'heredité naturelle" publicada en 1847-1850. Para Morel, en resumen, las enfermedades mentales son expresión de una constitución anormal del organismo condicionada por una herencia cargada de rasgos defectuosos. Estos rasgos pasarían reforzados a la generación siguiente y se produciría una lenta pero inexorable degeneración que afectaría cada vez a capas más amplias de la población. La enfermedad mental sería, por tanto, algo orgánico, hereditario y progresivo en su extensión y en su profundidad. Tras Morel, uno de los primeros tratados de Psiquiatría que plantean la predisposición hereditaria como una de las causas básicas en la etiología de los trastornos mentales es la obra de Henry Maudsley (1835-1918) titulada "The Physiology and Pathology of Mind", publicada en 1867. Para Maudsley una parte sustancial de las enfermedades mentales es de causa hereditaria o, al menos, pueden detectarse en ella factores hereditarios. Citando a Morel hace buenas las cifras de éste de



que la proporción puede llegar a ser de nueve de cada diez casos. Pero matiza a) que esta herencia es compleja y que, en lo que hoy llamaríamos "factores de riesgo", pueden hallarse antecedentes de otras enfermedades (no específicamente de la enfermedad mental heredada), b) que lo que se hereda va a aparecer en muy diversos grados de intensidad y c) que para que esta "predisposición" se actualice como trastornos mental concreto han de actuar circunstancias (adversas) que lo desencadenen, aunque en ocasiones la locura aparecerá a pesar de que dichas circunstancias ambientales sean perfectamente favorables. Maudsley considera que el hecho de que los antecedentes familiares pudiesen presentar patologías mentales o nerviosas que no eran las que después aparecían en los descendientes era una señal más de que la naturaleza aunque en otra parte de su obra lo niegue y especifique que esta "trasmisión de rasgos adquiridos" no es la regla sino la excepción (cita como ejemplo que, si fuese la regla, todos los judíos nacerían ya circuncidados).

Sin embargo, la obra que normalmente es citada como la primera aplicación de las ideas de la genética a la conducta es la de Sir Francis Galton (1822-1911) en la que plantea la herencia de los rasgos intelectuales aunque al mismo tiempo insista en la importancia e influencia moduladora que el ambiente va a tener sobre la expresión definitiva de dichos rasgos heredados. La obra de Galton (solo en este aspecto) es un indicio de la importancia que tendrán después los estudios familiares en genética de la conducta, así como, un anticipo de las posiciones que desarrollarán más tarde investigadores de la genética psiquiátrica como Hans Luxemburger.

Los estudios sobre genética y enfermedad mental comienzan con los trabajos de Franz Kallmann en el primer cuarto del siglo, iniciados en el Instituto de Psiquiatría de Berlín junto a Rüdín y Luxemburger y continuados en los Estados Unidos. En 1928 el psiquiatra alemán, Hans Luxemburger, publicó el primer estudio de gemelos con esquizofrenia, examinando además pacientes maniaco-depresivos y epilépticos con el mismo método. Contó cerca de 10 mil pacientes con cualquiera

de los tres diagnósticos, y encontró que la concordancia para esquizofrenia entre gemelos monocigotos era de 67 % (Stone, 1997). Los trabajos de Kallmann permitieron, a través de sus investigaciones con gemelos, establecer que existía una clara herencia en la esquizofrenia, aunque concluyera, erróneamente, que habría de tratarse de una herencia de tipo dominante y ligada a un único gen.

Al mismo tiempo Eliot Slater, en Gran Bretaña, encontraba también resultados que apoyaban la idea de la herencia de la psicosis maniaco depresiva al estudiar familias de pacientes, aunque no formuló ninguna hipótesis sobre la posible forma de herencia. Las aportaciones de Kallmann y de Slater pueden considerarse como las primeras de la época actual de la psiquiatría y asimismo las primeras que proporcionaron datos fehacientes de la importancia de la herencia en la etiología de las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y enfermedad bipolar). Al mismo tiempo popularizaron los estudios de genética de las poblaciones y encabezaron una larga lista de investigadores sobre este aspecto de la etiopatogenia psiquiátrica.

### **3.1.2 Genética y consumo de psicoactivos**

*Todo conocimiento se inscribe en un continuum.*

Hacia el año 1860, el monje austríaco Gregorio Mendel demostró patrones específicos que gobernaban la herencia de los rasgos físicos en plantas de guisantes. Aunque ignorado en su tiempo, el trabajo de Mendel fue retomado a principios del siglo XX, comenzando así una era de intenso interés científico y público por la genética, en particular la genética humana. Ahora sabemos que cada célula humana posee 23 pares de cromosomas, éstos a su vez están compuestos por miles de genes, dispuestos espacialmente a lo largo del cromosoma. Cada cromosoma está formado por una cadena continua de ADN, que contiene entre cientos y miles de genes diferentes. Los cromosomas y los

genes que contienen, se encuentran en parejas dentro de la célula, que se conocen como alelos.

Desde la década de los 50's iniciaron los estudios sobre genética de la conducta y casi al mismo tiempo, los estudios sobre la conducta adictiva<sup>5</sup>. La investigación sobre las bases genéticas del consumo de psicoactivos se ha desarrollado en dos grandes áreas: una, se enfoca en la variación genética en humanos lo que permite la susceptibilidad al consumo; la otra, el uso de modelos animales para conocer el papel que juegan los genes específicos involucrados en la preferencia por el consumo. En este último campo el reto es entender la manera en que interactúan múltiples genes en el complejo fenotipo<sup>6</sup> del consumo de psicoactivos (Nestler, 2003).

Es excepcional que un fenotipo resulte de la expresión de un solo gen, por lo general es una compleja interacción entre varios genes, el ambiente y el proceso de desarrollo lo que deriva en un fenotipo.

Con respecto a la genética de la conducta, hoy día se realizan al menos dos tipos de investigación en modelos animales simples<sup>7</sup>; por un lado, la medición y manipulación en laboratorio de las variaciones que se producen naturalmente, y por otro lado, el aislamiento y estudio de mutaciones inducidas artificialmente. En el primer caso se miden las mutaciones leves producto de la naturaleza y su efecto sobre la conducta. En el segundo caso, a través de la inducción de lesiones

---

<sup>5</sup> Entendemos por conducta adictiva: la pérdida de control sobre el consumo de drogas, o bien como la búsqueda compulsiva de la droga y su consumo. (Nestler 2003)

<sup>6</sup> Fenotipo: es cualquier característica detectable de un organismo (estructural, bioquímico, fisiológico o conductual) determinado por la interacción entre su genotipo y su medio (Dawkins 1982:30).

<sup>7</sup>(Bainton 2000: 187-194; McClung 1999:853-860; Andretic 1999:1066-1068)

genéticas se identifican los genes y mecanismos subyacentes. Ambos métodos resultan ser adecuados para el conocimiento de la variación genética y su efecto sobre la conducta, aunque quizá sea más prometedora la convergencia de ambos modelos (Kendler, 2007).

En su artículo “Genes y Adicción”, Nestler (2003) establece que, pese a que los factores sociales y psicológicos contribuyen al consumo de psicoactivos, los estudios epidemiológicos han demostrado que en el caso de algunas adicciones como el alcoholismo, los factores genéticos suponen un 40-60% del riesgo; pero también indica que en estudios más recientes se han encontrado tasas similares de herencia en las adicciones a otras drogas incluyendo la adicción a opiáceos y cocaína. Reconociendo la importancia que da Nestler a los factores sociales o ambientales pese a que en su trabajo no presenta la metodología empleada para llegar a estos resultados. Tal precisión para el ámbito sociocultural o ambiental entra en contradicción con la arbitrariedad lógica propia de los análisis de los estudios socio-culturales.

En este estudio se buscó reconocer los mecanismos biológicos (genéticos y neurobiológicos), así como, los socioculturales de la predisposición al consumo de psicoactivos entre un grupo de profesionales de la psiquiatría, desde una perspectiva integral y sistémica como lo es la semiótica, que aportó, a través de Von Uexküll, los conceptos de *Umwelt* e *Innenwelt* (Sebeok, 1986), entendiendo al primero como el crisol de relaciones o redes informativas “significativas” que el individuo mantiene con su medio, que complementan la *Innenwelt* individual, es decir, las relaciones informativas internas del individuo.

Desde el ámbito de la genética y las neurociencias se están llevando a cabo numerosos estudios con el objetivo de identificar las variantes genéticas específicas que confieren riesgos. Estos estudios llamados de conexión y asociación han logrado reconocer la implicación de varias regiones cromosómicas

relativamente largas en la vulnerabilidad al consumo de psicoactivos – aunque aún deben ser identificados los polimorfismos genéticos<sup>8</sup> específicos. A pesar de ello, se ha establecido que algunas poblaciones del este de Asia presentan variaciones en las enzimas (por ejemplo el alcohol y el aldehído<sup>9</sup> deshidrogenasa) que metabolizan el alcohol, éstas variantes aumentan la sensibilidad al alcohol, incrementando drásticamente los efectos adversos de su ingesta aguda y como consecuencia de esto el alcoholismo es muy raro en individuos que son homocigotos para el alelo ALDH2\*2, que codifica una variante menos activa de la aldehído deshidrogenasa tipo 2 (Nestler, 2003).

La conducta de consumo de psicoactivos es un trastorno complejo desde el punto de vista genético, entendiendo como tales cualquier fenotipo que no exhibe un patrón de herencia mendeliana clásica atribuible a un único gen. Esta falta de relación entre genotipo y fenotipo puede deberse a que un mismo genotipo resulte en distintos fenotipos (por efectos ambientales, interacción con otros genes, etc.), o bien porque un mismo fenotipo pueda ser provocado por diferentes genotipos (Ibáñez 2008). Uno de los factores que contribuyen a esta complejidad genética es el mecanismo desconocido de transmisión en la conducta de consumo de psicoactivos, una vez descartado el modelo “monogénico” que considera a un solo gen como la causa de ésta conducta, pasando entonces al modelo “poligénico” que implicaría la acción de varios genes en la etiología. Como la acción de los

---

<sup>8</sup>El polimorfismo genético hace referencia a la existencia en una población de múltiples alelos de un gen. Es decir, un polimorfismo es una variación en la secuencia de un lugar determinado del ADN entre los individuos de una población. Los cambios poco frecuentes en la secuencia de bases en el ADN no son polimorfismos, sino más bien mutaciones. Para que verdaderamente pueda considerarse un polimorfismo, la variación debe aparecer al menos en el 1% de la población (Iniesta 2005: 333-345).

<sup>9</sup>Los aldehídos son compuestos orgánicosternarios que se forman como primeros productos de la oxidación de ciertos alcoholes. Se utilizan en la industria y en los laboratorios químicos por sus propiedades reductoras. Etimológicamente, la palabra aldehído proviene del inglés *aldehyde* y a su vez del latín científico *alcohol dehydrogenatum* (alcohol deshidrogenado). Diccionario de la Real Academia Española 2005.

genes no explica por sí misma la etiología de estos trastornos, se considera que existen otros factores de riesgo no genéticos (o ambientales) para el desarrollo de los mismos, surgiendo el modelo de herencia “multifactorial”. Conviene precisar el concepto de “factores ambientales”, ya que en este contexto son todos aquellos que no son estrictamente heredables, incluyendo posibles factores biológicos prenatales o postnatales (infecciones, sufrimiento fetal, traumatismos, etc.), acontecimientos estocásticos en el DNA (como las mutaciones somáticas), así como, todas las experiencias psicosociales desde las primeras etapas del desarrollo. Se puede ir aún más lejos en la consideración del “ambiente”, ya que para un determinado gen, la influencia de otros factores genéticos en su expresión y/o regulación se considera como un “factor ambiental”. Por otro lado, cada vez son más las investigaciones que sugieren que los factores genéticos controlan en gran medida la influencia que los factores psicosociales tienen en cada individuo (Ibáñez, 2008).

En los últimos años, se han ido trazando rápidamente las conexiones entre el código genético y sus últimas consecuencias sobre la conducta. Es evidente que el área en la que se establecen las conexiones entre el gen, el cerebro y la conducta está ampliándose vertiginosamente.

En los 80’s, los genetistas pudieron ver los cromosomas mediante una técnica citogenética llamada cariotipaje<sup>10</sup>. A lo largo de los setenta del siglo pasado, la capacidad de teñir los cromosomas con bandas de color más oscuras o más claras permitió distinguir visualmente las diversas partes de cada cromosoma. Aún más recientemente, se han desarrollado técnicas que consiguen identificar químicamente a cada uno de los genes (Jorde y col., 1997). Gracias a estas nuevas técnicas es posible ahora determinar si está presente o ausente en el cromosoma una pequeña área (o región genética). Y en la próxima década, será

---

<sup>10</sup>Cariotipaje, también conocido como cariotipado espectral o SKY(*spectral karyotyping*): consiste en una prueba citogenética en la sangre usada para visualizar en distintos colores todas las parejas de cromosomas en una célula (Sánchez-Izquierdo, 2001)

posible determinar para cada individuo la cadena de genes presentes en sus 23 pares de cromosomas. Incluso ahora, para diagnosticar algunos trastornos como es el síndrome de Williams<sup>11</sup> donde se pueden apreciar pequeñas micro-deleciones (micro-supresiones) en los genes mediante la técnica llamada FISH (*fluorescence in situ hybridization*) u otras técnicas de genética molecular (Pober y Dykens, 1996). Estas nuevas técnicas moleculares permiten identificar micro-deleciones y otras alteraciones de los genes que no se podían observar con las antiguas técnicas citogenéticas. A esta nueva capacidad de ver a cada uno de los genes, en su estructura molecular, se le ha llamado "nueva genética"<sup>12</sup>, sus avances nos llevan a un momento de especial interés, como señaló el genetista David Comings (1980) hace más de 20 años, "nos encontramos en la irónica situación de poder saltar a la última línea de la página sin haber leído el resto; es decir, sin necesidad de identificar el producto primario derivado del gen o el mecanismo bioquímico básico de la enfermedad", quiere decir lo siguiente: los avances de la Nueva Genética nos permiten identificar casos en que aumenta, o disminuye, o cambia algo del material genético, lo que nos permite comprender el origen del proceso (los cambios genéticos), y después vemos la consecuencia final de ese proceso: el trastorno que aparece en una serie de condiciones genéticas. Nos falta conocer lo que pasa en medio. Al ir del gen al resultado final,

---

<sup>11</sup>El síndrome de Williams es un trastorno genético poco común, causado por una pérdida de material genético en el cromosoma 7, cuyos síntomas más destacados consisten en un retraso general en el desarrollo mental, una expresión característica de la cara y un defecto coronario de nacimiento, conocido como estenosis supra valvular aórtica (ESA) y consistente en un estrechamiento de la aorta en las proximidades del corazón. La causa del Síndrome de Williams es una pérdida de parte del material genético en la banda 7q11.23. de uno de los dos cromosomas 7 del ADN, procedente del padre o de la madre. Se trata de una pérdida submicroscópica, porque no se aprecia bien cuando se visualiza al microscopio. El número de genes perdidos todavía no ha sido determinado, pero se estima que oscila entre los 20 y 30, de los 80.000 que existen. La pérdida de esos genes puede causar que las funciones que dirigen no se realicen normalmente. Sin embargo, no todas las funciones de los genes ausentes son anómalas dado que existe otro cromosoma completo en el par 7. Los pacientes con este síndrome presentan características conductuales bastante homogéneas (Aravena, 2002).

<sup>12</sup> La llamada "Nueva Genética" se refiere a un momento histórico de la genética (1975-1985), en que se ha desarrollado una tecnología específica de los ácidos nucleicos: fragmentación, hibridación, secuenciación e hibridación

vamos acercándonos poco a poco a especificar “qué es lo que lleva a qué” ¿qué gen o grupo de genes predispone a un individuo a desarrollar precozmente la enfermedad de Alzheimer, la diabetes, la hipertensión, la obesidad? ¿Qué gen o genes provocan la predisposición genética al alcoholismo, o a una determinada personalidad, o a algún otro rasgo en el límite entre lo biológico y lo conductual? (Plomin y Rende, 1991).

Al considerar el modo en que los trastornos genéticos afectan a la conducta, nos acercamos al tema de los “fenotipos conductuales”. Este nombre define la transición que hay desde la dotación genética de una persona, o genotipo, al resultado o la expresión observable, el fenotipo. Puesto que este resultado o fenotipo toma la forma de una conducta, los investigadores que analizan la conducta en función de la etiología o causa han acuñado el término de fenotipo conductual. Dykens (1995), afirma que los fenotipos conductuales significan que “las personas que tengan un determinado síndrome muestran ciertas consecuencias en su conducta y desarrollo con una mayor probabilidad o posibilidad que las personas que no tienen dicho síndrome”.

Si bien, las razones de esta variabilidad intra-síndrome son sin duda complejas, el tema más importante se refiere a los medios por los que los efectos de los trastornos genéticos son probables. Y así, en lugar de que un trastorno genético determine de manera plena una consecuencia conductual -de modo que todas las personas con ese trastorno muestren una conducta o conjunto de conductas idénticas y provocadas genéticamente- se estructuran en el marco de los modelos explicativos, los trastornos genéticos son elementos que predisponen a la persona a tener una u otra conducta relacionada con esa etiología. Por este motivo, una conducta o grupo de conductas concretas aparecerá con mayor frecuencia (o con mayor intensidad) en coordinación con un trastorno genético específico, pero rara vez o nunca un trastorno genético provocará una particular conducta (o conductas) en todas las personas afectadas, como por ejemplo, en el síndrome de Angelman, que es un trastorno de base genética causado por la falta de funcionamiento de



ciertos genes localizados en el cromosoma 15 de origen materno (15q11-q13) se presentan ciertos rasgos conductuales ("fenotipo conductual") consistentes en: aspecto feliz, tendencia a llevarse objetos a la boca, atracción/fascinación por el agua, falta de atención, personalidad excitable, etc. (Brun-Gasca, 2005). En el caso de efectos conductuales parcialmente específicos parecen estar más en línea con muchas áreas de la genética, la psiquiatría infantil y la psiquiatría. De forma transversal entre estas diferentes disciplinas, los investigadores están analizando ahora las muchas vías -genéticas y ambientales- por las que uno llega a adquirir un determinado trastorno psiquiátrico. De este modo, muchos y diferentes genes, ambientes y experiencias pueden predisponer a un individuo a sufrir depresión, o rasgos autistas, o esquizofrenia. Como señala el genetista John Opitz "Las causas son muchas, pero las vías habituales por las que se desarrollan son pocas" (Hodapp, 2004).

La relación que se ha establecido entre genética y consumo de ciertas sustancias, se ha vinculado con el concepto de adicción<sup>13</sup>. En los siglos XVIII y XIX, los médicos emplean el término adicción para referirse a la pérdida de control en el uso de sustancias psicoactivas, ya sea alcohol o drogas. A inicios del siglo XX, se impone el término de adicción para patrones compulsivos de consumo, pero se reduce a otras drogas distintas del alcohol, empleándose para ésta última el término de alcoholismo que fue empleado por primera vez por Huss en 1849. Light y Torraine, en 1929, establecen el término de dependencia física desde el estudio de casos clínicos de adictos a la morfina. La dependencia física se define por la aparición de un síndrome de síntomas de malestar intenso, deseo ansioso por la droga y signos de alteración vegetativa tras el cese brusco por días u horas del consumo de la sustancia en alguien que la consume diariamente y en dosis altas. Síndrome que revierte inmediatamente con el suministro de la misma en la dosis

---

<sup>13</sup>El término adicción procede de la palabra latina "*addicere*" que se refiere una forma de pago de deudas que ofrecía el derecho civil romano, por medio de la cual el deudor insolvente quedaba como esclavo del acreedor (Moral de la Rubia, 2005:1).

habitual para el sujeto u otra sustancia de acción similar y en una dosis equivalente. Dosis que el consumidor de psicoactivos ha ido incrementado con el tiempo, mostrando así tolerancia a la sustancia. En 1931, Tatum y Seevers diferencian la habituación de la dependencia de una droga por la presencia de dependencia física en ésta última, existiendo en ambas condiciones un consumo excesivo con clara pérdida de control, es decir, un consumo compulsivo. Aunque en la actualidad muchos de los estudios sobre la adicción se han centrado en las bases genéticas para poder explicar las conductas adictivas.

Durante la primera mitad del siglo XX, los estudios con dimensiones explicativas del fenómeno del consumo de psicoactivos se centraban en el concepto de dependencia física desde el modelo médico y el vínculo de dependencia pasiva oral desde el psicoanálisis. Para Freud (1905) la dependencia a sustancias vendría explicada por una fijación psicosexual en la fase oral pasiva y un mecanismo de regresión que equipara el vínculo de dependencia con el objeto del pecho materno al vínculo de dependencia con el objeto sustancia psicoactiva. Más allá de esta primera propuesta, en la segunda mitad de siglo, se produce una eclosión de hipótesis, modelos y estudios con dimensiones explicativas de las causas del consumo y dependencia de sustancias.

El estudio con gemelos e hijos adoptados (Goodwin, 1976) aportó pruebas sólidas a favor de la existencia de factores hereditarios que predispone a tener problemas de abuso y dependencia de alcohol. A su vez, Cloninger (1987), con base en la herencia de ciertos rasgos, distingue dos tipos de alcoholismo: tipo A (comienzo en la edad adulta, más dependientes del refuerzo social, más evitadores del daño y menor herencia genética) y tipo B (de comienzo en la adolescencia, más frecuente en varones, tomadores de riesgo, buscadores de sensaciones, problemas judiciales por conductas delictivas y mayor peso de la herencia genética). En los primeros años del siglo XXI, se han identificados algunos genes asociados a alta vulnerabilidad al consumo de sustancias. Estos genes provocan

déficit de receptores dopaminérgicos<sup>14</sup> en áreas mesolímbicas y se expresan en un genotipo psicológico de propensión al aburrimiento, desmotivación, búsqueda de sensaciones fuertes e impulsividad (Moral de la Rubia, 2005).

Los estudios procedentes del modelo de aprendizaje o conductista aportan pruebas sobre que la conducta de consumo de sustancias psicoactivas está reforzada por los efectos euforizantes y desinhibidores de las sustancias a nivel cerebral y por la evitación y/o alivio de sentimientos disfóricos por medio de esos efectos psicoactivos. También, se destacan los fenómenos de tolerancia y abstinencia condicionadas a claves ambientales como factores precipitantes de recaídas.

Se han reportado como factores de riesgo significativos para el consumo de sustancias en adolescentes: la identificación con otros jóvenes con prestigio social que consumen psicoactivos (modelado de aprendizaje observacional), presión de grupo, locus de control externo y pasividad.

---

<sup>14</sup>Dopamina ( $C_8H_9(OH)_2-CH_2-CH_2-NH_2$ ) es una hormona y neurotransmisor producido en una amplia variedad de animales. Según su estructura química, la dopamina es una catecolamina que cumple funciones de neurotransmisor en el sistema nervioso central (SNC). En el SNC la dopamina cumple funciones, de neurotransmisor activando los cinco tipos de receptores de dopamina – D1, D2, D3, D4 y D5, y sus variantes. La dopamina es producida en muchas partes del sistema nervioso, especialmente la sustancia negra. La dopamina es también una neurohormona liberada por el hipotálamo, ahí su función principal, es inhibir la liberación de prolactina del lóbulo anterior de la hipófisis. La dopamina tiene muchas funciones en el cerebro, incluyendo papeles importantes en el comportamiento y la cognición, la actividad motora, la motivación y la recompensa, la regulación de la producción de leche, el sueño, el humor, la atención, y el aprendizaje. Las neuronas dopaminérgicas (es decir, las neuronas cuyo neurotransmisor primario es la dopamina) están presentes mayoritariamente en el área tegmental ventral (VTA) del cerebro-medio, la parte compacta de la sustancia negra, y el núcleo arcuato del hipotálamo. La dopamina es comúnmente asociada con el sistema del placer del cerebro, suministrando los sentimientos de gozo y refuerzo para motivar a una persona proactivamente para realizar ciertas actividades. La dopamina es liberada (particularmente en áreas tales como el núcleo *accumbens*) y el área tegmental central mediante experiencias de recompensa natural tales como la alimentación, el sexo, algunas drogas, y los estímulos neutrales que se pueden asociar con éstos (Benes 2001, Giuliano 2001 y Berridge 1998).

Hoy día se sabe que existe una clara relación entre los trastornos de la personalidad y el consumo de psicoactivos. Fernández-Montalvo (2004) señala como resultados de su investigación que el 76% de los pacientes de su muestra presentan al menos un trastorno de la personalidad y el 56 % presenta dos trastornos; los trastornos asociados más importantes son: el antisocial, el agresivo-pasivo, el narcisista y el histriónico. Panksepp, Knutson y Burgdorf (2000) proponen que la vulnerabilidad a la dependencia de sustancias depresoras que estimulen las endorfinas<sup>15</sup>, como el alcohol o los opiáceos está en una alteración del sistema emocional de vínculo interpersonal (por ejemplo a causa de negligencia en el cuidado materno) y la vulnerabilidad a la dependencia de sustancias estimulantes como cocaína y anfetaminas está en la hipofunción del sistema de refuerzo de las conductas apetitivas o de búsqueda y consumo de reforzadores positivos. Considerando una perspectiva adaptativa, los reforzadores positivos son aquellos estímulos o actividades que fomentan la supervivencia del individuo y así de la especie.

---

<sup>15</sup>Las endorfinas son péptidos opioides, pertenecientes al grupo de los compuestos neuropéptidos, que presentan propiedades neuromoduladoras. Son producidos en la glándula pituitaria y el hipotálamo durante ejercicios vigorosos, excitación y orgasmo. Se parecen a los opiáceos en su habilidad para producir analgesia y una sensación de bienestar. Las endorfinas actúan como "eliminadores naturales del dolor", cuyos efectos pueden potenciar el de otras medicaciones. Las endorfinas actúan como neurotransmisores producidos por el organismo en respuesta a varias situaciones, entre las cuales se encuentra el dolor. Puede considerarse que son analgésicos endógenos puesto que actúan inhibiendo la transmisión del dolor. Aunque las endorfinas están relacionadas con la génesis de otras emociones su principal función concierne a la modulación del dolor. En el plano emocional, provoca la incentivación de sensaciones de placer, de alegría, de bienestar y hasta de euforia.

Asimismo, se observa en más de un tercio de los consumidores de psicoactivos ya sea alcohol u otras sustancias la presencia de rasgos alexitímicos<sup>16</sup> o de dificultad para tomar conciencia de las tensiones emocionales, para expresarlas verbalmente y tomar contacto con el mundo vivencial interno. No obstante, los rasgos más asociados con la conducta de consumo de sustancias son los de alta búsqueda de sensaciones y toma de riesgos e impulsividad. Precisamente, los trastornos de personalidad antisocial y límite son los más prevalentes en el grupo de sujetos consumidores de sustancias. Por otra parte, el uso de las sustancias psicoactivas se puede contemplar como una estrategia de afrontamiento ante el malestar, especialmente de sentimientos negativos como el abatimiento, la tristeza, el aburrimiento y el vacío.

Las investigaciones de los neurocientíficos, aplicadas al estudio de la conducta de consumo de sustancias desde finales de los 80's, se han centrado cada vez más en el refuerzo positivo, el placer derivado de las sustancias, en la pérdida de control y baja tolerancia al estrés durante la abstinencia aguda del psicoactivo y en los síntomas residuales de aburrimiento, desmotivación y sensibilidad al estrés tras la desintoxicación en una abstinencia prolongada.

Los trabajos de Koob y Le Moal (2001) y otros investigadores han demostrado que todas las sustancias psicoactivas estimulan, de forma directa o indirecta, la vía dopaminérgica que conecta el núcleo accumbens<sup>17</sup> con el área tegmental-ventral.

---

<sup>16</sup>La alexitimia es el desorden neurológico que consiste en la incapacidad del sujeto para identificar las emociones propias y, consecuentemente, la imposibilidad para darles expresión verbal. Los neurólogos han observado anomalías en una zona cerebral cuya función sería la de vincular el crisol de las emociones con la zona que toma conocimiento de estas emociones, las analiza y las formula. Los *alexitímicos*, en lugar de mostrar una actividad cerebral adaptada a la intensidad emotiva de la situación, como es el caso normal, manifiestan una actividad o demasiado débil o demasiado intensa, que perturba la apreciación justa de la experiencia emocional (Sivak, 1997).

<sup>17</sup>El núcleo *accumbens*, es un grupo de neuronas del encéfalo, localizadas en el lugar donde el núcleo caudado y la porción anterior del *putamen* confluyen lateralmente dispuestos con respecto al *septum pellucidum*. El núcleo *accumbens* se puede dividir en dos estructuras, la zona central y la

Esta vía es denominada haz medial anterocefalica y está relacionada con los procesos de refuerzo natural, placer y orgasmo, ya conocida desde los estudios de Olds y Milner (1954) de electroestimulación con ratones. En referencia a esta vía y los núcleos dopaminérgicos implicados, no sólo se ha destacado el papel de los receptores  $D_2$  y  $D_1$ , sino también el de las endorfinas que modulan la actividad dopaminérgica, al bloquear la función inhibitoria de las interneuronas gabaérgicas sobre los cuerpos celulares de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral del mesencéfalo, como asimismo la desinhibición dopaminérgica por estimulación gabaérgica. De este modo, con base en la acción directa sobre los receptores de tres neurotransmisores (dopamina, b-endorfina y gaba<sup>18</sup>) en un área concreta (núcleo accumbens/haz medial anterocefalica/área tegmental), se puede

---

corteza. El núcleo accumbens y el bulbo olfatorio forman colectivamente la parte ventral del cuerpo estriado, que es parte de los ganglios basales. Se piensa que este núcleo tiene un papel importante en la recompensa, la risa, el placer, la adicción y el miedo. El principal tipo de neuronas que se encuentra en el núcleo accumbens es la neurona de proyección espinosa media. El neurotransmisor producido por esas neuronas es GABA. Se describe frecuentemente al núcleo accumbens como parte del bucle cortico-estriado-tálamo-cortical. Se piensa que los impulsos dopaminérgicos del área ventral tegmental modulan la actividad de las neuronas del núcleo accumbens. Estas terminales dopaminérgicas provenientes del área ventral tegmental son el sitio de acción de drogas altamente adictivas como la cocaína y la Anfetamina, las cuales provocan un aumento en la liberación de dopamina en el núcleo accumbens. Además de la cocaína y la Anfetamina, se ha visto que casi todas las drogas de uso recreativo (heroína, morfina, nicotina) son capaces de incrementar, por diversos mecanismos, los niveles de dopamina en el núcleo accumbens. En los años 50 Olds y Milner implantaron electrodos en el área septal de las ratas y encontraron que éstas elegían presionar la palanca que lo estimulaba. Esta preferencia era superior a la necesidad de comer o beber. Esto sugería que esta área es el "centro del placer" del cerebro. Aunque se ha estudiado tradicionalmente el núcleo accumbens por su papel en la adicción, desempeña un papel similar en recompensas como la de la alimentación, el sexo y los videojuegos. También interviene en las pautas temporales, y se ha considerado ampliamente como la interfaz entre el sistema límbico y el motor (Schwienbacher 2004, Kurlan 2004 y Olds y Miller 1954).

<sup>18</sup>El ácido gamma-aminobutírico (GABA) es el principal neurotransmisor inhibitorio cerebral. Deriva del ácido glutámico. Tras la interacción con los receptores específicos, GABA es recaptado activamente por la terminación y metabolizado. Existen tres tipos de receptores de GABA. Unos de acción rápida, receptores ionotrópicos GABA<sub>A</sub> y GABA<sub>C</sub>; y otros de acción lenta, los receptores metabotrópicos GABA<sub>B</sub>. El GABA se secreta por las células gabaérgicas de la médula espinal, también llamadas interneuronas; así mismo hay neuronas gabaérgicas en el cerebelo, los ganglios basales y muchas áreas de la corteza cerebral. Se supone que siempre produce inhibición (Ayesta, 2002).

identificar a las sustancias con potencial adictivo, desde los opiáceos al alcohol y barbitúricos, pasando por los psicoestimulantes y el cannabis.

Los estudios de neuroimagen<sup>19</sup> y bioquímicos muestran que el funcionamiento cerebral de un consumidor, por igual para todas las sustancias psicoactivas, presenta las siguientes características (Guardia 2001, Kosten 1996, Moral de la Rubia 2005):

(a) Hipofunción en los lóbulos frontales en sus regiones orbitales y basomediales durante los periodos de abstinencia, lo que implica el escaso control de impulsos y baja tolerancia a las emociones negativas. A su vez, hiperactividad dopaminérgica en esas mismas regiones frontales durante el consumo de psicoactivos.

(b) Hiperactividad de haz medial anterocefalica en presencia de la sustancia, lo que implica su valor altamente placentero. A su vez, con el paso del tiempo, menor expresión de los receptores dopaminérgicos  $D_1$  y  $D_2$  en zonas mesolímbicas, área tegmental ventral del mesencéfalo y núcleo accumbens, lo que implica la necesidad creciente de mayores dosis para los mismos efectos; y las sensaciones cada vez más intensas de aburrimiento y falta de placer crecientes, cuando no se está bajo los efectos de la sustancia y su búsqueda.

(c) Baja actividad serotoninérgica<sup>20</sup>, especialmente por menor expresión de receptores  $HT_2$  en regiones límbicas, lo que implica menor tolerancia al estrés.

---

<sup>19</sup> Los estudios de neuroimagen incluyen los estudios de electroencefalograma (EEG), tomografía por emisión de positrones (PET) y resonancia magnética espectral (RMS) (Guardia, 2001).

<sup>20</sup> La serotonina (5-HT) constituye uno de los más importantes neuromoduladores desde el punto de vista filogenético y ontogénico, ya que aparece en muchas otras especies animales con funciones relacionadas con los mecanismos de adaptación. La serotonina no se encuentra limitada al sistema nervioso central, ya que las neuronas serotoninérgicas participan en la inervación entérica y las plaquetas contienen vesículas en las que se almacena y libera 5-HT al torrente sanguíneo. Esta amplia distribución de la inervación serotoninérgica explica la variedad de funciones en las que

(d) Disminución de la producción de ciertos neurotransmisores internos estableciéndose una dependencia de suministro externo con sustancias análogas a la dopamina, a los opioides o a la gaba.

(e) Cambios permanentes en la densidad de receptores en las regiones de refuerzo que reflejan un patrón de conducta aprendido que se puede ser activado por situaciones análogas a las de adquisición; estados de bajo refuerzo y alto displacer.

(f) Reajuste lento (por meses o un año) de los umbrales de refuerzo natural una vez abandonado el consumo de la sustancia (Moral de la Rubia 2005).

### **3.1.3 Genes y conducta**

La posición actual de los neurobiólogos (Gilliam y Cols, 2000) es terminantemente clara: una conducta se configura por la interacción entre los genes y el ambiente. Incluso las conductas más estereotipadas de los animales más simples reciben la influencia ambiental y asimismo las conductas más sofisticadas de los seres humanos presentan limitaciones impuestas por los factores hereditarios. En este sentido se puede decir que la neurobiología no ha cambiado sustancialmente su posición desde los trabajos de Luxemburger, en el Instituto de Psiquiatría de Berlín, donde postula que la enfermedad mental era única y que las formas clínicas solo eran variaciones patoplásticas<sup>21</sup> de este único trastorno. En 1871 y 1872, Theodule Ribot (1839-1916) publicó una monografía que abordaba el

---

participa la 5-HT a través de sus múltiples receptores, incluyendo el ciclo sueño-vigilia, control del estado de ánimo, de la conducta sexual y alimentaria. La 5-HT también ha sido relacionada con la etiopatogenia de múltiples trastornos psiquiátricos como los trastornos afectivos, la esquizofrenia, el trastorno de pánico, la dependencia de alcohol, los trastornos de control de impulsos y los trastornos alimenticios (Arranz, 2001).

<sup>21</sup>Las dimensiones "patoplásticas" son aquellas que modulan, colorean, confieren rasgos culturales a la enfermedad mental, para distinguirlas de las dimensiones "patogénicas", más sesgadas hacia lo orgánico y lo biológico (Uribe, 2006).



problema de la relación que podría existir entre la *herencia fisiológica* (entendiendo por tal el hecho de que "todos los seres vivos tienden a repetirse en sus descendientes", constituyendo así lo que Ribot denomina la "identidad de la especie", complementaria a la identidad del individuo) y la *herencia psicológica*. Esta última estaría constituida por "la transmisión hereditaria de las facultades mentales, considerada en sus fenómenos, en sus leyes, en sus consecuencias y sus causas".

La herencia psicológica está, para Ribot, íntimamente ligada a la herencia fisiológica. Aunque se deba a la herencia fisiológica la transmisión de la conformación externa e interna del cuerpo humano, las formas de ser, la idiosincrasia particular de cada individuo, los rasgos de su carácter, serán algunos de los aspectos psicológicos que pasarán de padres a hijos igualmente por vía seminal. De esta forma los déficits y las alteraciones estructurales y funcionales se transmiten de generación en generación. Asimismo Ribot pensaba que se heredarían los rasgos patológicos adquiridos en vida de los padres, propugnando de esta manera una especie de lamarckismo ingenuo. La interacción herencia-ambiente propugnada por Luxemburger estaba, como es sabido, representada gráficamente por una curva asintótica<sup>22</sup> a un eje de coordenadas en el que el eje de abscisas representaría al ambiente y el de ordenadas a la herencia. Pero la neurobiología actual ha dejado claro que los mecanismos moleculares de la herencia son determinantes para poder comprenderla. La idea básica es que no se heredan las conductas, lo que se hereda es el ADN que codifica proteínas. Los genes que se expresan en las neuronas codifican proteínas que a su vez determinan el desarrollo, el mantenimiento y la regulación de los circuitos nerviosos que constituyen la base de todos los aspectos de la conducta. Los circuitos nerviosos están a su vez compuestos de múltiples neuronas, cada una de las cuales expresa un conjunto especial de genes que dirige la producción de

---

<sup>22</sup>Se dice que en una gráfica una curva es asintótica cuando la cola de la curva se acerca más y más al eje X, pero nunca llega a tocarlo (Neil, 1998).

proteínas específicas. Este mecanismo presentará complejidades crecientes en la medida que los circuitos neuronales implicados en la producción de una conducta sean más complejos (y se supone que a conductas más complejas se corresponden circuitos neuronales más complejos) y por tanto crecerá el número de proteínas estructurales y reguladoras que deberán ser codificadas. Así en animales simples un único gen puede regular una sola conducta. En el ser humano esto es impensable (también en los animales más complejos) y los rasgos de la conducta es seguro que dependerán de la traducción proteínica llevada a cabo por la expresión de múltiples genes. Además podrán producirse diferencias sutiles y matices, no solo por la presencia o ausencia de un gen, sino por el grado en que los diferentes productos génicos se expresen en un individuo y en una situación concreta (aquí también la influencia del ambiente habrá de ser tomada en cuenta). De todas formas es preciso mantener una cierta prudencia cuando se hacen afirmaciones radicales sobre la potencialidad explicativa de la conducta que tendrá la investigación genética. Guillian, Kandel y Jessell (2000) aventuraban que la secuenciación del genoma humano "modificaría radicalmente la teoría y la práctica de todos los campos de la medicina incluida la neurología y la psiquiatría" y mencionaban, como un ejemplo prometedor, que la variación en el número de secuencias repetidas en el seno del gen que codifica el receptor D4 de la dopamina aporta una contribución importante a la varianza genética global que caracteriza a la conducta buscadora de sensaciones. Efectivamente es un buen ejemplo de cómo la complejidad del fenotipo definido "conducta buscadora de sensaciones", con muy serios problemas de modelización animal, puede constituir un obstáculo añadido a la exactitud de interpretaciones lineales de la relación entre expresión génica y conducta (aunque se excluya explícitamente la intencionalidad en la génesis de ésta) (Baca, 2001).

No obstante es indudable la importancia que la genética molecular tiene al abrir la puerta a la posibilidad de identificar los genes que participan en la producción (o en la mediación de la producción) de determinada conducta y establecer cómo controla el substrato biológico de dicha conducta las proteínas codificadas por

ellos. La revisión de Plomin y Crabbe (2000) es un buen ejemplo de ello y las líneas de investigación que en ese trabajo se apuntan (la identificación de nuevos genes -genómica- y la comprensión de cómo dichos genes influyen la conducta -genómica de la conducta-) son, sin duda, los dos caminos. El desarrollo, aún incipiente, de la genómica de la conducta comienza ya a producir algunos resultados cuya relevancia final habrá que considerar. Un ejemplo, es el trabajo publicado también en el año 2000 (Meagher y cols., 2000) sobre la conducta competitiva de los ratones en libertad, en comparación con los criados en laboratorio, y sus repercusiones sobre la conducta de apareamiento de estos animales. Si se toman ratones domésticos silvestres y son criados en laboratorio se produce un aumento de la competitividad en los machos en el curso del apareamiento con las hembras que se traduce en un aumento de la consanguinidad. Es de señalar que las consecuencias del *inbreeding*<sup>23</sup> en humanos y sus implicaciones sobre las variaciones en la dotación de DNA están documentadas en un artículo publicado en 1994, que estudiaba las consecuencias de los matrimonios entre primos hermanos y la mortalidad infantil en relación con el *pool* genético heredado (Bittles y Neel, 1994).

Hay que mencionar, por último, que en el año 2002 se comienza a publicar la revista "*Genes, Brain and Behaviour*" que acoge en sus páginas una parte sustancial de las publicaciones sobre genómica de la conducta. Muchos de sus artículos están aún destinados a exponer estrategias de investigación, desarrollo y perfeccionamiento de la metodología, o trabajos de prospectiva en los que se señalan las vías por las que habrán de discurrir las próximas investigaciones y las expectativas que se generan, tanto en el campo de la psicología como en el de la psiquiatría. Una parte mucho menor de los artículos aportan datos empíricos o abren hipótesis nuevas sobre este campo, como es lógico en una rama del conocimiento que da sus primeros pasos. Esta situación se repite en los demás medios de comunicación científica (Tecott y Wehner, 2001).

---

<sup>23</sup>En términos de genética, *inbreeding* es la cría con dos animales que están relacionados entre sí.

### 3.1.4 Genética y psiquiatría

Si queremos hacer un resumen muy esquemático de los actuales métodos de que se vale la investigación en genética en general, y en genética psiquiátrica en particular, por la relación que esta tiene con estudios de genética y conducta, podría decirse que los objetivos de la investigación genética en psiquiatría pueden ser divididos en tres grupos diferenciados: a) aquellos que tienden a demostrar la existencia y la contribución relativa de la herencia (del material genético transmitido) en la etiopatogenia de los trastornos mentales; b) aquellos que tienden a demostrar los modos de herencia; c) aquellos que tratan de establecer los mecanismos a través de los cuales se conecta la cadena que va desde los genes a los síntomas y a los síndromes. El primer grupo de objetivos puede establecerse -así se ha hecho clásicamente- a través de los estudios de familias, de gemelos y de adopciones. Los modos de herencia se han investigado mediante análisis de segregación adecuados de los modelos de *pedigree*<sup>24</sup> o también a través de modelos de umbral con datos de poblaciones de familias en riesgo. El tercer objetivo es el que entra de lleno en el campo de la actual investigación genómica.

Quizá sea útil apuntar, aunque se trate de aspectos bien conocidos, que los estudios pertenecientes al primer grupo (establecimiento de la heredabilidad de un rasgo, síntoma o cuadro) se suelen dividir en cuatro tipos: i) estudios familiares de riesgo; ii) estudios con gemelos y con familias de gemelos; iii) estudios de adopción; iv) estudios longitudinales prospectivos. La metodología de las investigaciones genómicas, en especial en sus aplicaciones a la genómica de la conducta, se ha visto impulsada por el desarrollo de técnicas que han perfeccionado el análisis de la vinculación (*linkage*) como método tradicional de identificación de genes candidatos. Como es bien sabido el *linkage* no ofrece una

---

<sup>24</sup>*Pedigree* o árbol genealógico, se refiere al uso de un modelo gráfico para describir la composición de una familia, a través de ciertos símbolos internacionales, sirve para conocer cuántos individuos sanos y enfermos hay en una familia, el número de abortos, etc.

buena potencia discriminativa en el caso de la investigación de enfermedades complejas, probablemente porque el efecto de los genes implicados sea demasiado débil para ser detectado por esta técnica (Risch y Merikangas, 1996). La alternativa ofrecida por los llamados "estudios de asociación", en los que el examen de los genes candidatos se hace tanto en los individuos afectados como en controles no afectados y no relacionados con los pacientes, en un modelo metodológico similar a los estudios epidemiológicos de factores de riesgo, es un camino a explorar aunque presenten las mismas dificultades de los mencionados estudios de riesgo: la posibilidad de encontrar poblaciones control que difieran de los sujetos afectados solo en la presentación de la enfermedad o trastorno a investigar y sean semejantes en todos los demás rasgos (Merikangas y Risch, 2003). Por otra parte la tecnología de lo que podría llamarse "genómica funcional" emplea técnicas que se van abriendo paso en las investigaciones sobre genética de la conducta y de las enfermedades mentales como es el caso de la tecnología del *microarray* (*microarray technology*) y de las técnicas proteómicas (Risch, 2000). Todas estas técnicas proveen datos sobre la función de los genes a nivel celular (Baca, 2001).

### **3.1.5 Los estudios actuales sobre genética y consumo de psicoactivos. Genes candidatos**

Los estudios genéticos han logrado identificar la relación entre determinados genes y el consumo de ciertas sustancias psicoactivas, por ejemplo el alcohol, se ha descubierto que el gen ALDH-2 produce proteínas que ayudan a metabolizar el alcohol, sin embargo algunas personas presentan un alelo del gen ALDH-2 que es menos efectivo (Backer, 2004).

Así pues, las relaciones encontradas hasta el momento entre el sistema endocannabinoide y la esquizofrenia hacen pensar que, en al menos algunos subtipos de esquizofrenia, podría existir una disfunción de este sistema. Por otro lado también parece demostrada la

asociación de variantes del gen CNR1 con sujetos dependientes para diversas sustancias. Este hecho podría estar relacionado con la posibilidad de que la implicación del gen CNR1 en la vulnerabilidad a la adicción sea común a las sustancias susceptibles de abuso. Finalmente, el hecho de que el sistema endocannabinoide ejerza una acción neuromoduladora sobre el dopaminérgico, implicado tanto en la neurobiología de la esquizofrenia como de las adicciones, apoyaría la hipótesis de que en al menos en algunos sujetos esquizofrénicos vulnerables al consumo de sustancias presentaran diferencias genéticas relacionadas con variaciones el gen CNR1 que les confieran una mayor susceptibilidad al abuso (Martínez-Gras, 2007).

Cloninger y colaboradores (1987) formularon la hipótesis de una teoría tridimensional de la personalidad y diseñaron el cuestionario tridimensional de la personalidad (TPQ, *Tridimensional Personality Questionnaire*) sobre la base de tres dimensiones independientes: buscador de novedad (BN), evitador de daño (ED) y dependencia de la recompensa (DR). El presente estudio incluye el estado actual de esta hipótesis que incluye diferencias individuales y heredadas en cada una de las dimensiones descritas. El polimorfismo del receptor D4 (exón III) acontece sólo para un pequeño porcentaje de la varianza de BN, sugiriendo que otros genes adicionales pudieran influir tanto sobre BN como sobre otros temperamentos. La correlación entre BN y ED se describe principalmente en individuos que abusan del consumo de psicoactivos y podría ser concordante con la correlación descrita entre comportamiento *acting out* y sintomatología depresiva. Además, cada sistema está compuesto por múltiples estructuras cerebrales y neurotransmisores relacionados con los estados de ansiedad y de humor, y trastornos de personalidad. Así, el principal hallazgo de este estudio es una relación positiva entre actividad serotoninérgica y ED en sujetos abstinentes y depresivos. En general, los individuos que abusan de sustancias muestran valores altos de BN y bajos de ED y DR, mientras que la baja persistencia se relaciona con sus frecuentes recaídas.

### **3.1.6 Los factores ambientales en el consumo de psicoactivos**

Si bien desde la investigación biomédica se reconoce la importancia de los factores ambientales en la etiología de la conducta de consumo de psicoactivos no se ha realizado la integración sistémica de la consideración ambiental en los mecanismos explicativos de la conducta, sin embargo existen importantes trabajos antropológicos (Romaní, 1999, 2001, 2005; Gamela, 2003, Pallarés 2003), sociológicos (Escohotado, 1989), y psicológicos que abordan el consumo de psicoactivos desde la perspectiva ambiental.

Romaní plantea que el uso del término dependencia tiene una clara vinculación con las políticas de control y represión del consumo de determinadas sustancias. También menciona que desde ciertas posiciones psicoanalíticas la dependencia es considerada un elemento constitutivo del ser humano en sus tres niveles biológico, psicológico y social por lo que no debe suponer siempre problemas personales ni sociales. La dependencia de la psicoactivos sería el síntoma de una situación patológica en la que se encontraría el individuo como resultado de múltiples factores en los tres niveles mencionados y agravadas por los efectos farmacológicos de las sustancias (Romaní, 2001).

Señala Romaní que existe un amplio consenso respecto a la interacción sustancia-sujeto-contexto al abordar el fenómeno de consumo de psicoactivos, aunque ya cuando se analiza la importancia relativa de cada componente se desdibuja la triada y postula que desde la óptica antropológica tanto el manejo de las sustancias como la construcción del sujeto están socioculturalmente determinadas sin negar la importancia de los efectos farmacológicos o la especificidad psicológica de cada individuo y propone la perspectiva etnográfica como una perspectiva holística y privilegiada para aproximarse a la complejidad de este fenómeno.

Romaní cuestiona, a partir de su trabajo con consumidores y ex consumidores de heroína entre 1970 – 1990 el concepto de dependencia. Plantea que las dosis, la frecuencia de consumo, así como la pureza de la sustancia son muy bajas, por lo que en muchos casos permiten cuestionar que lo farmacológico sea el elemento determinante en dicho comportamiento. Los síndromes de abstinencia relatados por la mayoría de los consumidores no responden a la sintomatología de la dependencia física, teniendo un alto componente psicológico. El tiempo que transcurre desde el inicio del consumo hasta que se reconoce la dependencia física presenta una gran variabilidad. Por ejemplo, en los consumidores que iniciaron en la década de los 70's fue de un año y medio y para los que iniciaron su consumo en la década de los 80's fue de pocos meses pese a que estos últimos consumieron dosis mucho más bajas y de peor calidad (Romaní, 2001).

Romaní plantea que es más útil el empleo del concepto de estilo de vida que el de dependencia para el análisis de las conductas de consumo de psicoactivos:

“Definiremos estilo de vida como aquel conjunto de pautas de acción y cosmovisiones que, en el contexto de los procesos materiales y simbólicos a través de los que se desarrolla su vida, caracterizan a un individuo o aun grupo social. Este concepto supone incluir el análisis de prácticas y de discursos, y de sus mutuas interacciones. Como instrumento metodológico, el concepto de estilo de vida nos parece más pertinente que el de dependencia, ya que nos permite enmarcar y comprender unas conductas basadas en los valores y actitudes definidos en dicho estilo, conductas que pueden ser reproducidas en el comportamiento cotidiano, pues se basan en los saberes del grupo” (Romaní, 2001).



Para Romaní (2001), la dependencia puede ser un componente de un estilo de vida, pero no sirve de nada si se interpreta como totalidad, cuando es solo una parte de la compleja relación droga-sujeto-contexto.

Por otro lado, las investigaciones sobre genética y conducta dan solidas pruebas para demostrar que en el caso de algunos síndromes genéticos, como serían el caso del síndrome de Williams, el síndrome de Angelman o el síndrome de Down, ciertas fallas genéticas, microdeleciones, suprimen o apagan determinados genes y esta ausencia provoca alteraciones tanto orgánicas, muy específicas, como conductuales, es decir, la existencia de un cierto patrón conductual (fenotipo conductual).

Los más recientes trabajos sobre genética y conducta de consumo de sustancias plantean que en ningún caso se puede asociar un único gen con una conducta tan compleja como lo es el consumo de psicoactivos; se plantea entonces el papel poligénico, es decir, del aporte de múltiples genes en el fenotipo de esta conducta. En algunos casos concretos como el del alcoholismo, si ha sido posible identificar algunos genes involucrados, ahora se sabe que ciertos eventos de polimorfismo genético pueden proteger contra el desarrollo de este padecimiento; sin embargo para el caso del consumo de otras sustancias no se ha podido identificar con claridad los genes específicos, aunque si hay un avance en el reconocimiento de ciertas regiones cromosómicas.

### **3.2. Bases neurobiológicas del consumo de psicoactivos**

Antes de adentrarnos en los mecanismos neurobiológicos de la conducta de consumo de sustancias hay reconocer la doble naturaleza de los seres humanos: seres biológicos y a la vez seres de cultura. Los científicos están de acuerdo que pertenecemos a una especie que tiene en común muchísimas características con otras especies animales, sin embargo el larguísimo proceso evolutivo por el que

pasó nuestra especie nos ha llevado a separarnos sustancialmente de todos los demás miembros del reino animal. Hoy día se reconoce que aunque hay una enorme cantidad de diferencias entre nosotros y nuestros parientes más cercanos las mayores diferencias físicas se encuentran en las extremidades, la mandíbula, la columna vertebral y fundamentalmente en el cerebro, tanto en el mayor volumen como en su mayor complejidad. Nos detendremos en el cerebro, dado que ahí se encuentran las respuestas para comprender la singularidad de nuestro comportamiento.

Primero se habla de la importancia del tamaño relativo del cerebro, después del mayor desarrollo de los lóbulos temporales y parietal, de la especialización de los hemisferios, también se ha hablado de las áreas de especialización cerebral para el lenguaje humano; otros han postulado la existencia de cierto tipo de neuronas específicamente humanas; por último ha habido quienes postulan que la existencia de un “torque” cerebral es una de las características típicamente humanas, así como, de la mayor y más compleja plasticidad cerebral. Pero, pese a todo lo anterior, nada de lo dicho es exclusivamente humano, pues aparecen, aunque de manera aislada en otras especies animales, desde los antropoides hasta especies evolutivamente menos desarrolladas como los tiburones. Entonces, ¿en dónde se encuentra la especificidad humana? Al parecer en una suma de todo lo anterior que conformaría la mayor complejidad del cerebro humano.

### **3.2.1 Consumo y placer**

Freud (1905), en su texto *Tres ensayos sobre teoría sexual*, plantea la importancia del placer y postula el concepto de *pulsión*. Desde el ámbito de las neurociencias se han realizado importantes investigaciones para vincular los mecanismos biológicos cerebrales y la conducta; así las neurociencias han aportado herramientas tecnológicas extraordinarias para explorar el cerebro. Como en el

caso de Kandel quien usó diseños elaborados por el conductismo para desentrañar las bases neurobiológicas de la conducta. Pero uno de los ejemplos históricos más contundentes, fue la investigación de Olds y Milner sobre las bases neurobiológicas del placer y del dolor (Olds, 1975). Ellos utilizaron los aportes de Skinner y sus colaboradores sobre los programas de reforzamiento y la caja de condicionamiento creada por él para indagar las zonas cerebrales involucradas en el placer y el dolor. En 1954, James Olds y su alumno Peter Milner estaban realizando estudios con ratas sobre la relación entre una estructura encefálica, conocida como la formación reticular, y la motivación y el aprendizaje. Para ello colocaron microelectrodos en la formación reticular, con la finalidad de estimularla eléctricamente, pero por lo menos en un caso se equivocaron y situaron los electrodos posiblemente en el hipotálamo (decimos posiblemente porque el cerebro del animal se perdió). Tras realizar, en este último caso, estimulaciones eléctricas siempre que el animal entraba en una de las esquinas de la jaula, se sorprendieron al observar que el animal volvía rápidamente a la misma esquina después de una breve salida, y así varias veces. Lo más importante es que estos dos autores, al percatarse de la importancia de este hallazgo, abandonaron su proyecto inicial y empezaron a desarrollar lo que se conoció como la técnica de la auto-estimulación eléctrica del cerebro. Implantaron electrodos intracraneales y permitieron a las ratas que se auto-administraran ellas mismas la corriente por medio de una palanca. Esta técnica consiste en lo siguiente: se implantan electrodos en diferentes regiones del encéfalo conectados a un circuito eléctrico, que puede ser manipulado por el animal sometido a la experiencia, de tal modo que pueden administrarse “choques” eléctricos a voluntad. Esta técnica, conocida como auto-estimulación intracraneal, se ha descrito en ratas, en humanos y en muchas especies. Los resultados obtenidos con esta metodología se pueden resumir en lo siguiente:

La implantación de electrodos en ciertas zonas del encéfalo y el paso de la corriente eléctrica por ellos produce en el sujeto una gama de sentimientos agradables de bienestar, euforia, placer y satisfacción. Debido a ello, el animal de

experimentación se administra choques eléctricos con gran frecuencia, ya que obtiene así una formidable gratificación. Este conjunto de zonas encefálicas a partir de las cuales se obtienen estos resultados constituye el denominado sistema de gratificación, cuyos componentes principales son, básicamente: núcleos septales, amígdala, hipocampo, hipotálamo lateral; además hay que añadir la corteza prefrontal, la entorrinal y el polo temporal. Es importante también el denominado haz medial del prosencéfalo, haz caracterizado por su amplio origen y por la gran cantidad de lugares donde termina. Diversos datos obtenidos mediante técnicas electrofisiológicas indican que las neuronas de estas áreas están interconectadas entre sí, formando lo que se denomina el circuito de gratificación o de recompensa. A diferencia de ello, la implantación de electrodos en otras zonas encefálicas y su excitación provoca sentimientos disfóricos, desagradables, penosos e incluso dolorosos; este grupo de estructuras, también relacionadas con el sistema límbico, se denomina sistema de castigo o de aversión. Dicho sistema, desde el punto de vista neuroanatómico, está peor definido. Sus partes más importantes son: región periventricular del tálamo e hipotálamo, sustancia gris mesencefálica, zonas de la amígdala, hipocampo y fórnix.

Ahora citemos al propio Olds: “Una observación accidental propicio los estudios de auto- estimulación cerebral. La observación no estuvo dirigida por ningún plan consciente basado en las teorías prevalecientes en la época. Las investigaciones conductuales subsiguientes nos mostraron que no éramos ingenuos, que lo observado era reforzamiento psicológico válido. Esos estudios también nos hicieron suponer que eso era una forma de activación artificial de las regiones cerebrales que naturalmente constituyen el mecanismo de reforzamiento, pero aún no se ha probado. Los estudios con drogas también mostraron correlación positiva entre la auto-estimulación cerebral y la activación cerebral, producida por ciertas drogas populares como el alcohol. Estudios de lesión nos mostraron que no sabíamos dónde se localizaban los somas activados por la auto-estimulación cerebral (puesto que lo que estimulábamos eran principalmente axones). El hipocampo era un punto de interés para la estimulación eléctrica por su activación

durante el aprendizaje y reforzamiento...”También dice: “El cerebro contiene muchas regiones neuroanatómicas elegantes. Hay una conexión de ida y vuelta en el cerebelo y dobles conexiones en la parte más antigua y mejor organizada de la corteza cerebral, el hipocampo. El cerebelo estaría principalmente implicado en el aprendizaje de movimientos motores finos y el hipocampo estaría implicado en la memoria y en la organización de conductas motivadas y planeadas” (Olds, Milner 1954).

Se conocen mal los mecanismos nerviosos del placer, pero parece razonable pensar que se superponen, o incluso coinciden, con los mecanismos cerebrales que se ocupan de la recompensa y el refuerzo de la conducta (Gil- Verona 2003).

### **3.2.2 Estructuras neurobiológicas asociadas con el comportamiento**

Los estudios neurobiológicos de los mecanismos del comportamiento se han centrado en tres regiones cerebrales: la amígdala, la corteza prefrontal y el núcleo *accumbens*. La amígdala suscitó interés a raíz de determinados estudios que demostraron su participación en las conductas motivadas por el miedo, mientras que el núcleo *accumbens* fue identificado a partir de su relación con conductas basadas en recompensas. La corteza prefrontal no contribuye en la misma medida a determinar si un estímulo es positivo o negativo sino que regula, más bien, el alcance motivacional general, a la vez que determina la intensidad de la respuesta comportamental (Kalivas y Volkow, 2005).

#### **3.2.2.1 La Amígdala**

La amígdala es una estructura cerebral clave en la formación de asociaciones memorizadas entre acontecimientos relevantes desde el punto de vista motivacional y estímulos por lo demás neutrales, que se convierten en factores pronósticos de dichos acontecimientos. Las interacciones entre los núcleos

amigdalinos basolateral y central<sup>25</sup> implican asociaciones autónomas y endocrinas a través de proyecciones que van del núcleo central al tronco cerebral<sup>26</sup>, el hipotálamo<sup>27</sup> y las neuronas dopaminérgicas del área tegmental anterior. Por otro lado, las proyecciones glutamatérgicas que van de la amígdala basolateral a la corteza prefrontal y al núcleo *accumbens*, son necesarias para que las asociaciones aprendidas modifiquen respuestas comportamentales más complejas. La integración funcional entre la amígdala y la corteza prefrontal ha sido confirmada por muchos estudios de neuroimagen en los que individuos sanos eran expuestos a estímulos asociados a acontecimientos de gran carga motivacional, desde la comida y el sexo hasta la cooperación social.

### **3.2.3 Genética- estructuras neurobiológicas y predisposición al consumo de psicoactivos**

Los actuales estudios en neurociencias y genética molecular han arrojado luz sobre las posibles estructuras neurobiológicas implicadas en los mecanismos de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. La serotonina (5-HT) constituye

---

<sup>25</sup>Núcleo amigdalino basolateral es una estructura de la amígdala que se subdivide a su vez en el núcleo lateral, el basal y los núcleos basales accesorios (Amunts, 2005).

<sup>26</sup>Tronco cerebral, también llamado tronco del encéfalo, tronco encefálico, o tallo cerebral es la protuberancia anular (o puente troncoencefálico) y el mesencéfalo. Es la mayor ruta de comunicación entre el cerebro anterior, la médula espinal y los nervios periféricos. También controla varias funciones incluyendo la respiración, regulación del ritmo cardíaco y aspectos primarios de la localización del sonido. Formado por sustancia gris y blanca. La sustancia gris forma núcleos dentro de la sustancia blanca, que subdividen en tres tipos.

<sup>27</sup>Hipotálamo es una glándula endocrina que forma parte del diencefalo, y se sitúa por debajo del tálamo. Libera al menos nueve hormonas que actúan como inhibidoras o estimulantes en la secreción de otras hormonas en la hipófisis anterior, por lo que se puede decir que trabaja en conjunto con este. Suele considerarse el centro integrador del sistema nervioso vegetativo o autónomo, dentro del sistema nervioso periférico. También se encarga de realizar funciones de integración somato-vegetativa. Regula la homeostasis del organismo en conjunto con la hipófisis, por medio de un sistema de retroalimentación negativo. El hipotálamo, en cuanto órgano endocrino, se ocupa de liberar factores liberadores o inhibidores a la sangre, pero también es capaz de producir neurohormonas listas para su secreción, tales como la hormona antidiurética (ADH), la oxitocina, la hormona liberadora de gonadatropina (GnRH, LHRH o LHRF), la hormona liberadora de tirotropina (TRH), la hormona liberadora de corticotropina (CRH o CRF), la somatocristina, la somatostanina, el factor de liberación de prolactina y la Angiotensina II.

uno de los más importantes neuromediadores implicada en la etiopatogenia de algunos trastornos psiquiátricos como los trastornos afectivos, el trastorno del pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos de control de impulsos, los trastornos alimentarios así como del alcoholismo. La familia del receptor 5-HT<sub>2</sub> incluye al receptor 5HT<sub>2A</sub>, un receptor acoplado a las proteínas G y cuya activación produce la estimulación de fosfolipasa y la hidrólisis de los fosfoinosítidos, de membrana con la formación de segundos mensajeros inositol y diacilglicerol (Arrantz, 2001).

Arrantz postula que los estudios apuntan a una cierta participación de factores de riesgo genético en el desarrollo de ciertos padecimientos psiquiátricos, aunque esto se ha complicado debido a los resultados obtenidos en los estudios epidemiológicos. Los primeros estudios genéticos sobre trastornos psiquiátricos se basaron en estudios familiares de ligamiento (que requieren un número elevado de familias).

Por otro lado, George Uhl (2007) plantea que los actuales estudios en genética molecular arrojan la existencia de 16 regiones cromosómicas implicadas en la existencia de variantes alélicas de genes que contribuyen a la vulnerabilidad y dependencia de sustancias.

Gil-Verona (2003) señala que la hipótesis más atrayente, actualmente en relación con la conducta de consumo de sustancias desde el punto de vista neurobiológico, es la que se conoce con el nombre de hipótesis de la dopamina. La idea de que un neurotransmisor pudiera estar asociado a una serie de dependencias que abarcaran sustancias tan diversas como la cocaína o el etanol, es algo que atrae a todos los neurobiólogos. Aunque hay un acuerdo en que la dopamina no es la única molécula relacionada con el consumo de psicoactivos, sí se cree que podría ser una molécula clave. Uno de los principales defensores de esta hipótesis es el profesor Di Chiara y su equipo, quienes señalan que los opiáceos, el alcohol, la

nicotina, las anfetaminas y la cocaína provocan una acumulación de dopamina en el núcleo *accumbens*.

### **3.2.4 Cambios en las estructuras neurobiológicas debido al consumo de sustancias psicoactivas**

Como se sabe, la actividad mental se genera gracias a un veloz intercambio de impulsos eléctricos y señales bioquímicas, mediadas por distintos neurotransmisores cerebrales y sus respectivos receptores. Las sustancias psicoactivas como el alcohol, los alucinógenos, la anfetamina, metanfetamina o simpaticomiméticos de acción similar, la cafeína, la marihuana (cannabis), la cocaína, la fenciclidina u otras arilciclohexilaminas de acción similar, los disolventes volátiles, la nicotina, los opiáceos y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, así como, los psicofármacos, (neurolépticos; ansiolíticos, tranquilizantes e hipnóticos; analépticos, estimulantes y antidepresivos; analgésicos, etc.), alteran eficazmente, bloquean o imitan a las sustancias que permiten la actividad neuronal normal (Souza et al. 2004).

Los investigadores plantean que la pérdida de control en el consumo de sustancias, que caracteriza a la dependencia, evoluciona de forma progresiva a lo largo del tiempo debido a los cambios cerebrales inducidos por la sustancia. El consumo crónico de sustancias conlleva cambios neurobiológicos y comportamentales propios de la dependencia. Entre las características de la dependencia destacan el consumo creciente, impulsivo y compulsivo de sustancias, un aumento del deseo imperioso de una sustancia (*craving*) y de los síntomas de abstinencia una vez suspendido el consumo. La dependencia de sustancias se ha estudiado con éxito en modelos animales observando los correlatos comportamentales de la adicción clínica en los seres humanos, como el aumento del consumo de sustancias y la intensificación del *craving* una vez suspendida su toma, un proceso que ha proporcionado diversos métodos para



estudiar los sustratos neurales de la dependencia a sustancias. Se plantea que la dependencia consiste en que las sustancias objeto de abuso activan el sistema dopaminérgico mesolímbico que refuerza las recompensas tanto naturales como farmacológicas. El sistema dopaminérgico mesolímbico está formado por neuronas del área tegmental ventral ricas en dopamina y sus proyecciones axonales hacia las regiones terminales del núcleo *accumbens* y la corteza prefrontal. Aquí es necesario detenernos un momento para revisar la importancia del núcleo *accumbens*: este núcleo es una estructura cerebral que tiene dos subcompartimientos, funcionalmente distintos, denominados capa externa o *shell* y centro o *core*. La capa externa, estrechamente interconectada con el hipotálamo y el área tegmental anterior, cumplen una función relevante en la regulación de las conductas de ingestión. La inervación dopaminérgica recíproca desde el área tegmental anterior hasta la capa externa del núcleo *accumbens* desempeña un papel importante en la regulación de la intensidad motivacional y ayuda a establecer asociaciones memorizadas entre los acontecimientos motivacionales y las percepciones ambientales concurrentes. Por el contrario, el compartimiento central se asocia anatómicamente con el cíngulo anterior y la corteza orbitofrontal y constituye el principal lugar que media la expresión de las conductas memorizadas en respuesta a los estímulos que vaticinan los acontecimientos que revisten interés motivacional. La contribución imprescindible del centro del núcleo *accumbens* en la expresión de la conducta adaptativa no depende de los aferentes dopaminérgicos sino de los aferentes glutamatérgicos de la corteza prefrontal. Aunque no se trata de un hecho forzoso, en el centro del núcleo se libera dopamina en respuesta a los estímulos que estructuran un correlato de interacciones predisponentes, de orden biológico, de un acontecimiento gratificante, regulando probablemente la expresión de las conductas adaptativas (Kalivas y Volkow, 2005).

Por otro lado, los opiáceos, los psicoestimulantes, el alcohol, la nicotina y las sustancias derivadas del *cannabis* actúan todas ellas sobre este sistema,

incrementando los niveles sinápticos de dopamina mientras dura su efecto. Los opiáceos aumentan los niveles de dopamina, entre otros mecanismos, eliminando la influencia tónica inhibitoria de las interneuronas GABA-minérgicas sobre las células ricas en dopamina. Los niveles bajos o moderados de alcohol desinhiben directamente las neuronas dopaminérgicas. La nicotina actúa sobre los receptores nicotínicos colinérgicos para despolarizar las neuronas dopaminérgicas. Las anfetaminas liberan dopamina, mientras que la cocaína bloquea la recaptación de dopamina. La fenciclidina y otras sustancias psicomiméticas atenúan las entradas glutamatérgicas activadoras del núcleo *accumbens* que regulan la inhibición GABA-minérgica de las células ricas en dopamina (Self, 2004). En las recompensas naturales, como son comida o el sexo, también se produce una liberación aguda, no continuada, de dopamina. La liberación de dopamina comporta, por otro lado, una plasticidad neuronal que podría sustentar el aprendizaje incentivado y los recuerdos a largo plazo que contribuyen en la dependencia humana y al *craving*. Se está estudiando, actualmente, su base neural utilizando las modernas técnicas moleculares.

Por su parte, Koob y Le Moal (2001) postulan que el consumo de psicoactivos no solo implica cambios en los sustratos neurales del refuerzo positivo, principalmente en los dominios de estrés y respuesta que producen cambios en el sistema motivacional, sino que tales cambios contribuyen a crear un estado o condición alostática que hace que el organismo sea vulnerable a la escalada de angustia y consumo patológico.

Por otro lado, Self (2004) plantea que hay ciertos cambios atribuibles al consumo de psicoactivos en los sistemas corticales y subcorticales implicados en la regulación de esta conducta por parte del núcleo *accumbens* (NA): en estudios humanos, el abuso crónico de sustancias y alcohol se relaciona en diversas regiones, como la corteza prefrontal (CPF), con la hipofrontalidad, y con la depresión crónica en las sinapsis córtico-accumbales en los estudios animales.

Por otro lado, las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral (ATV) muestran respuestas sensibles a las sustancias y a los estímulos ambientales relacionados con ellas en los estudios animales. Se postula que el debilitamiento de la entrada glutamatérgica cortical contribuye a la desinhibición comportamental (impulsividad), mientras que el aumento de la entrada de dopamina facilita el aprendizaje incentivado y las respuestas motivacionales a los estímulos que desencadenan la recaída. En los pacientes con dependencia de sustancias, estos cambios pueden persistir durante el primer mes del período de abstinencia.

Revisaremos brevemente la importancia de la corteza prefrontal (CPF): En la corteza prefrontal, las cortezas cingular anterior<sup>28</sup> y orbital ventral de la corteza prefrontal son requeridas por acontecimientos altamente motivacionales y, a su vez, por los estímulos que pronostican dichos acontecimientos, y también ayudan a determinar si se emite determinada respuesta comportamental y la intensidad relativa de dicha respuesta. En concordancia con la contribución de los aferentes dopaminérgicos, la activación de la corteza prefrontal por parte de los estímulos gratificantes está fuertemente influida por la previsibilidad de la recompensa.

Castellanos (2006), postula que el uso crónico de sustancias de abuso es causante de cambios estructurales y moleculares en la vía ATV – NAc y en otras áreas participantes; además las sustancias de abuso como la cocaína, anfetamina, opiáceos, alcohol y nicotina inducen un cambio plástico (aumento del árbol dendrítico y de las espinas dendríticas) similar a la potenciación a largo plazo en las neuronas dopaminérgicas del ATV, cambio mediado por aumento en la subunidad GluR1 AMPA de receptores de glutamato (Nestler, 2001). Hay que agregar que esas estructuras forman parte de los sistemas de memoria, lo cual ha llevado a considerar que el consumo de psicoactivos incluye un factor de memoria emocional muy importante. Esas mismas áreas también participan en las recompensas naturales, como la comida, los juegos de azar y el sexo.

---

<sup>28</sup>Corteza cingular anterior

### 3.2.4.1 Las sustancias

#### 3.2.4.1.1 La Nicotina

Jiménez Ruiz (2008) plantea que cinco son las vías neurofisiológicas más importantes en la dependencia por la nicotina: dopaminérgica, noradrenérgica, Gabaérgica, glutamatérgicas y la endocannabinoide.

La nicotina ejerce su acción sobre receptores acetilcolinérgicos situados en las membranas de neuronas del área tegmental ventral (ATV) del mesencéfalo. Actúa sobre estos receptores y puede activarlos o bloquearlos de manera más eficiente que la acetilcolina. Los receptores nicotínicos están constituidos por cinco cadenas polipeptídicas, los más numerosos están formados por dos cadenas alfa 4 y tres cadenas beta 2. Desde los cuerpos neuronales situados en el ATV del mesencéfalo se extienden prolongaciones axonales hasta diferentes localizaciones del sistema nervioso central (SNC): las neuronas situadas en el córtex cerebral, las neuronas del núcleo *accumbens* (NA) y aquellas localizadas en el *locus ceruleus* (LC). La vía formada por las conexiones neuronales entre los cuerpos del ATV y el NA es la vía dopaminérgica. Jiménez Ruiz (2008), agrega que la estimulación de los receptores nicotínicos lleva a que se incremente la liberación de dopamina en el NA a través de las prolongaciones axonales de la vía dopaminérgica. Esta respuesta es la causante de la sensación de recompensa que tienen los fumadores cuando utilizan esta sustancia y explica su autoadministración. La vía dopaminérgica es, pues, una de las más importantes vías en el proceso de creación de dependencia por la nicotina.

El NA está formado por un grupo de neuronas interconectadas entre sí, en el que anatómicamente se describen dos partes: el *core* y el *shell*. Cuando un joven comienza a consumir tabaco y fuma sus primeros cigarrillos, la nicotina que inhala estimula los receptores nicotínicos de las neuronas del ATV, ello causa liberación

de dopamina en el *shell*, pero no en el *core* del NA. Esto lleva a que el joven adquiera la conducta de consumir tabaco, aunque todavía no tenga dependencia por la nicotina. Como quiera que el joven, debido a que ha adquirido conducta de fumar, sigue consumiendo tabaco; la nicotina sigue estimulando los receptores de las neuronas del ATV. Y ello lleva a que se libere dopamina tanto en el *shell* como en el *core* del NA. Por otro lado, es de tener en cuenta que la administración de nicotina se asocia a una serie de factores externos, por ejemplo, el olor del humo del tabaco, el sabor y la sensación que el humo causa cuando atraviesa la orofaringe y estimula terminaciones nerviosas situadas en esa zona y los factores medioambientales que normalmente se asocian al consumo del tabaco: relaciones sociales, consumo de bebidas alcohólicas, estrés, etc. Todos estos factores que se asocian con la administración de nicotina sirven, a su vez, para incrementar aún más los niveles de dopamina en el NA. Es más, incluso pueden comportarse como estímulos para el consumo del tabaco. Es decir que, cuando un sujeto dependiente a la nicotina es sometido a estos factores externos, va a tener necesidad de consumir la sustancia. Éste es uno de los mecanismos que explica la producción de recaídas (Jiménez Ruiz, 2008).

Dicen Koob y Le Moal (2001), que la nicotina es un agonista directo en los receptores nicotínicos de la acetilcolina, que se distribuyen ampliamente por todo el cerebro. Los receptores nicotínicos principalmente implicados en las acciones de refuerzo de la nicotina una vez más se localizan en el sistema mesocorticolímbico de la dopamina cerebral. Sin embargo, los antagonistas del péptido pueden interactuar con el síndrome de abstinencia de la nicotina en ratas (Malin et al. 1993, 1994, Watkins et al. 2000). Así, la nicotina puede alterar la función tanto en el sistema de la dopamina mesocorticolímbico y los sistemas de péptidos opioides en el mismo circuito neuronal asociado con otras sustancias de abuso (Corrigall et al. 1992).

Por su otro lado, Souza et al (2004) postulan que el principal componente activo del tabaco es responsable de los efectos fisiológicos y conductuales observados,

vía estimulación del receptor acetilcolina. Algunos de tales receptores se localizan sobre los cuerpos de células dopaminérgicas del área tegmental ventral anterior (TVA) proyectados sobre el núcleo *accumbens*, NA primer sitio identificado en este proceso neuroquímico de la dependencia. Más adelante, se descubrieron otras proyecciones al sistema límbico y áreas de la corteza (amígdala), de importante papel en la expresión emocional, la planeación y el juicio; igualmente implicadas en el sistema dopaminérgico mesencefálico de recompensa, el cual está mediado, además, por noradrenalina y serotonina, siendo la dopamina la más implicada en ello. De ahí que de entre los fármacos empleados para su corrección destaque el bupropión (Anfebutamona 200-450 mg/día), un antidepresivo inhibidor mixto débil de la recaptura de norepinefrina, serotonina y dopamina que no inhibe la recaptura de MAO y que facilita el cese y mantenimiento de la dependencia a largo plazo

#### **3.2.4.1.2 La Cannabis**

Koob (2001) al comentar un estudio en ratas dice que el principal ingrediente psicoactivo de la marihuana, el tetrahidrocannabinol (THC), es considerado una sustancia de abuso y dependencia. Un sitio inicial importante de THC vinculante es el del receptor cannabinoide-1 que se distribuye ampliamente por todo el cerebro, pero se concentra especialmente en el sistema motor extrapiramidal de la rata (Herkenham et al. 1990). La evidencia de graves efectos de refuerzo de THC proviene de estudios de la recompensa de estimulación cerebral, la preferencia por el lugar y la auto-administración por vía intravenosa. Los umbrales de recompensa son disminuidos por la administración de THC en ratas sobre la administración aguda (Gardner et al. 1988; Lepore et al. 1996), y el THC produce también un lugar de preferencia (Lepore et al. 1995). El THC aumenta la dopamina en la cubierta del núcleo *accumbens* similar a la observada en otras de las principales sustancias de abuso. La hipótesis de un sustrato para el refuerzo de los efectos agudos de THC es la activación del sistema de la dopamina mesocorticolímbico (Chen et al.1991), y datos recientes sugieren que el THC

puede aumentar selectivamente la liberación de dopamina en el depósito del núcleo *accumbens* al igual que otras sustancias de abuso (Tanda et al. 1997).

### **3.2.4.1.3 El Alcohol**

Actualmente se sabe que los efectos agudos del etanol están fundamentalmente mediados por su interacción con neurotransmisores aminoácidos (primordialmente en los receptores GABAA y NMDA), así como cambios paralelos en determinadas aminas como la dopamina y la noradrenalina. Las respuestas neuroadaptativas en los receptores de aminoácidos subyacen probablemente en componentes importantes del síndrome de abstinencia, contribuyendo a la muerte neuronal que se encuentra en el alcoholismo crónico. Aunque no están tan bien comprendidas, las propiedades reforzadoras del etanol parecen estar mediadas fundamentalmente por la activación de receptores GABA A, la liberación de péptidos opioides, la interacción con receptores nicotínicos y la liberación indirecta de dopamina (Ayesta, 2002).

Según Souza el etanol produce múltiples efectos farmacológicos sobre el cerebro y se comporta en forma similar a otras sustancias de abuso, en las cuales aumenta la acción dopaminérgica en el NA y cuyo bloqueo de sus efectos — documentado en animales—, reduce el consumo de alcohol. Distintos sistemas de neurotransmisión se encuentran implicados (serotoninérgico, glutamatérgico, Gabaérgico y opioide), de modo que el etanol directamente se liga a, y modula la actividad de varios receptores de tales sistemas (5-HT3, GABAA y N-metil-D-aspartato, NMDA), localizados en el sistema de recompensa, mismos que pueden modular indirectamente la actividad mesolímbica dopaminérgica vía mecanismos de reacción, aumentando la actividad del TVA, por la disminución de la influencia de supresión que las entradas Gabaérgicas ejercen sobre ellos. Además, la función de la dopamina central ha sido implicada como una influencia a la propensión por el consumo etílico, por las implicaciones que tiene sobre el placer.

Estudios de genética humana sugieren la existencia de una asociación entre el consumo etílico, el receptor dopaminérgico D2 y el transportador de dopamina, que podría tener implicaciones importantes para el manejo del problema, porque datos recientes sugieren que el aumento de la densidad de los receptores D2 puede ser un predictor de predisposición frente a la recaída de consumo en estos pacientes. Años atrás, dado que la farmacoterapia sólo disponía de ciertos agentes, la estrategia terapéutica contra el alcoholismo (no reconocido como tal, sino hasta avanzados los años 70), se basó en intervenciones psicosociales y apoyo en grupos de Ayuda Mutua a favor de la abstinencia y contra sus manifestaciones clínicas (*benzodiazepinas* y B-bloqueadores), la prevención de sus complicaciones (anticonvulsivos), o para propiciar experiencias aversivas (*disulfiram*), obteniendo eficacia limitada. Hoy para intentar reducir el consumo se cuenta con dos fármacos: *naltrexona* (antagonista de receptor opioide) y *acamprosato* (análogo estructural del GABA que actúa vía interacción con el receptor NMDA). El uso de acamprosato mejora considerablemente el costo de la abstinencia porque reduce el número de recaídas; y en contraste con la naltrexona, la dificultad para el cumplimiento de su manejo es menor. No obstante, la combinación de mecanismos independientes como *ondansetron* y *naltrexona*, tiende a mostrar aún mejores resultados (Souza et al. 2004).

#### **3.2.4.1.4 Los Opiáceos**

La morfina y codeína, comúnmente usados para el alivio del dolor, tienen intensos efectos eufóricos seguidos de sentimientos de bienestar que pueden conducir a su consumo. La investigación en animales sugiere, que como los demás estimulantes, los opiáceos parecen mediar sus efectos de refuerzo modulando la actividad de la vía mesolímbica, aunque no sea en forma directa. La activación de los receptores opioides *mu* de las neuronas GABA del TVA, desempeña un papel decisivo en la regulación de la actividad de las neuronas dopaminérgicas. Pero los opiáceos también tienen efectos dopamino- independientes dentro del NA, que les



confiere un papel importante en la recompensa opiácea. Debido a ello, el uso de clonidina ha resultado eficaz, especialmente contra el consumo de heroína, aunque también se señala a la naltrexona, con semejantes resultados. (Guerra, 2003). Es necesario señalar que el deseo-necesidad imperioso de consumo y su consecuente conducta de búsqueda de psicotrópicos u otras sustancias, D-NIC, tras su discontinuación/disminución, se identifica en la literatura como *craving*. Condición que exhibe, por una parte, la pérdida del control sobre el consumo inducido por la provocación psíquica (basta un solo recuerdo), y se asemeja en su mecanismo, a la abstinencia alcohólica, en el cual se involucran distintos neurotransmisores. La presencia de D-NIC explica la condición fisiológica de la dependencia, la que junto con el fenómeno de tolerancia, son el sustrato fisiológico del síndrome de abstinencia, (Marlatt y Barret, 1994) si bien conviene enfatizar que el D-NIC se encuentra inseparablemente unido a otros elementos psicosociales —a menudo no reconocidos o bien desdeñados incluso por el personal de salud—, como las expectativas acerca del consumo y su motivación, antecedentes de experiencias tóxicas previas y de alta significación individual, dosis utilizada de cada episodio, tipo de efecto alcanzado, etc. Siendo el D-NIC responsable de los cuadros clínicos en la dosis utilizada de cada episodio, tipo de efecto alcanzado, su adecuado manejo es determinante para la adherencia requerida en el manejo del abuso de psicoactivos: desde el consumidor episódico o experimental, hasta el poli-consumidor consuetudinario, por considerarse el factor central del abandono terapéutico. En la dependencia, los pensamientos, sentimientos y conductas que se presentan durante un periodo de abstinencia típico, pueden causar, por su naturaleza e intensidad, la desmotivación del paciente ante la frustración que le representa el manejo —necesariamente confrontante— lo que espera de él. En consecuencia, es factible que reincida, dado el poder que éste ejerce sobre su persona, incluso después de varios años de haber dominado —aparentemente— la abstinencia. D-NIC significa, en términos clínicos, un problema difícil para las personas que intentan controlar su consumo y restituir o iniciar, por vez primera, su proyecto de vida. De ahí su enorme importancia pronóstica (Souza et al. 2004).

### **3.2.4.1.5 Los Estimulantes**

La cocaína, anfetaminas y metanfetaminas, son eficaces euforizantes que potencian la acción dopaminérgica del sistema mesolímbico, inhibiendo la respuesta de producción de nueva dopamina en las terminales nerviosas, vía el transportador de dopamina. La imagenología ha comprobado que las regiones subcorticales a lo largo de la amígdala se activan, tanto por la infusión de cocaína como en respuesta a su privación. De igual modo, la tomografía por emisión de positrones y otras técnicas de imagenología, corroboran el reforzamiento de los efectos de los estimulantes, gracias al incremento de la concentración de dopamina límbica, debido al bloqueo del transportador de dopamina y la ocupación de los receptores dopaminérgicos D2. El uso crónico de estimulantes produce cambios a largo plazo en la función del transportador de dopamina y en los niveles del receptor D2, que pueden contribuir al consumo posterior de estimulantes. El papel crítico para los subtipos de receptor selectivos de dopamina (receptores de D1) en la autoadministración y en la respuesta experimental condicionada a cocaína, sugiere que agentes como el bupropión, dirigidos a este receptor, pueden ser eficaces (Souza et al. 2004).

### **3.3. Bases psicológicas del consumo de psicoactivos**

El proceso de inicio del consumo de psicoactivos es un proceso complejo que pasa por una etapa previa o de predisposición, y puede seguir una de conocimiento, una de experimentación e inicio del consumo de sustancias, una de consolidación, de dependencia, y de abandono o mantenimiento y una final de recaída. En la fase previa o de predisposición hay toda una serie de factores que incrementan o disminuyen la probabilidad del consumo de psicoactivos. Pueden ser de tipo biológico, psicológico y sociocultural. En la etapa de conocimiento de la sustancia, su contacto y su conocimiento van a depender de la disponibilidad, del interés por ella, del efecto que se cree que produce o expectativa, y de si los

amigos o los propios familiares motivan a un individuo a su consumo. La fase de conocimiento puede llevar a la experimentación e inicio del consumo de distintas sustancias, o bien el sujeto puede seguir sin consumir nada (Becoña, 2007).

Hoy día sabemos que: a) hay personas que tienen una mayor predisposición biológica que otras para el consumo de psicoactivos (ya sea por causas genéticas, biológicas o constitucionales); b) la predisposición biológica no implica causalidad, aunque si se prueba una o más sustancias psicoactivas aumenta claramente la probabilidad en los individuos predispuestos a que continúen con el consumo, tanto por los procesos biológicos de la sustancia como por los de reforzamiento debidos al consumo; c) hay receptores cerebrales específicos para las sustancias psicoactivas, y diferentes procesos fisiológicos que facilitan que cualquier individuo que las use tenga cierto riesgo de llegar a la dependencia; d) hay múltiples factores que hacen que en unos casos predomine el peso de lo biológico en el individuo, en otros el psicológico, en otros el social, y en algunos casos una combinación de ambos, tanto para el inicio, el mantenimiento como para la escalada en el consumo, como igualmente para el abandono de la sustancia; y e) todas las sustancias psicoactivas de abuso tienen la capacidad de alterar la estructura cerebral y el modo del aprendizaje de los individuos cuando las ingieren (Becoña, 2007).

Las sustancias psicoactivas son potentes reforzadores para los individuos. Desde el punto de vista del comportamiento, el consumo de psicoactivos está regulado por sus consecuencias inmediatas. Su elevada capacidad de repetición es el resultado del premio inherente a la conducta. El premio puede ser placentero por sí mismo (reforzamiento positivo) o por evitar la presencia de un estímulo aversivo (el síndrome de abstinencia, que siendo aversivo se evita consumiendo: reforzamiento negativo).

No hay que olvidar que, una vez consumida una sustancia de abuso, se produce casi instantáneamente un efecto placentero en el área cerebral correspondiente, lo

cual oscilara desde pocos segundos a minutos para lograr su efecto. Esto convierte a las sustancias psicoactivas en reforzantes, asociadas a múltiples indicios ambientales e internos, y el continuo refuerzo a lo largo de meses o años, con la repetición de esa conducta a lo largo del tiempo, y en diversas y variadas situaciones, hace que su generalización sea amplia, convirtiéndose en un hábito, o bien, después de un largo proceso, en una dependencia.

Para algunos investigadores, en el caso de la predisposición biológica, la genética explicaría un porcentaje muy bajo de los casos de dependencia (Cadoret, Yates y Devor, 1997); otros estudios se centraron fundamentalmente en el caso del alcohol (Goodwin, 1985; Miller, 1997). El ámbito socio-cultural es un factor determinante para explicar la predisposición hacia el consumo de determinadas sustancias (Westermeyer, 1996). En nuestra sociedad el consumo de alcohol es un elemento de nuestra cultura, múltiples fiestas alrededor del vino y toda celebración con una copa de alcohol, por lo que el consumo está normalizado y hay una predisposición hacia el mismo (López y Becoña, 2009).

En la fase de conocimiento de la sustancia, los factores relevantes son el ambiente en donde se desarrolla el individuo, el aprendizaje, la socialización que se realiza a través de la familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación, y las expectativas, tanto las existentes hacia el consumo de psicoactivos como hacia uno mismo, también denominado por Bandura (1995) como auto eficacia percibida. La socialización es un proceso fundamental en la vida del individuo, ya que facilita el aprendizaje de actitudes, creencias, valores, roles y expectativas de su sociedad. Aunque la socialización se produce durante toda la vida, el periodo clave es hasta la adolescencia (Craig, 1996), teniendo especial relevancia en esta edad los pares y la familia como elemento determinante a la hora de elegirlos (Kandel, 1996).

En la fase de experimentación con la sustancia e inicio del consumo, las variables que determinan que se produzca o no el consumo de sustancias son toda una

serie de factores de riesgo que influyen en el desarrollo (de tipo constitucional, familiar, emocional, interpersonal, intelectual, ecológico y acontecimientos vitales que generan estrés) (Coie, Watt, West, Hawkins, Asarnov, Markman et al., 1993). En relación a la disponibilidad, accesibilidad y precio de la sustancia, y la percepción de riesgo sobre la misma, los estudios que analizan los consumos en población general, señalan que el incremento en el consumo está acompañado de una disminución del riesgo percibido sobre la sustancia (Chatlos, 1996), junto al acceso a la misma y al bajo precio; es decir, si una sustancia es accesible, tiene bajo costo y existe la percepción que genera un bajo riesgo entonces habrá un mayor índice de consumo de dicha sustancia.

Otros factores determinantes son las creencias, actitudes, las normas interiorizadas, los valores y la intención conductual. Al mismo tiempo estos factores están determinados por el proceso de socialización en el que familia, iguales, escuela y medios de comunicación tienen un papel fundamental. Por último, el estado emocional, la presencia o no de problemas psicopatológicos (Chatlos, 1996), y la existencia de habilidades de afrontamiento adecuadas para las distintas situaciones a las que debemos enfrentarnos, son también factores importantes para explicar el inicio en el consumo.

## Personalidad

La vinculación entre las características de la personalidad y las llamadas "conductas adictivas" ha sido uno de los grandes temas en el estudio de los trastornos del consumo de sustancias. A partir de los 40's se propuso lo que se conoció como "personalidad alcohólica". Dentro de la tradición psicoanalítica imperante en aquel momento, se propuso el concepto de "farmacotimia" como un rasgo de carácter estrechamente asociado al consumo de sustancias psicoactivas y causado por un trastorno narcisista de la personalidad<sup>29</sup>. Dentro de la misma

---

<sup>29</sup> Según la cuarta edición del DSM-IV el trastorno narcisista de la personalidad es caracterizado por un patrón generalizado de grandiosidad (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y

línea, se relacionó el alcoholismo con dificultades psíquicas de origen sexual, y fue seguido por toda una serie de autores que igualmente entendieron que la estructura peculiar de personalidad que posee la persona alcohólica era la causa última de su trastorno. Posteriormente, otros enfoques psicoanalíticos entendieron las conductas de consumo de sustancias como el resultado de dinámicas psíquicas inconscientes, como la teoría del “*drive*” de Leon Wurmser (1997), la teoría de las relaciones objetales de Henry Krystal (1977), la psicología del “*self*” de Edward Khantzian (1999) y la teoría del trastorno psicósomático de Joyce McDougall (1991).

Posteriormente, la lógica psicoanalítica como marco de explicación de las alteraciones del comportamiento fue dejando paso a orientaciones más rigurosas y más cercanas a los métodos habituales de la investigación científica, comenzando a estudiar desde esta perspectiva la relación existente entre aspectos psíquicos propios del consumidor de sustancias y su conducta de consumo. Este nuevo énfasis en el rigor puso de manifiesto ciertos problemas metodológicos que han de

---

carencia de empatía, con un comienzo en la adultez temprana y presente en una variedad de contextos, indicado por cinco (o más) de los siguientes criterios:

1. Tiene un sentido grandioso de su propia importancia
2. Le absorben fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza, o amor ideal
3. Se considera especial y único, y sólo puede ser comprendido, y sólo debería asociarse con otras personas especiales o de alto estatus personal o institucional.
4. Requiere excesiva admiración (Es un síntoma que denota una baja autoestima y una gran preocupación por hacer bien el trabajo y por cómo son vistos por los demás).
5. Tiene un gran sentido de sus propios derechos. Piensa que se le debe todo. Tiene un sentido de "categoría" con irrazonables expectativas de un trato especialmente favorable o de una aceptación automática de sus deseos.
6. En sus relaciones interpersonales es explotador. Se aprovecha de los demás para conseguir sus propios fines (esperan que se les dé todo lo que deseen, sin importar lo que ello suponga para los demás, y pueden asumir que los demás están totalmente interesados en su bienestar).
7. Carece de empatía y es reacio a reconocer o identificar las necesidades y sentimientos de los demás.
8. Es frecuentemente envidioso de los demás o cree que los demás le tienen envidia (pueden llegar a devaluar a personas que hayan recibido una felicitación al pensar que ellos son más merecedores de la misma).
9. Muestra actitudes y comportamientos arrogantes y altivos o prepotentes.

ser tenidos en cuenta cuando se estudia la relación entre personalidad y uso de psicoactivos. Básicamente serían los siguientes:

El hallazgo de una asociación entre rasgos de personalidad y uso de psicoactivos no prueba de ninguna manera el papel causal que el rasgo de personalidad haya podido tener sobre tal trastorno. La gran mayoría de los estudios que se han interesado por este tema han utilizado una metodología meramente retrospectiva y correlacional, estudiando la covariación existente entre estos dos fenómenos. Por lo tanto, este tipo de estudios no nos permite conocer si tales características de la personalidad del consumidor, son previas, concomitantes o posteriores al trastorno, es decir, si son causa o efecto del mismo.

El rigor y la potencia de las investigaciones en este campo se ven afectados por el carácter difuso de los aspectos de la personalidad que se quieren poner en relación con el consumo de sustancias. Conviene no olvidar que los rasgos de personalidad no gozan de la solidez de otros asuntos investigados en la psicología.

Tanto, psiquiatras como psicólogos coinciden en que no existe un tipo particular de personalidad que predisponga al consumo de psicoactivos, sin embargo existen ciertas características de la personalidad que aparecen recurrentemente entre los consumidores de psicoactivos tales como:

- a) Inconformismo social
- b) Baja motivación para el rendimiento académico
- c) Independencia
- d) Rebeldía
- e) Tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas e intensas
- f) Tolerancia a la desviación
- g) Tendencias antisociales (agresividad o delincuencia)

En general se cree que son individuos con problemas de socialización, bajo umbral para el fracaso, la frustración y el dolor, que buscan la satisfacción inmediata, y tienen pocas habilidades para enfrentar los problemas de la vida diaria, es decir personas con un bajo autocontrol, y baja autoestima, según Beck (1986).



## 4. El ámbito hospitalario

### 4.1 Análisis del espacio.

El lugar donde se realizó el trabajo de campo fue en una Unidad de Atención Psiquiátrica pública en México.

Esta Unidad de Atención Psiquiátrica se ubica en una vieja casona de inicios del siglo XX. Es una casa de dos pisos y sótano, que perteneció a un famoso general y torero, y que antes de su función actual fue una clínica de rehabilitación para alcohólicos.

#### 4.1.1 La estructura física

La casa, actual Unidad de Atención Psiquiátrica, está pintada de color blanco. Su fachada es propia de las construcción de principios del siglo XX, de clara influencia francesa, con columnas labradas y adornos estilo barroco, ventanas y puertas de madera, todo esto sobre unos cimientos visibles de piedra negra. Una vez que se rebasa la puerta se encuentra uno con un pasillo por el que se accede a la Unidad. Rodeando la casa hay un patio que tiene unas escaleras que llevan a la puerta de entrada, a los lados algunos árboles, unos plantados en el suelo y otros en grandes macetas de barro, todos son *ficus (ficus benjamina, L.)*, y son pequeños. En el lado sur de la construcción se ubica el estacionamiento. Entre la casa propiamente dicha y la calle hay un enrejado metálico que delimita la Unidad de Atención Psiquiátrica. Este último detalle nos permite darnos cuenta de una de las características de todas las *instituciones totales*<sup>30</sup>, las cuales crean un espacio

---

<sup>30</sup> “Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Las cárceles sirven como ejemplo notorio, pero ha de advertirse que el mismo carácter intrínseco de prisión tienen otras instituciones, cuyos miembros no han

de separación física entre los miembros de estas instituciones y las demás personas que forman el resto de la sociedad: cárceles, psiquiátricos, cuarteles militares, asilos, etc. todos siguen esta disposición, aislando a los integrantes físicamente a través de grandes muros, mallas, bardas, etc., del resto de la sociedad (Goffman, 2001).

Estando en el patio frontal, las escaleras dan acceso a la entrada de la Unidad propiamente dicha. Ahí uno de los policías auxiliares vigila la entrada; y al lado contrario, a un costado de las escaleras se encuentra una de las puertas de entrada al sótano. Todas las puertas de la Unidad son de madera, en concordancia con el estilo tradicional de la construcción.

En la planta baja, entrando al lado izquierdo, se encuentra la Dirección, e inmediatamente, del mismo lado se localiza el Auditorio; en frente de la Dirección está el Modulo de Información, el Departamento de Recursos Humanos y el área de Estadística, a su lado el área de Informática y más adelante la Sección de Enfermería (donde se encuentra un área llamada “Recepción de Enfermería”, la oficina de la jefa de enfermeras y un consultorio donde le toman el peso y la talla a los pacientes y se realizan otros procedimientos clínicos). En el mismo lado del pasillo, y al lado de esta sección se localiza la Caja (el lugar donde pagan la consulta), justo después de ésta inician los consultorios de los psiquiatras (siete en total) y uno de psicología. Justo enfrente y a un lado del Auditorio están los sanitarios del personal de salud mental. Entre los sanitarios y los consultorios hay una puerta que da acceso a un patio en una parte más baja, la continuación de la Unidad, hay en este lugar sanitarios para los pacientes, para el personal y en medio un patio; rodeando el patio hay un consultorio de psiquiatría, luego la Farmacia, un área que era ocupada por el Centro de Salud Mental Comunitaria, luego la oficina del Sindicato, otro consultorio -pero éste de psicología- al lado, el

---

quebrantado ninguna ley. Este libro se refiere a las instituciones totales en general, y a un caso particular de ellas: los hospitales psiquiátricos” (Goffman, 2001).

comedor, luego unas aulas y al lado de éstas el Centro de Día, este es un espacio amplio (de unos 3 x 6m), en comparación con el tamaño de los demás espacios, donde se ofrece terapia grupal por parte de un psiquiatra, un psicólogo y una enfermera. Después hay una puerta que da acceso al estacionamiento y a un área donde están algunos tinacos. Del otro lado de la puerta está la segunda entrada al sótano. Entre los sanitarios de esta parte hay una escalera que comunica con el primer piso y con otra área que es destinada a funciones administrativas, ubicada en otro edificio de creación más reciente que la antigua casona, pero anexo a esta. La otra escalera que comunica la planta baja con el primer piso está al lado derecho de la entrada principal, es una bonita escalera en abanico, también de madera; en el techo hay un pequeño candelabro, pero según nos han contado había uno mucho mayor, bonito y de mejor calidad, que extrañamente desapareció durante una administración anterior.

En el primer piso, entrando al lado derecho de las escaleras se localiza la Jefatura de Psicología, luego un Módulo de Enfermería, al lado de este el Archivo Clínico. Después dos consultorios, unos baños para el personal, luego otra área de computo, y al lado de ésta, la Jefatura de Enseñanza. En frente del Archivo hay un pasillo que da al área de Psicología y Trabajo Social. Son alrededor de 9 consultorios ubicados en el primer piso.

Como ya habíamos señalado, hay un área anexa de funciones administrativas, a la cual se puede acceder por una escalera desde el área del Centro de Día, o también desde el primer piso por una escalera que al bajar se une a la primera, la segunda está muy cerca de la Jefatura de Enseñanza. En esta área se localiza la oficina del administrador de la Unidad, también la del contador y un área nueva que están terminando para descanso y ejercicio del personal, y más adelante se encuentran las nuevas oficinas del Centro de Salud Mental Comunitaria.

En general, la mayoría de los consultorios de los psiquiatras, psicólogos y trabajadoras sociales son muy pequeños (de unos 2 x 2.5 m.), aunque hay

algunas excepciones. La Dirección está conformada por una recepción, una oficina anexa y la oficina del Director, que es bastante amplia (de unos 6 x 4m). El Auditorio, pese a no ser muy grande (de unos 10 x 4m) está bien equipado y se utiliza para las sesiones clínicas, reuniones, e incluso festejos. La oficina de la Jefatura de Enseñanza es de las más grandes y con mejor vista hacia el exterior. El Comedor es pequeño (de unos 3 x 5m), pero bastante funcional. El sótano es un área muy grande (de unos 4 x 12m), pero inutilizable hasta el momento, ahora se encuentra en remodelación. Así termina toda la estructura física de la Unidad. Hay que señalar que son más de 50 espacios ocupados, como ya vimos, por oficinas, consultorios, etc. Pero es importante señalar que este sitio era una antigua casa, aunque tenga anexos y adaptaciones, convirtiéndose para quienes lo habitan en un lugar muy saturado y poco apropiado para las funciones que aquí se realizan; en determinados horarios es aún más evidente esta saturación, no sólo de los espacios, sino sobre todo por la gran cantidad de pacientes que confluyen en ellos. Las deficiencias en espacios, infraestructura, y funcionalidad en la arquitectura hospitalaria en materia de salud mental son una constante en el país, y como señala el arquitecto Julio César García (2012), pueden generar un ambiente de violencia, estrés y agresión.

#### **4.1.2 El médico y su entorno**

Los médicos, como la mayoría del personal de salud mental, que laboran en esta Unidad de Atención Psiquiátrica tienen que realizar sus actividades en espacios pequeños, limitados y estrechos, como ya lo hemos mencionado antes. Estar ocho horas o más en esos pequeños consultorios, de 2 x 2m, con paredes blancas y techos muy altos, y en muchas ocasiones sin ventanas da una sensación de opresión y de enclaustramiento. Algunos han llevado cuadros, fotografías o pequeños objetos personales para darle un aspecto de mayor confort a esos diminutos espacios donde pasan muchas horas laborando.

Veamos lo que comenta al respecto uno de los psiquiatras:

“La gente aquí intenta convertir estos pequeños e inadecuados espacios en un lugar más cercano, darle un toque de familiaridad... sino mira el consultorio de este compañero...ha traído sus fotos, sus mantas, sus pancartas... es bien raro... O ve el consultorio de la Dra. (X)... fotos, cuadros, perchero – no sé para qué – muñecas, regalos, diplomas, etc. es como si quisieran traerse la casa al trabajo... además te cuento del Dr. (Z) que trabajaba aquí, ese si estaba mal: tenía un carro de esos viejísimos, una verdadera chatarra, parecía una casa rodante, tenía ropa, comida, todo lo cargaba en ese carro”.<sup>31</sup>

Otros espacios más amplios, como el patio que está en el área del Centro de Día, y el Auditorio son empleados para reuniones y comidas. El Auditorio, además de lo ya mencionado es el lugar donde se realizan las sesiones clínicas, reuniones, cursos, etc.

En general, los pisos de mármol blanco, y las paredes blancas de toda la Unidad le dan un aspecto frío, poco acogedor. Además hay pocas ventanas y solo unos cuantos árboles en la entrada. Otro elemento que debemos considerar es la presencia de constantes trabajos de remodelación, que producen ruidos molestos, llenan de polvo toda la Unidad, o cierran temporalmente algunos espacios.

Para muchos de los psiquiatras el ruido producido por los trabajos de remodelación no es la única molestia auditiva sino también el ruido que es generado por los propios pacientes y sus acompañantes (muchas veces los pacientes llegan acompañados por sus hijos pequeños que corren, ríen, gritan, juegan y lloran en los pasillos de la Unidad).

---

<sup>31</sup> Registro de las notas de campo 4/02/2011

Lo que comentan los psiquiatras fue corroborado en el trabajo de campo, de que fue cambiado el piso del estacionamiento; además se cambió el módulo de información por uno nuevo; se hacen trabajos de rehabilitación del sótano; se adaptó una nueva oficina para la recepción de los pacientes del área de enfermería; se cambió el piso en el acceso de la Jefatura de Enseñanza; se construye un área para que descansen o se ejercite el personal de salud mental, etc. Y todo esto con las consabidas molestas: ruido, polvo, cierre temporal de espacios.

Veamos lo que comenta sobre el tema otro de los psiquiatras:

Hacen mucho ruido... no dejan trabajar y tampoco pueden trabajar a gusto ellos (refiriéndose a los empleados que hacen trabajos de mantenimiento)... hacen cada cosa, a veces funciona a veces no funciona, ahora están remodelando el sótano... pretenden reubicar ahí a algunos de los administrativos, pero luego cuando llueve se inunda todo... siempre están haciendo trabajos de mantenimiento, nunca hay calma, nunca hay paz se supone que estamos en una unidad de salud mental y el personal es el primero que debería tener salud mental, sino como atenderemos a nuestros pacientes si estamos *relocotes*...<sup>32</sup>

Los factores antes señalados: saturación de espacios, estructura física inadecuada, gran confluencia de pacientes, consultorios estrechos y sin ventilación, ruidos externos producto de los trabajos de remodelación y de los niños que gritan etc. generan situaciones estresantes entre el personal de salud, haciendo un ambiente poco agradable para ejercer sus funciones. Baum, Singer & Baum (1982) consideran que el estrés es un proceso mediante el cual los eventos

---

<sup>32</sup> Registro de las notas de campo 10/06/2011

ambientales o fuerzas, llamadas *estresores*, amenazan la existencia de un organismo y su bienestar, a través del cual el organismo responde a la amenaza. La reacción de estrés, que conlleva generalmente síntomas como miedo, ansiedad o enojo, es solamente una parte de los mecanismos más complejos que se presentan en la percepción de la amenaza, afrontamiento y adaptación.

El proceso de adaptación a los *estresores* es una actividad cotidiana, en algunos casos los cambios son menores y es posible adaptarse a ellos incluso sin conciencia; sin embargo, en otras ocasiones, los cambios pueden ser severos y claramente amenazadores (Mejía, 2011).

Veamos lo que dice otro de los miembros del equipo de salud mental:

Mira este espacio, este consultorio de 2 por 2 con ese techo tan alto, con luz artificial... es deprimente... y yo me la paso aquí toda mi jornada laboral, solo salgo para ir a almorzar, pues tengo paciente sobre paciente... He traído unas fotos, unos recortes de periódico, unas pinturas para que este lugar sea menos agresivo y árido... y luego no quieren que nosotros mismos estemos estresados... este no es un lugar adecuado para atender problemas de salud mental...<sup>33</sup>

Por otro lado, para darnos cuenta de los efectos del hacinamiento y la saturación de espacios podemos recordar que en el ámbito de la investigación con animales, en 1962, en un número de *Scientific American*, John B. Calhoun presentó los resultados de una serie de experimentos que llevó a cabo en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América (Calhoun, 1962). Colocó a varias ratas de laboratorio en un entorno en el que, protegidas de enfermedades y predadores, y provistas de agua, comida y cobijo, se reprodujeron rápidamente. Lo

---

<sup>33</sup> Registro de las notas de campo. 24/06/2011

único que les faltaba era espacio, problema que se fue agudizando a medida que se fue superpoblando. La frecuencia de los contactos sociales no deseados aumentó, produciendo un incremento del estrés y las agresiones. Según los trabajos del fisiólogo Hans Selye, el sistema adrenal ofrecía la solución dicotómica tradicional: luchar o huir, aunque en el caso del experimento de Calhoun, en ese entorno cerrado la huida era imposible. La violencia aumentó rápidamente hasta quedar fuera de control, después siguieron el canibalismo y el infanticidio. Los machos se volvieron hipersexuales, pansexuales y, con frecuencia creciente, homosexuales. Calhoun llamó a esta vorágine “hundimiento conductual”. La población se redujo, acercándose a la extinción. Al final de los experimentos, los pocos animales que quedaban habían sobrevivido con un inmenso costo psicológico: sin actividad sexual y totalmente retraídos se apiñaban en una masa sin ocupación. Incluso después de reintroducirlos en comunidades normales de roedores, estos animales “socialmente autistas” permanecían aislados hasta la muerte (Calhoun, 1962; Ramsden 2009).

## **El espacio sobrenatural**

Durante el trabajo de campo, al charlar con los miembros del equipo de salud mental ha salido el tema de las apariciones y presencia de sombras extrañas o algunos eventos inexplicables. Es recurrente la mención de las apariciones del Torero, antiguo dueño de la casa. Algunos dicen que repentinamente sin razón aparente se cae un bote de basura, se prende o se apaga una lámpara; o incluso que han visto en la tarde o noche deambular por la Unidad al espectro de una psicóloga, que trabajo aquí y que se suicidó. También se mencionan eventos anecdóticos que han pasado algunos de los vigilantes durante la noche como: la presencia de ruidos, caída de objetos, e incluso ver aparecidos en cualquier espacio de la Unidad de salud mental. Es como si la conciencia colectiva dotara a



este espacio de unas ciertas características reales y al mismo tiempo estuviera permanente habitado por ciertas entidades sobrenaturales.

Este último apartado nos permite ver como este espacio de trabajo, de curación, de encuentros es conceptualizado por quienes aquí laboran como un espacio total, un espacio donde se dan consultas, alianzas y roces entre el personal de salud, donde, al mismo tiempo, el espacio real convive con el espacio sobrenatural. También se piensa este espacio como un lugar donde ocurren cosas buenas, malas, conflictivas, eventos sobrenaturales; como si en este pequeño espacio confluyera todo.

## **4.2 Análisis de las relaciones interpersonales**

### **4.2.1. El médico y el personal de salud mental**

En esta Unidad se cuenta con los siguientes profesionales de la salud mental: médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras, apoyados en las funciones administrativas por otros profesionistas tales como: administradores, contadores, ingenieros en informática, químicos, secretarías, archivistas etc. y por último está la gente de mantenimiento, intendencia y los encargados de vigilancia, estas dos últimas figuras no forman parte del personal adscrito a la Unidad de Atención sino que son contratados por algunas empresas privadas a las que se les solicita el servicio.

Veamos lo que dice uno de los psiquiatras:

“Aquí los salarios son muy bajos, por ejemplo los de vigilancia, los polis que cuidan la unidad, son contratados a través de una empresa privada, no están en la nómina del personal de la Unidad. Los pobres ganan el salario mínimo...”<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Registro de las notas del diario de campo. Entrevista 4 /febrero/2011

En términos de lo observado en el trabajo de campo y del análisis de las entrevistas realizadas podemos establecer que las relaciones entre el personal al interior de la Unidad son conflictivas, como en cualquier otro centro laboral, pero además hay que tomar en cuenta la singularidad del tipo de paciente que es tratado aquí: el paciente psiquiátrico.

Aunque en esta Unidad de Atención Psiquiátrica hay más psicólogos y trabajadoras sociales que psiquiatras, el poder y privilegios recaen sobre estos últimos, lo que frecuentemente genera roces entre el resto del personal. Para empezar, hay un mayor reconocimiento social hacia los médicos y sobre todo hacia aquellos que tienen una especialidad, en este caso psiquiatría; además con una especialidad se incrementa su nivel y su sueldo, el argumento para dicha diferencia de salario es muy simple: los años de formación académica. En México para ser médico se requieren al menos 7 años de formación académica, de los cuales son 5 años en la escuela o facultad, uno más de internado médico de pregrado y para terminar un año más de servicio social. Ahora bien, en cuanto a la especialidad, hoy día el programa de la especialidad en psiquiatría es de 4 años, desde 1996, aunque antes era de 3 años. De tal forma que para ser psiquiatra se requirieron de 10 a 11 años de formación profesional, en tanto que para ser psicólogo es suficiente cumplir con un programa de 4 años, igual que la mayoría de las licenciaturas. Hay psiquiatras que además tienen una subespecialidad, por ejemplo, en *paidopsiquiatría*<sup>35</sup>, *neuropsiquiatría*, *psiquiatría geriátrica* y *psiquiatría legal*, lo que implica otros dos años más de formación profesional. Pero esta especialización no es exclusiva de los psiquiatras, también psicólogos y trabajadoras sociales tienen especialidad.

Hay un doble discurso de los psiquiatras; por un lado uno que muestra que ellos son algo así como la *quintaesencia* de la medicina, la unión de lo estrictamente

---

<sup>35</sup> Subespecialidad en psiquiatría infantil

médico y lo social, que descalifica a otros profesionistas e incluso a médicos de otras especialidades; y por otro lado un discurso más bien sensato y un tanto pesimista, en el que asumen que no son del todo aceptados por sus colegas médicos, de ahí que se les caracterice por algunos de los médicos entrevistados por tener personalidades histriónicas y en quienes recae una mayor incidencia de problemas de salud mental; incluso alguno de ellos señala que en el fondo, esa supuesta superioridad de los psiquiatras no es sino un mecanismo de defensa para ocultar la falta de reconocimiento del gremio.

Por otro lado, hay una clara diferencia entre el personal de salud mental, estrictamente hablando (psiquiatras, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales) y el demás personal administrativo. Uno de los ámbitos donde se muestra con claridad esta diferencia es en las sesiones clínicas, donde el personal administrativo no es requerido.

La propia percepción de muchos de los miembros del equipo de salud es que las relaciones interpersonales, son conflictivas y desgastantes.

Que sean así cordiales al cien por ciento, pues la verdad es que tristemente no ... pero de que si hay roces, conflictos, intrigas y cosas de esas... desgraciadamente si las hay, a lo mejor, digo, no será de todos pero con unos cuantos, pues, con eso es suficiente para que todo lo demás te desespere, de hecho pues yo he sido víctima de las intrigas de algunos compañeritos por ahí...y no nada más yo, si no desgraciadamente, otros antes que yo y otros después que yo también han sido víctimas de esa clase de intrigas... pero bueno, aquí lo único que me queda es, simplemente... pues no hacer caso... pues mejor hacer lo que... tu criterio te dicte y punto, y una forma, un mecanismo de aislarse en un momento dado de esos roces, de esas agresiones, pues yo estoy aquí en mi área... casi no salgo... unos lo toman a mal porque dicen que soy muy payaso que no convivo, otros lo entienden porque pues saben que la convivencia ya está... pues, a veces, deja mucho que desear...entonces pues yo me aísto, además realmente no me queda otra más que estar aquí porque la carga de trabajo... a veces estoy con casa llena y realmente no da tiempo ni de ir al baño siquiera...<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Entrevista 2 a Médico Psiquiatra (3/febrero/2011)

Los roces, los conflictos, son lo más frecuente, a veces entre los diferentes gremios que conforman el equipo del personal de salud mental, otras veces ocurren al interior del propio gremio.

Yo considero que, aquí, las relaciones entre el personal son conflictivas, son conflictivas en su mayoría... no son cordiales uno trata de manejar las cosas lo más o menos llevaderas, pero siempre resulta conflictivo... conflictos, pues hay muchas divisiones, se forman grupos... y pues se provocan de alguna manera ese tipo de comunicación, información conflictiva. Y eso de alguna forma repercute en el estrés, aunque yo creo que son varios factores que influyen para que se genere el estrés, porque no solamente una cosa, es decir el trabajo con los pacientes para mí es muy gratificante, me gusta el trabajo y yo tiendo mucho a darles el mayor tiempo posible y me gusta el trabajo, pero no por eso deja de estresarme, aunque me guste no deja de estresarme, pero también, por otro lado, factores como grillas... problemas entre las personas de áreas por ejemplo, de servicios que de repente no nos ponemos acuerdo con el... digamos el área de servicio social, trabajo social o psicología no está de acuerdo conmigo o que, vamos personal administrativo no siempre salimos de acuerdo y se generan conflictos en ese sentido, o sea, no hay un trabajo coordinado realmente donde todos los servicios conjuntamente trabajemos a la par, entonces se generan, si se generan conflictos.<sup>37</sup>

Por otro lado, una minoría de los médicos que aquí laboran perciben las relaciones interpersonales como cordiales y estables. Veamos lo que dice uno de los psiquiatras.

La mayor parte de la gente que trabajamos aquí, excepto 3 o 4, ya son una... es como una familia, la mayor parte tenemos muchos años trabajando aquí y eso nos lleva a tener, obviamente como toda familia, pues algunos problemillas por ahí, algunos malos entendidos pero en general la relación es estable, creo que la inestabilidad, la problemática mayor en esta ocasión es con las autoridades; pero volviendo al tema de las relaciones interpersonales... así como nos podemos agredir en un momento dado por algún una situación, un mal entendido, entonces no podemos ser tan cordiales como siempre y tú lo has visto las ocasiones que nos hemos reunido para una actividad, algún festejo de fin de año, el aniversario, pues es un grupo muy

---

<sup>37</sup> Entrevista 4 (23/marzo/2011)

compacto, muy cordial, con sus excepciones, pero son extremadamente raras... dentro de los compañeros hay mucha cordialidad, hay muy buena empatía con la mayoría, yo diría que el 90% o más tenemos una muy buena relación, ya nos conocemos muy bien “no” después de 27 años de estar aquí ya sabemos quién es quien, como podemos platicar, que tema no debemos de tocar, que situaciones debemos de manejar con calma y pues ya nos conocemos mucho, muy íntimamente y no solamente dentro de la buena relación que existe laboral si no ya externamente también, tenemos relaciones sociales... entonces voy a calificar como muy buena la actividad dentro del personal de aquí de la unidad....<sup>38</sup>

### **4.3. El poder psiquiátrico**

#### **4.3.1 La cultura psiquiátrica**

En este apartado mostraremos los elementos más importantes de la cultura psiquiátrica. Desde la antropología se le han dado múltiples sentidos a la palabra cultura, nosotros en este caso retomaremos la propuesta de Clifford Geertz (1990) quien señala que su concepto de cultura es esencialmente semiótico: Creyendo con Max Weber que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que el mismo ha tejido, considero que la cultura son esas redes y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes sino una ciencia interpretativa en busca de significado (Geertz 1990). Esta propuesta permite estudiar la versatilidad propia del comportamiento humano, del hombre como constructor de realidades, que en muchos sentidos son compartidas y que éstas solo se pueden explicar con los referentes propios de los procesos de aprendizaje y en los contextos de las circunstancias en que se construyen. Así, retomamos esta propuesta dinámica de la cultura para poder entender sus complejos mecanismos.

---

<sup>38</sup> Entrevista 1 (11/marzo/2011)

Si bien, no podemos hablar, estrictamente, de una cultura psiquiátrica, podemos decir que existen una serie de prácticas que se han normalizado entre estos profesionales de la salud. Entre estos elementos encontramos los años de formación académica, una cierta forma de comportarse y de valorar al mundo, además de la reproducción de toda una serie de prácticas y creencias propias del gremio, además de ciertos indicadores o señales de identidad:

- El uso de la bata blanca
- El conocimiento clínico del manejo de psicofármacos
- Un lenguaje técnico especializado (es decir, el uso de una jerga o argot propio de los psiquiatras)
- Una amplia cultura general
- Una actitud arrogante ante otros profesionistas
- Un cuidado excesivo de la imagen personal

Hay que aclarar que estos elementos no siempre son exclusivos de los psiquiatras y en ocasiones son compartidos con otros médicos o incluso con otros profesionistas.

Sobre este aspecto veamos lo que comenta uno de los psiquiatras:

Bueno yo me orienté hacia biología, luego me oriente hacia medicina y luego me orienté hacia psiquiatría fui escogiendo, la elección de psiquiatría tiene mucho que ver porque creo yo, aunque los salubristas dicen otra cosa, tengo muchos amigos en salud pública, creo yo que la especialidad de psiquiatría es la que se toca con más... con... más áreas de lo social en lo humano, dicen los salubristas que no, que son ellos, yo creo que es la psiquiatría yo te puedo decir que los mejores psiquiatras que he conocido son gente que sabe mucho de historia, que sabe mucho de sociología, antropología, de muchas de las áreas sociales o al menos los que yo considero los mejorcitos psiquiatras<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Entrevista 4 (25/marzo/2011)

### 4.3.2 Análisis del poder psiquiátrico

La institución médica, como cualquier estructura burocrática, está altamente jerarquizada, y esta Unidad de Atención no es la excepción; es una rígida estructura que va desde Intendencia hasta la Dirección. La línea ascendente, en términos generales, iría más o menos en este sentido: intendencia, vigilancia, enfermería, trabajo social, administración (con sus diversas áreas), psicología, psiquiatría y por último la Dirección.

Uno de los psiquiatras entrevistados refiere lo siguiente:

Aquí es un servicio burocrático, o sea, muy burocrático, donde se maneja mucho la burocracia y la burocracia siempre es así... en la burocracia hay gente que trabaja, gente que no trabaja, gente que coopera, etc.<sup>40</sup>

Para el análisis del poder psiquiátrico recurrimos a Foucault (2007), quien presenta la situación correspondiente al surgimiento de la psiquiatría y a las condiciones que se dan al interior del asilo u hospicio para enfermos mentales.

La palabra hospicio, tiene su origen en la palabra latina *hospitium*<sup>41</sup>, que significa casa para albergar y recibir gente de escasos recursos; La palabra latina *hospitālis* dio origen a las palabras españolas hospital y hostel; y del francés *hôtel*, surgió el español hotel, que originalmente era el lugar donde se recibía a los

---

<sup>40</sup> Entrevista 5

<sup>41</sup> Diccionario RAE de la lengua Española. Vigésima segunda edición.

peregrinos, y algunas otras personas que viajaban buscando curación para sus enfermedades<sup>42</sup>.

Para el análisis de la situación del asilo u hospicio para enfermos mentales, Foucault (2007), retoma los textos de Fodéré (1817) “Traité du délire appliqué á la médecine, á la morale et á la legislation”; de Pinel (1800) “Traité médico-philosophique sur l’aalineationmentale, ou la Manie”; y finalmente dos textos de Esquirol: “Des maladies mentales considerées sous les rapports médical, higienique et médico-legal”(1832) y “Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens d’ amériliuer le sort deces infortunés” (1818).

Algunas de las condiciones mostradas por Foucault (2007), permanecen en la práctica institucional de la psiquiatría hoy día, por ejemplo la existencia de un poder que atraviesa todos los niveles del espacio hospitalario, y al cual él llama “el poder médico” o más específicamente “el poder psiquiátrico”. Pero este poder médico no es el único que se ejerce en este ámbito hospitalario, otros personajes asumen diferentes poderes, ordenados y jerarquizados según la lógica del poder médico, al que finalmente confluyen.

Foucault (2007), muestra la jerarquización del poder existente en ese momento histórico: en la base estarían los sirvientes, más arriba el poder de los vigilantes y finalmente, en la cúspide, el poder de los médicos. Este modelo o esquema del poder permanece en la actualidad, aunque no corresponda punto por punto con lo planteado por Foucault (2007): en la actualidad no existe como tal la figura de vigilante, aunque las enfermeras o enfermeros ocupen algunas de de las funciones de la antigua figura de sirviente. Hoy existen vigilantes, pero con funciones mucho más restringidas, y además se han sumado nuevos personajes a este modelo, tales como psicólogos, trabajadoras sociales, personal

---

<sup>42</sup> Dr. Arzápalo, comunicación personal



administrativo etc. Sin embargo, pese a los cambios o modificaciones el modelo presentado por Foucault (200/), conserva pertinencia y validez.

La estructura altamente jerarquizada es una constante en la medicina, veamos lo que comenta uno de nuestras entrevistadas:

Otra de las cosas que yo veo aquí, la medicina es jerárquica como la iglesia y como el ejército... aquí en especial... la gente trata de que esas jerarquías, no procedan; otra vez en mi caso no... yo soy la doctora y soy la doctora porque muchos aquí, y no tengo nada en contra de que se hablen de “tu”... pero malinterpretan... que si se habla uno de “tu”, ya le puede decir la enfermera al doctor; y le voy a contar un caso, sin dar nombres; para que vea hasta dónde va la agresión, el no poner límites, del todo...<sup>43</sup>

Foucault (2007), establece que desde la época de Pinel, el psiquiatra ha ejercido control no sólo sobre la mente sino también sobre el cuerpo de los enfermos mentales y este poder se apoya en la transformación del propio psiquiatra en un cuerpo: “Un hombre apuesto, limpio, con voz fuerte y clara, capaz de provocar respeto entre los pacientes...” (Foucault, 2007).

Por otro lado, después de una larga temporada en campo es posible apreciar que algunos psiquiatras tienen una gran necesidad de diferenciarse y alejarse de los enfermos mentales. Buscan marcar esta diferencia a través de su arrogancia, de su vestimenta (y su aspecto en general), también a través del uso de una jerga o argot psiquiátrico, y entre otras cosas a través de la posesión de bienes materiales como autos, casas, etc. Es como si en el fondo tuvieran un gran miedo a padecer alguna enfermedad mental y pasar así súbitamente al terreno contrario y convertirse en su antítesis.

---

<sup>43</sup> Entrevista 7

A través de las entrevistas y de los datos obtenidos en campo podemos señalar que, quizá en algunos casos esta búsqueda por diferenciarse de los pacientes resulta infructuosa como en cierto caso de un médico que presenta un trastorno obsesivo compulsivo (TOC), que va en aumento; o como en el caso de aquella psiquiatra, que según algunos de sus colegas muestra crisis histéricas con cierta regularidad.

Pese a que los psiquiatras, como cualquier otro especialista médico, cuentan con un nivel de ingresos que les permite tener una vida cómoda, o cuando menos estable económicamente, al conversar con ellos o en las entrevistas no parecen estar muy satisfechos con lo que hacen; mencionan su frustración al no poder curar a algunos pacientes; otros comentan lo molesto de los roces con algunos de los miembros del equipo de salud; para algunos de estos médicos su vida familiar o de pareja no es del todo satisfactoria. Así que en conjunto podemos apreciar un cierto nivel de insatisfacción.

Aunque no son los únicos profesionales de la salud mental, los psiquiatras ejercen el poder al interior de este ámbito clínico. Foucault (2007), muestra como el espacio hospitalario está atravesado por un poder asimétrico, y este poder está basado en apoyos, coincidencias, divisiones: el poder psiquiátrico, es decir, el poder de los médicos.

Veamos con más atención estos elementos señalados por Foucault (2007):

*Apoyos.* En términos generales el termino apoyo se refiere a una situación de alianza o solidaridad entre los miembros de un grupo social. Veamos los ejemplos tomados del trabajo de campo:

- Los miembros del personal administrativo se unen en torno a alguna medida que restrinja alguno de sus derechos.
- En una administración anterior el equipo de psiquiatras se unió en torno a una situación especial: la destitución de uno de los directores de la Unidad de Atención Psiquiátrica; se dice que uno de ellos optó por utilizar sus influencias en alguna de las esferas más importante de la Secretaría de Salud y en pocos días el director fue cambiado.
- Es evidente, desde la perspectiva del equipo de salud mental que hay un acuerdo, arreglo o alianza entre la dirección y la administración actual para controlar recursos, obtener beneficios y ayudar a los que los apoyan.

*Coincidencias.* Podríamos decir que una coincidencia es el encuentro fortuito o azaroso entre dos personas, o grupo de personas, sin un plan u objetivo bien establecido, la solidaridad es inmediata y temporal, o mejor dicho circunstancial.

- En diciembre pasado hubo una invitación de parte de las autoridades de la Unidad de Atención Psiquiátrica para que asistieran a la comida de fin de año, la invitación era abierta a todo el personal de salud mental, los que asistieran a dicho evento no tenían que presentarse a laborar, pero los que no asistieran tenían que cubrir a cambio su jornada laboral. Entre los que no asistieron a la comida oficial había psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales y empleados administrativos, se organizaron e hicieron su propia celebración, donde hubo comida e incluso baile.
- Cuando salen a comer juntos psiquiatras con psicólogas o enfermeras con trabajadoras sociales.

*Divisiones.* Es básicamente la separación de un grupo social, ya sea en diferentes unidades o subgrupos o de manera general la separación entre todos los individuos de ese grupo.

- Cuando, como comúnmente sucede, que los psiquiatras sólo salen a comer con otros de sus colegas, los psicólogos sólo con otros psicólogos y las enfermeras sólo con otras enfermeras.
- Los que tienen puestos de dirección o alguna jefatura se alinean con las indicaciones de las autoridades aunque sus demás compañeros no lo hagan.
- Los roces o conflictos entre psiquiatras y enfermeras o entre psicólogos y trabajadoras sociales, o más comúnmente entre las autoridades y todo el personal de salud mental.

Uno de los elementos que genera conflictos es la lucha por los recursos, tener mejores espacios, mejores prestaciones, permisos etc. Como lo comenta uno de los psiquiatras:

...hay gente que trabaja, gente que no trabaja, gente que coopera, gente que no coopera, hay unos que trabajan más que otros y ahí viene la inconformidad y la molestia que de repente hay también mucho favoritismo o proteccionismo, incluso sindical con algunas personas de acá que a veces resultan ser las más conflictivas y que son de alguna manera las más protegidas... no solamente con el sindicato sino con la misma autoridad "sí" que personas tienen, vamos muchas concesiones, más concesiones de las permitidas y eso genera, por supuesto que genera, conflicto con los demás, es decir, vamos, con los que tratamos de cumplir lo mejor posible y que de repente no sé...no le permiten a uno o no le otorgan a uno una concesión o a veces ni los permisos que están dentro de las...del reglamento o de las condiciones generales de trabajo, no se... a veces no se respetan y a uno si le ponen trabas, entonces es ahí donde se generan una serie de conflictivos y choques entre los demás que no trascienden, no trascienden porque, finalmente, uno trata de manejar esas cosas para no llevarla a hechos más grandes, más graves y quizás eso la represión, reprimir ese tipo de sentimientos que se generan, conflictivos los reprime uno y eso es generador... también de estrés, de ansiedad y de otras cosas más, hay personas que empiezan a enfermarse, que lo puede llevar a uno a enfermar y físicamente empieza uno a somatizar.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Entrevista 4

El poder psiquiátrico como todo poder, genera un discurso para sustentarse, para legitimarse como en el ejemplo donde un psiquiatra cuestiona y descalifica a un psicólogo<sup>45</sup>. Otro caso es el de los psiquiatras que descalifican a las enfermeras, psicólogos o incluso a otros especialistas médicos.

El poder psiquiátrico, como plantea Foucault (2007), se materializa en el propio cuerpo del médico, en el físico, y en la Unidad Psiquiátrica analizada si bien, no tienen que ser guapos o fuertes, si hay una regla no escrita de un cuidado excesivo de la imagen personal, uno de los elementos de la cultura psiquiátrica. Si bien en el momento histórico que analiza Foucault (2007) no hay más que psiquiatras varones, en la actualidad, cabe mencionar, es muy común la presencia de mujeres en la profesión, y se mantiene inalterable esa característica del excesivo cuidado de la imagen personal.

Foucault (2007) señala con firmeza que todo poder se sustenta en la violencia. Así las cosas, si el saber es poder, entonces entraña una eventual forma de violencia, pero un tipo particular de violencia defensiva, no ofensiva como ocurre en la mayoría de los otros tipos de poder. Como en muchos otros escenarios, en el ambiente hospitalario, la posesión de saberes y grados académicos es motivo de orgullo para unos y envidia para otros. Es innegable el reconocimiento a los médicos, por parte de los demás miembros del equipo de salud, no sólo por la calidad o pertinencia de su práctica profesional, sino fundamentalmente porque ellos tienen un grado de estudios que socialmente está bien valorado: psiquiatras. Además la mayoría del personal de salud mental piensa que están más capacitados para resolver los problemas del trabajo cotidiano, propios de la práctica clínica en una institución psiquiátrica. Visto desde afuera parece no haber muchas diferencias en el trato dado a todos los médicos por parte del equipo de salud mental, sin embargo, viéndolo con mucha más cercanía es posible darse cuenta que hay claras y notorias diferencias. Los médicos que no tienen la

---

<sup>45</sup>Ver más adelante

especialidad en psiquiatría, pese a tener alguna formación complementaria como cursos o diplomados en psicoanálisis, psicogeriatría o salud mental, en general no son tratados de la misma forma que aquellos que si cuentan con la especialidad de psiquiatría.

Además, los mismos psiquiatras reconocen y manifiestan cierta envidia hacia aquellos colegas que no sólo tienen la especialidad sino también alguna maestría o incluso doctorado. En una ocasión uno de los psiquiatras me dijo: “mira, aquí no todos tienen la especialidad, pero hay algunos como el Dr. qué es médico, especialista en psiquiatría además de tener una maestría en psicoanálisis... es el único de la Unidad que tiene tres títulos profesionales”<sup>46</sup>.

En otra ocasión uno de los más prestigiados psiquiatras del turno matutino, comentando algo acerca de los psiquiatras del turno vespertino, nos dijo: “nosotros tenemos una mejor formación académica que los colegas de la tarde”.<sup>47</sup>

Al llegar a la última parte del trabajo de campo, después de doce meses continuos de permanencia en esta Unidad de Atención Psiquiátrica, la mayoría del personal de salud mental nos conoce y entonces es frecuente que nos hagan comentarios como los siguientes:

- Ya entré a la escuela a hacer la especialidad.<sup>48</sup>
- Ya me inscribí a una maestría en la UNAM, con especialidad en adicciones<sup>49</sup>.

---

<sup>46</sup> Entrevista 5

<sup>47</sup> Entrevista 1

<sup>48</sup> Técnico en Trabajo Social, miembro del equipo de salud mental

<sup>49</sup> Psicólogo

- Mi hijo se va a hacer el doctorado a Barcelona con un experto en análisis del discurso<sup>50</sup>.
- El Dr. \_ es muy bueno, es el único aquí que tiene tres títulos profesionales<sup>51</sup>.
- Mi hijo está terminando la carrera en ciencias sociales en la UACM, y va a hacer trabajo de campo, está trabajando en un proyecto sobre pueblos originarios con un reconocido investigador<sup>52</sup>.

Como es evidente se valora positivamente la formación profesional y la obtención de títulos y grados académicos. Además, para todo el personal de salud mental es claro que poseer un cierto grado académico les confiere algunos privilegios: una mejor remuneración, la posibilidad de atender pacientes o ser jefe de alguna de las áreas administrativas. No se puede dar consulta psiquiátrica si no se cuenta con un título de médico además de una especialidad en psiquiatría; los dos jefes de enseñanza, que han estado durante mi trabajo de campo, además de lo anterior cuentan con alguna maestría en administración o psicoanálisis; para ser el responsable de la farmacia es imprescindible contar el título de QBP<sup>53</sup> o similar; el médico con mayor cantidad de grados académicos es uno de los pocos médicos que ha ocupado la dirección de forma interina en un par de ocasiones. El saber en si mismo quizá no sea una forma de poder o de violencia, pero permite el acceso a los recursos o su control, lo que sí es una forma de poder. Toda esta forma de pensar podemos resumirla diciendo que: *El saber es poder*.

---

<sup>50</sup>Médico Psiquiatra

<sup>51</sup> Médico Psiquiatra

<sup>52</sup> Trabajador Social

<sup>53</sup> Químico Bacteriólogo Parasitólogo

### 4.3.3 Relación médico-paciente

Existe una relación médico paciente, que en este caso reviste particulares características, pues son enfermos psiquiátricos, y el trato cotidiano con ellos genera situaciones estresantes entre los psiquiatras, veamos lo que dice uno de ellos:

...la actividad práctica como médico psiquiatra más estresante desde mi punto de vista es la relación con el paciente y en particular con un tipo de paciente, el paciente deprimido con tendencias suicidas, eso en lo personal a mí me estresa mucho, por el miedo, el temor de que el paciente deprimido, el que tiene trastorno de la personalidad, que no controla los impulsos y que de repente pueda, como decimos en el psicoanálisis, pasar al acto y cometer un intento o un acto suicida, y eso es una cosa que...que creo que a muchos... a mí en lo particular me estresa mucho...<sup>54</sup>

Los pacientes psiquiátricos son un tipo muy particular de pacientes, pues generalmente no sólo tienen un daño orgánico, que pueda ser resuelto con algún tipo de terapia quirúrgica o farmacológica, tienen además un daño psicológico o mental. Estos pacientes generalmente no llegan a una completa curación pero pueden ser controlados, aunque sus episodios de crisis aparezcan frecuentemente y entonces sea requerida la atención de los profesionales de la salud mental especializados. Al mismo tiempo algunos psiquiatras se ven frustrados al no poder resolver completamente los problemas médicos de sus pacientes. Como aquel psiquiatra que en una sesión clínica habla del caso de una joven paciente que padece esquizofrenia y que fue rechazada varias veces para su hospitalización en un reconocido hospital psiquiátrico; el médico que presenta el caso, dice que prácticamente ha tenido que experimentar con muchos fármacos, para llegar a una incipiente mejoría, y que todo esto le produce un sentimiento de frustración. Veamos el caso en las palabras del propio médico:

---

<sup>54</sup> Entrevista 3



Si es un caso especial, la familia ya no la aguanta porque grita, llora todo el día a raíz de la muerte del padre, es una paciente con retraso mental, con daño orgánico cerebral, para acabarla de amolar y luego de por sí ya tiene sus problemas de conducta, sus alteraciones de la mente, es severo, muere el padre y entra en una depresión, una depresión psicótica, bueno como esta tan...con un cuadro de agitación psicomotriz severo la mando al Bernardino a internar y la internan pero no la aguantan... no la aguantan en el Bernardino y a los 10 días va para afuera, ¿Oye pero porque me la estas mandando en esas condiciones? y vuelvo, insisto en que se interne porque es una paciente que está ocasionando una gran problemática entre la familia y ya no la aceptan, que porque desorganiza el pabellón, es un caso extraordinario, yo nunca había tenido un caso así que me lo hayan corrido del hospital “no”, en el hospital se seda a la paciente, se busca que esté en tranquilidad, se dan los medicamento agudos, por eso se manda a un hospital para que este allí a la vista de todo el personal especializado y que se den las indicaciones adecuadas para controlar a un paciente que esta con un cuadro de agitación psicomotriz, bueno pero.. son casos extraordinarios y si esa paciente la presente, que por cierto tú te diste cuenta que nadie me dio opciones, y entonces bueno pues a buscarle, a buscarle a donde...por donde le tengo que entrar a la paciente, bueno pues ya empezamos a manejar inclusive medicamentos que tenía años que no manejaba, los empecé a investigar, bueno en plan de investigación aplicada, ésta paciente mejoro y actualmente se ha controlado, si, con medicamentos que hace 15 años no usaba, ya de los primeros *antipsicóticos*<sup>55</sup>.

Los psiquiatras comentan de manera general que, los pacientes psiquiátricos son muy desordenados: no llegan a la hora de la cita, no cumplen con las indicaciones de los médicos y además son muy exigentes y quisquillosos; algunos gritan, exigen cosas absurdas y a veces llegan a ofender a los propios médicos. Los psiquiatras creen que la actitud de los pacientes llega a generar un ambiente de intolerancia entre el personal de salud mental y los pacientes.

En el análisis del *corpus* de las entrevistas encontramos que uno de los más importantes factores que genera situaciones estresantes, además de frustración, entre los psiquiatras es el trato cotidiano con este particular tipo de pacientes, los

---

<sup>55</sup>Entrevista 1

enfermos mentales o psiquiátricos, que son un caso especialmente complejo de paciente. Veamos lo que comenta uno de los médicos:

Mira un caso estresante es el de los pacientes de *psicoterapia* específicamente, que no se abren a la posibilidad, no se abren al tratamiento son gente muy hermética que tienes que trabajar y que sabes por dónde está el problema pero no, no hay esa apertura del paciente, tienes que ir por un lado, por otro lado, y hay paciente que si definitivamente no hay una apertura, algo pasa en la relación médico paciente que no se da esa posibilidad y con todo... a todos nos pasa, entonces estás en la alternativa de cambio de médico, la alternativa de cambio de terapeuta, donde dice bueno yo debo reconocer que en cuestiones de *psicofarmacología* soy bueno, es mi área, me gusta pero en la *psicoterapia* a lo mejor estoy fallando en esto y no estoy haciendo un buen trabajo, no me estoy desarrollando bien, me estoy topando con situaciones que me bloquean y que bueno hay la alternativa de cambiar de terapeuta para que veamos otra técnica u otra escuela que nos dé la posibilidad... que nos abra los caminos del paciente, a veces si es pesado ese tipo de pacientes y especialmente son pacientes con psiconeurosis hacia los trastornos de personalidad y especialmente hay una entidad que se llama trastorno evolutivo de personalidad donde funcionan normalmente pero entran en cuadros micro psicóticos, suben, bajan, entran, salen de la psicosis, son gente que tienen una gran cantidad de conflictos personales, laborales, sociales, familiares, pero ellos no entienden que tienen un problema, primero para que vengan aquí es porque ya pasaron, ya les recomendaron, alguien le dijo ¡oye tu estas mal! y por ahí alguien le convenció de que viniera acá, a veces no vienen muy convencidos, vienen a ver que hay, ese sería uno de los pacientes que son un poquito difíciles de manejar en psicoterapia; yo creo que de los más frustrantes definitivamente es un área muy, muy, difícil para el psiquiatra es la de las adicciones...sabes de antemano que un buen porcentaje de ese tipo de pacientes va a recaer...<sup>56</sup>

#### **4.3.4 La formación de los psiquiatras: La residencia**

Aunque oficialmente aún no son psiquiatras, los jóvenes médicos que ingresan a la residencia, en los hechos, efectivamente, asumen esa función, pues al igual que los psiquiatras titulados, dan consulta y prescriben medicamentos.

---

<sup>56</sup> Entrevista 1

El exceso de trabajo, jornadas extenuantes, sumado todo ello a la gran presión originada por el tipo de pacientes que atienden, hace de este periodo una etapa excesivamente estresante.

Martínez Lanz (2004), señala que algunos de los problemas más frecuentes que padecen los residentes son depresión, insatisfacción laboral, a la par de un alto consumo de alcohol y otros psicoactivos. Los psiquiatras titulados creen que la causa de estos problemas son fundamentalmente las continuas y extenuantes guardias y el exceso de trabajo. Aunque por otro lado, estos mismos psiquiatras titulados al hablar de la prevalencia de consumo de psicoactivos entre los médicos residentes, señalan que tal vez se deba a que existe una mayor permisividad social hacia las nuevas generaciones en el consumo de estas sustancias.

Hemos indicado anteriormente que el ámbito hospitalario se encuentra cruzado por un poder silencioso pero avasallador: el poder psiquiátrico, un poder que funciona gracias a una compleja jerarquización y especialización del personal psiquiátrico, así, los residentes asumen uno de los papeles con mayor demanda de trabajo dentro del ámbito hospitalario. Los residentes de primer año llamados en este ambiente R1 tienen una mayor cantidad de actividades que realizar: consulta, clases, guardias (2 o 3 por semana) además de la necesidad de desarrollar una investigación clínica para elaborar su tesis. Los R2, R3 y R4 tienen progresivamente menos guardias, pero al mismo tiempo mayor responsabilidad.

Ahora veamos lo que comenta otro de los psiquiatras:

Ahí, en el Fray, tienen guardias fisiológicas, bueno no sé si ahora, en mis tiempos si eran, las guardias fisiológicas son las que son cada 4 días es A,B,C,D, o sea, hacías guardia cada 4 días, entonces dabas tiempo a que el organismo se recuperara, las guardias A-B, pues esas, son las totalmente antifisiológicas, porque pues cual te va a dar tiempo de recuperarte ni nada, pero si obviamente yo fui residente también del Fray Bernardino y entras al servicio a las 7 de la mañana, todo el día te toca estar

de guardia, luego te despiertan en la noche a las 2, 3 de la mañana, muchas veces porque los pacientes y me tocó, me consta, porque me tocó y me tocó en aquel tiempo, ahora no se cómo está pero, de que le dices tú al paciente: bueno y ¿por qué viene a estas horas? “no, es que a estas horas están desocupados y pasaba yo por aquí y de una vez aproveche” o sea, dices cómo es posible, cómo es posible de que vengo a estas horas...si, muy inconsciente, viene a estas horas nada más para no hacer antesala y se levanta uno pues ahí todo atarugado y todo, claro que a la hora de dar la consulta pues ya te despabilas, pero de todos modos dices cómo es posible y me tocó, dos que tres casos, no creas que así aislados, y a otros compañeros también, entonces te despiertan a la hora que sea, a veces no duermes en toda la noche porque a veces estás tan *salitre* que te llega uno tras otro, uno tras otro y no duermes y luego quédate al otro día al servicio, porque sales de la guardia y vuelves a entrar a piso de 7 hasta las 3 de la tarde, entonces sales así todo sonámbulo, ya viendo estrellitas y todo, y aparte tienes que ir a las clases, porque te estás formando, clases tanto que pueden dar ahí dentro del hospital o tienes que ir a Ciudad Universitaria, porque el residente hace las dos cosas simultáneamente, al mismo tiempo, de que estás haciendo la residencia para tener reconocimiento de salubridad, estás haciendo el curso universitario para tener el diploma de especialista, entonces después de eso lánzate a clases a la Facultad de Medicina, que ya estaba cerquita de ahí, y luego pues las clases pues los maestros que las daban pues ya era noche, o sea, que imagínate, el trabajo de piso, la guardia, asistir a clases y todo eso no dudo, obviamente, que para mantenerte despierto pues algunos hayan utilizado *anfetaminas* o las utilicen, no sé, yo nunca las utilicé porque siempre supe el riesgo de las *anfetaminas*... pero yo lo que hacía para eso pues es lo fisiológico dormir, llegaba yo a mi casa caía como piedra, al otro día pues ya, pero bueno te estoy hablando de cuando yo tenía 26 años, entonces pues no es lo mismo los tres mosqueteros que 20 años después, ahorita si me pusieran a hacer una residencia no voy a aguantar, definitivamente, desveladas y clases y todo, ya no aguantaba yo, no aguantaría, la aguanté porque estaba yo joven, estaba yo sano, era, pues la motivación, porque la motivación hace que saques energías hasta debajo de las piedras, la motivación de ser especialista, o sea, todo eso te mantenía a flote, pero bueno, habrá personas que por su estructura de personalidad, por sus problemas vivenciales, por lo que sea, pues, si se ven forzados a utilizarlas “no”.<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> Entrevista 2 Médico Psiquiatra

También la residencia es el espacio donde se van generando y adquiriendo los hábitos que los convertirán en psiquiatras.

Algunos estudios demuestran el alto desgaste profesional entre los médicos residentes (como los estudios de Martínez Lanz, 2004; Rosales, 2005; D'Anello, 2003) quienes presentan el llamado síndrome de Burnout<sup>58</sup>, que básicamente consiste en desinterés, apatía y episodios recurrentes de depresión.

Uno de los aspectos que ya hemos señalado con respecto a los psiquiatras en formación tiene que ver con el alto desgaste originado por las guardias médicas, entre los residentes, al igual que entre los médicos internos, se presentan básicamente dos tipos de guardias, por un lado la llamada guardia ABC, es decir tienen una guardia un día, descansan (solamente de la guardia, pues deben de cumplir con sus demás obligaciones en el hospital) y de nuevo guardia al cuarto día. Por otro lado, la llamada guardia ABCD, es más benigna, ya que tienen una guardia un día, descansan tres días y tienen nuevamente guardia al quinto día.

Tipo de guardia	Ejemplo
ABC	Guardia el lunes, descansan martes y miércoles, de nuevo tienen guardia el jueves
ABCD	Guardia el lunes, descansan martes, miércoles y jueves, de nuevo tienen guardia el viernes

---

<sup>58</sup> La definición más conocida del Síndrome de Burnout es la de Maslach y Jackson (1981), que lo describieron como un estado múltiple de cansancio emocional, físico y mental causado por el estrés crónico, que ocurre cuando los profesionales del área asistencial experimentan períodos prolongados de interacción con sujetos que enfrentan exigencias emocionales. Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 2, 99-113. New York: Laurence Erlbaum.

El tipo de guardia está en función del hospital donde se haga la residencia, de si son R1, R2, R3, etc., y de los diferentes servicios y hospitales por donde tienen que “rotar” los especialistas. Dependiendo del hospital donde hagan la residencia, los servicios por donde “rotan” pueden variar, pero podemos decir que, básicamente, son los siguientes: consulta externa, hospitalización, urgencias y comunidad. Cada uno de estos servicios tiene sus propios tiempos y complejidades.

Los actuales residentes del Hospital Fray Bernardino Álvarez, dentro de sus cuatro años de especialidad tienen que “rotar” por los siguientes hospitales: Hospital Psiquiátrico Infantil *Juan N. Navarro*; Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente* y finalmente por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición *Salvador Zubirán*.

Por otro lado, los residentes de psiquiatría tienen las ventajas de los médicos y las desventajas de los estudiantes. Estos jóvenes médicos que recién ingresan a la especialidad tienen que enfrentarse con un ambiente hostil, por un lado la enorme responsabilidad de la atención médica y las continuas exigencias laborales de los jefes de los diferentes servicios; también enfrentan la incomprensión y a veces rechazo por parte de los médicos adscritos; además, la competencia atroz con los demás residentes; también, en muchas ocasiones padecen el desdén de los demás miembros del equipo de salud (enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, etc.); y finalmente, tienen que atender las abrumadoras exigencias académicas de la Jefatura de Enseñanza, la cual es el enlace entre el Hospital y la Facultad de Medicina de la UNAM, que son las dos instancias que avalan el título de Médico Psiquiatra.

Veamos lo que dice uno de los psiquiatras:

En la especialidad yo te puedo decir que los 4 años de la especialidad me la pase en un ambiente terrible y era un servicio de psiquiatría que funcionaba precioso y perfecto como reloj con un nivel de psicoterapia altísimo, no conozco otro servicio de psiquiatría con ese nivel de psicoterapia, pero el ambiente en el personal era tremendo. Ahí en el *20 de noviembre* un ambiente terrible y todos se llevan bien y todos se *medio quieren* pero la sensación era muy desagradable, tu seguramente has oído hablar del... pues es un concepto interesante este asunto del cómo se llama del *mobbing*, el *mobbing* viene del.... Es que los gringos se inventan palabras espantosas “no” el *mobbing* viene del *mob*, el *mob* es la pandilla es el *gang* y el *mob* son pandillas, el *mob* se usaba más como para hablar de la mafia “no” entonces *mobbing* es como... sería fácil describirlo como el grupo o la pandilla contra alguien... entonces se le hace *mobbing* a un personal a alguien del personal y es la pandilla jodiéndose a alguien entonces el *mobbing* en el *20 de noviembre* es fuertísimo y generalmente el *mobbing* responde a la ... a la ansiedad del grupo, o sea, el grupo está inquieto muy angustiado se empiezan a joderse a alguien del grupo mientras platiquen o puedan mentar madres y puedan echarle y puedan hablar mal del jefe o de la jefa o de los jefes o de etc.... ese grupo estará tranquilo, cuando el grupo está mostrándose más angustiado entonces ese grupo no está bien.<sup>59</sup>

Los psiquiatras que forman a las nuevas generaciones de especialistas, no necesariamente son expertos en docencia, aunque si en las habilidades y destrezas de su profesión. Así en la formación de los psiquiatras, hay un enorme peso de esas estructuras y condicionamientos que Bourdieu (2007), llama “*habitus*”. No sólo se les enseña el origen, clasificación y tratamiento de las enfermedades mentales se les enseña a ser psiquiatras, se les muestra cómo discernir entre la salud y la enfermedad, entre la salud y la locura, y sobre todo se les adiestra para poder distinguir quiénes son normales y quienes están enfermos. Y dentro de esta misma lógica se les exige a los residentes de psiquiatría que estén bajo tratamiento psicoterapéutico bajo el argumento de que no se puede atender y curar a un enfermo mental si uno mismo tiene algún padecimiento

---

<sup>59</sup> Entrevista 4 Médico Psiquiatra (25/marzo/2011)

psiquiátrico. Aunque quizá en el fondo es una forma de marcar claramente los campos en juego, no se puede ser enfermo y médico al mismo tiempo; y aún más profundamente, podría ser una muestra de ese terror a la locura, del que ya hemos hablado con anterioridad. Los psiquiatras creen que solo ellos son los únicos capaces de enfrentar al más terrible de todos los males: la enfermedad mental, la locura.

En la residencia se generan los mecanismos que reproducen la cultura psiquiátrica: las habilidades y destrezas profesionales (clínicas), las reglas socioculturales y jerárquicas no escritas, los elementos éticos y por último y no menos importante, las ambigüedades. La suma de todos estos elementos genera la cultura psiquiátrica, y ya con todo este conjunto, los nuevos psiquiatras se insertan en el ámbito hospitalario y así se continúa con la reproducción del “poder psiquiátrico”. Los residentes de psiquiatría son una pieza clave del engranaje que hace funcionar el poder médico, el “poder psiquiátrico”.

#### **4.3.5 Las sesiones clínicas**

Desde la institucionalización de la medicina occidental, en el siglo XIX, las sesiones clínicas han sido un medio de retroalimentación entre los miembros del equipo médico.

En el caso concreto de esta Unidad de Atención Psiquiátrica hemos tenido referencias de cómo se realizaban, hasta hace poco tiempo, las sesiones clínicas: eran lo más ortodoxas posibles, cada viernes, en el auditorio de la Unidad, con la presencia de la mayoría de los miembros del personal de salud mental (psiquiatras, residentes, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales) alguno de los médicos exponía un caso clínico particularmente interesante o complicado. El médico en cuestión escribía en la computadora el caso y después lo fotocopiaban para que todos tuvieran un ejemplar y así estar enterados, además de poder participar en la sesión con preguntas, dudas, comentarios o propuestas.



Hoy día las sesiones clínicas no son así, ahora revisten un carácter más heterodoxo y laxo. Sólo ocasionalmente se presentan auténticos casos clínicos, es mucho más frecuente la exposición de temas de índole psiquiátrica o incluso de temas culturales. Algunos de los temas tratados así han sido: Esquizofrenia, la historia del Hospital la Castañeda, Violencia Intrafamiliar, o bien de temas tan diversos como de filosofía o fotografía.

Creemos que las sesiones clínicas actuales tienen un claro carácter lúdico y en ocasiones catártico, ya que permiten la convivencia y a veces el enfrentamiento entre los miembros del equipo de salud mental. En casi todas las sesiones al terminar comparten bocadillos, pastes, tamales, a veces pastel o algún otro alimento. Las sesiones clínicas son un lugar de encuentro, charla y discusión, donde de manera abierta o encubierta se muestran las jerarquías, las sumisiones, adherencias, simpatías y antipatías, el discurso del poder y el discurso de los subordinados.

En este contexto pueden aparecer la clase de enunciados que Austin llama realizativos, por ejemplo, cuando un alto funcionario dice: “declaro inaugurada la sesión...” Esta clase de expresiones no describen ni registran nada, no son verdaderas ni falsas y el acto de expresar la oración es realizar una acción (Austin, 1998). En estas sesiones se muestra con claridad el discurso del poder.

Veamos un ejemplo:

Contexto: Un psicólogo presenta el tema de esquizofrenia en una sesión clínica, a la hora de las preguntas e intervenciones un psiquiatra argumenta no estar de acuerdo en la importancia de ese tema.

Discurso abierto: el psiquiatra expresa lo siguiente: no le veo el caso que hablemos de la esquizofrenia...aquí no atendemos pacientes esquizofrénicos.

Discurso encubierto: descalificación profesional del psicólogo por el psiquiatra mostrando una visión elitista y autoritaria, que pareciera decir en el fondo que sólo su gremio es el único detentor del poder, del saber, del control.

Realidad: según el informe de actividades sustantivas de esta Unidad de Atención Psiquiátrica, el 20% de la consulta total en un año está dedicado a pacientes con esquizofrenia, es decir un porcentaje bastante considerable.

Un ejemplo más de este discurso del poder lo encontramos en la celebración del día de la trabajadora social, donde una psiquiatra, que es una importante funcionaria de la Unidad, no se limitó a felicitarlas sino que les expresó lo siguiente:

...las felicito en este su día y al mismo tiempo las exhorto a superarse a seguir estudiando...han tenido todas las oportunidades, todas las facilidades y sin embargo no lo han hecho... no han querido...<sup>60</sup>

Lo cual desató toda una serie de reacciones adversas entre las trabajadoras sociales y otros miembros del equipo de salud mental como psicólogos y enfermeras.

---

<sup>60</sup> Tomado de las notas del Diario de Campo

## 5. Conclusiones

Las explicaciones científicas para el consumo de psicoactivos, desde el funcionamiento genético-neurobiológico y desde la explicación antropológica, requieren de la proposición de dos modelos sistémicos ya que los elementos distinguidos para explicar la generación del fenómeno son distintos. Mientras que en la explicación neurobiológica se distinguen elementos, neurobiológicos, neurofisiológicos y genéticos, como: alelos, cadenas de genes, glándulas endocrinas, etc. Para el caso de la explicación antropológica los elementos distinguidos son: acceso a los psicofármacos, estrés (condiciones estresantes como el espacio, la lucha por los recursos, el poder y otros factores ambientales), el conocimiento farmacológico de la forma de acción de los psicoactivos, una concepción desprejuiciada del consumo de psicoactivos, etc. Sin embargo, ambos sistemas están relacionados y uno puede influir sobre el otro alterando la organización del sistema, como sería el caso de que el consumo de psicoactivos altere la función sináptica y glandular del sujeto. O en el otro caso donde ciertas patologías impactan sensiblemente en la necesidad del consumo de psicoactivos como sería el caso de pacientes con TDAH (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad) y algunos tipos de esquizofrenia, que presentarían una mayor predisposición al consumo.

En el ámbito de estudio de la genética y las neurociencias ha habido muchos avances en el conocimiento de cómo actúan los mecanismos neurobiológicos, se ha buscado, durante los últimos años, reconocer que gen o genes están involucrados en el consumo de psicoactivos. Pese a la gran cantidad de investigaciones realizadas es imposible concluir que algún gen o genes predispongan de manera clara al consumo de psicoactivos. Lo más cercano ha sido la identificación de un cierto polimorfismo genético donde el alelo ALDH2\*2 no permite la metabolización del alcohol, esto ha sido encontrado en algunas poblaciones de Asia y entre los judíos. Sin embargo, el que alguna de estas

personas posea este alelo modificado – que acentúa drásticamente los efectos negativos del consumo agudo de alcohol - no necesariamente lo protege automáticamente contra el consumo, pues puede haber otros factores culturales y ambientales que posibiliten este consumo. Por otro lado, se ha identificado la asociación entre el polimorfismo genético del gen CNR1 y del receptor D4 (exón III) en abusadores de psicoactivos, así como, en individuos buscadores de novedad (BN) de la clasificación de personalidad de Cloninger. Sin embargo, como dijimos anteriormente, ninguna de estas asociaciones entre consumo de psicoactivos y un gen o grupo de genes es clara y contundente. Siguen los investigadores buscando esta relación entre genes y consumo sin poder avanzar mucho, porque tal vez la respuesta no esté ahí, sino en los factores socioculturales.

Uno de los factores que posibilitarían el consumo de psicofármacos entre los psiquiatras es el estrés, o quizá más propiamente, los factores estresantes. Uno de estos elementos es la propia atención médica, es decir, el trato cotidiano con los pacientes. Si bien los psiquiatras atienden pacientes, como lo hacen todos los especialistas médicos, algo que confiere mucho mayor estrés en su actividad profesional es el tipo particular de estos: los enfermos psiquiátricos. Muchos de ellos tienen, no solo daño mental, sino también orgánico, muchos de ellos jamás se curaran, cuando mucho estarán controlados. Dentro de éstos, algunos les ocasionan mayor frustración y sentimientos de impotencia, por ejemplo, los que presentan depresión grave, los que tienen ideación suicida, también aquellos que ya han pasado del consumo de psicoactivos a la adicción; aquellos pacientes con trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) pues presentan una alta mortalidad, ya que muchos terminan suicidándose; y algunos casos graves de esquizofrenia, entre otros.

Por otro lado, es innegable que el trato cotidiano con la enfermedad mental, de alguna u otra forma termina afectando a los médicos que atienden a estos pacientes, pongamos un ejemplo, no es la misma carga emocional que tiene un

cirujano que practica una apendicetomía y solo se entera que salió bien de la intervención el paciente y jamás lo vuelve a ver, que el psiquiatra que atiende cotidianamente a un paciente con esquizofrenia, escucha sus historias, sus alucinaciones, sus miedos y ve como poco a poco se va deteriorando física y mentalmente y darse cuenta como parte de toda esta carga emocional le es transferida a él mismo.

Otro de los elementos estresantes para estos profesionales de la salud mental es la cuestión de los factores del medio ambiente: los espacios reducidos e inadecuados – esos diminutos consultorios de dos por tres metros sin ventanas, con altas paredes blancas-, el ruido constante de los pacientes y sus acompañantes, el ruido y el polvo producido por los constantes trabajos de remodelación. Además la falta de ventanas, de áreas verdes, de espacios para la convivencia, el ejercicio o la relajación.

Por otro lado, uno más de estos elementos estresantes sería el generado por las relaciones interpersonales, es decir, el conflicto, el roce con otros miembros del equipo de salud, el *mobbing* (es decir, el acoso y la molestia de unos colegas a otros, o de las autoridades hacia alguno de los médicos psiquiatras), la lucha por los recursos, las alianzas entre algunos de los trabajadores de la salud mental, la falta de reconocimiento, los malos comentarios sobre alguna persona, la murmuración, la discriminación (entre iguales o de las autoridades hacia los subordinados), etc. Una Unidad de Atención Psiquiátrica es una estructura altamente jerarquizada y cerrada, algunas figuras cuentan con algún tipo de poder, médico o administrativo, y este poder es ejercido, con la ayuda de algunos de los miembros del equipo de salud mental. Algunos psiquiatras se sienten inconformes porque a pesar de que su trabajo es profesional y eficiente, no son reconocidos, no se les otorgan ni los permisos ni las prestaciones de ley, no acceden a los premios y los reconocimientos e incluso no pueden tener un consultorio adecuado. Hay una lucha atroz por los recursos, donde a los que mejor les va a es a quienes tienen más influencias, o son más hábiles para los manejos del control y la

política, también para quienes pueden lograr mejores alianzas o poseen mayores grados académicos. Todo esto genera un ambiente laboral altamente hostil y estresante.

Para finalizar estos factores estresantes se encuentra la enorme carga laboral de los psiquiatras. Ya desde su formación, durante la residencia, tienen que atender pacientes, asistir a sesiones clínicas, tener guardias desgastantes (de dos a tres por semana), presión de parte de los pacientes, de los jefes de servicios así como las abrumadoras exigencias de la Jefatura de Enseñanza (que es el enlace entre la institución hospitalaria y la Universidad, quienes en conjunto avalan el título de especialista médico), además de clases, en el hospital o en la universidad. Y por si todo esto fuera poco tienen que desarrollar una investigación clínica y elaborar una tesis, rotar por diferentes hospitales y por diferentes servicios, tales como: consulta externa, hospitalización, urgencias y comunidad. Además, tienen que enfrentarse con un ambiente hostil, por un lado la enorme responsabilidad de la atención médica y las continuas exigencias laborales de los jefes de los diferentes servicios; también enfrentan la incomprensión y a veces rechazo por parte de los médicos adscritos; la competencia atroz con los demás residentes; y en muchas ocasiones padecen el desdén de los demás miembros del equipo de salud (enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, etc.). Todo esto origina que algunos de los problemas más frecuentes que padecen los residentes son depresión, insatisfacción laboral, a la par de un alto consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Los psiquiatras titulados creen que la causa de estos problemas son fundamentalmente las continuas y extenuantes guardias y el exceso de trabajo. Aunque por otro lado, estos mismos psiquiatras titulados al hablar de la prevalencia de consumo de psicofármacos entre los médicos residentes, señalan que tal vez se deba a que existe una mayor permisividad social hacia las nuevas generaciones en el consumo de psicoactivos. Así las cosas, tenemos que existe un alto desgaste profesional entre los médicos residentes quienes presentan el llamado síndrome de Burnout, que básicamente consiste en desinterés, apatía y episodios recurrentes de depresión.

En el mismo sentido y para terminar este punto vemos como esta enorme carga laboral no es exclusiva de los residentes de psiquiatría sino que es extensiva a los profesionales, a los médicos titulados. Muchos psiquiatras no solo laboran en una institución, a veces están en dos instituciones públicas o en una pública y en una privada, o tienen su propio consultorio. Otros además de la atención médica dedican parte de su tiempo a la docencia o al apoyo en ONG'S o incluso tienen negocios que atender. De cualquier forma, si el laborar en dos empleos es altamente estresante más aún si tienen que atender pacientes psiquiátricos. Puede haber una importante remuneración económica, pero nada evita la enorme carga emocional con la que tienen que lidiar y su consecuente estrés.

Otro importante factor relacionado con la predisposición al consumo de psicoactivos es la relación familiar y la situación personal. Una persona que viene de una situación familiar donde hay incidencia de consumo, donde hay desintegración y una mala relación estará más predispuesta al consumo que otra que tiene una mejor situación familiar. Los estudios con gemelos son ambiguos al respecto, pues algunos resultados denotan el aspecto genético y otros el cultural. Sin embargo podemos decir, que sabemos que es muy importante el aspecto cultural, una persona que viene de una familia de bebedores o consumidores de otros psicoactivos podría o no ser igual que ellos, todo dependerá de muchos factores del medio ambiente, más que de sus genes.

Además de eso, hemos corroborado en campo que cuando la propia vida del individuo, las malas relaciones familiares o de pareja, o la ausencia de ella, lo llevan a una vida vacía, sin interés, el tener una personalidad dependiente, frágil o vulnerable es probable que se acerque al consumo.

Por otro lado, un importante elemento que posibilita el consumo de psicoactivos es el acceso a estos, muchos investigadores lo han señalado, pero en nuestro caso, el trabajo de campo nos permite saber que es un factor crucial. Los psiquiatras

tienen acceso de muy diversas formas a psicofármacos, ahí están cotidianamente los representantes de los laboratorios para darles muestras gratuitas, además son médicos y si hiciera falta pueden autorecetarse, o pedirle a un colega que los recete y en el más complejo de los panoramas pedirle a un paciente que les lleve el medicamento. Las opciones son muchas, la cuestión es que evidentemente no todos tienen porque recurrir a ellas. Alguien muy inteligente de nuestros entrevistados decía: “si quisieras tienes el paraíso en tus manos”. Obviamente es una cuestión de elección, pero en una circunstancia de necesidad o emergencia médica es muy probable que recurran al uso de algo que tienen a la mano.

Un elemento básico a considerar en la predisposición al consumo de los psicofármacos es el conocimiento sobre cómo funcionan, cómo actúan, que daños pueden producir. No es lo mismo ser una persona común, con un conocimiento limitado sobre cómo actúan los psicofármacos a ser un médico y conocer de manera general esos mecanismos, ventajas y desventajas; y más aún si se es un psiquiatra, experto en el conocimiento teórico y clínico de estos mecanismos. Un adolescente no sabe si el consumo de una *tacha*, o un cigarro de marihuana puede llevarlo a la dependencia, no conoce cuáles son sus principios activos, sus mecanismos de acción, sobre que neuroreceptores actúa, ni las consecuencias a corto, mediano o largo plazo puede tener el consumo de esas sustancias. Ahora bien cuando alguien, como un profesional de la psiquiatría conoce todo lo anterior, es más fácil elegir entre consumir y no consumir, sabe por su formación académica y su experiencia clínica como actúan las sustancias, los efectos adversos, los pasos que llevan a la dependencia física, la interacción con otros fármacos y otras sustancias, es decir, nadie, ni los neurólogos, cardiólogos o médicos generales conoce todos los alcances y limitaciones de estos psicofármacos. En uno de los capítulos de esta tesis decimos que el conocimiento es poder, aquí es más que claro. Si se usan ciertas sustancias, bajo cierta dosis y circunstancias se sabe que no habrá grandes daños. Todo lo anterior posibilitaría un uso discrecional de algunos psicofármacos.



Un último elemento a considerar como un factor predisponente al consumo de psicoactivos es la visión desprejuiciada sobre este consumo. Para muchos de los profesionales de la psiquiatría consumir psicoactivos no es valorado como bueno o malo, de hecho para muchos de ellos es como cualquier otra preferencia: a algunos les gusta el fútbol, a otros la carne asada y a unos más los psicoactivos. Tratan cotidianamente con pacientes con problemas de consumo de psicoactivos, recetan todos los días psicofármacos a sus demás pacientes, conviven constantemente con los representantes de los laboratorios, que tratan de convencerlos de las bondades de nuevos psicofármacos, etc.

Así las cosas, alguien que tiene una visión amplia y desprejuiciada sobre el consumo de psicoactivos si se viera en la necesidad, o curiosidad, de consumirlos evidentemente no lo vería como algo malo o negativo; y es justamente este punto el que los puede predisponer al consumo de sustancias psicoactivas, pues están entrenados para no considerar este consumo como algo tan terriblemente malo o dañino.

Por último, al realizar esta investigación nos damos cuenta de la importancia de abordar un fenómeno tan complejo como el consumo de psicoactivos desde una perspectiva amplia, transdisciplinaria. Los estudios desde la genética y la neurobiología aportan una parte de la comprensión del fenómeno, aunque prácticamente se limitan a genes, alelos, y estructuras neurobiológicas. Por otro lado, la investigación antropológica aporta toda la visión del contexto sociocultural, utilizando diversas metodologías, que fundamentalmente incluyen el trabajo de campo, entrevistas, historias de vida, etc. Por nuestra parte en esta investigación hemos vinculado el conocimiento del ámbito neurobiológico y genético con el conocimiento antropológico, a través del trabajo de campo, entrevistas, charlas, y la presencia cotidiana durante catorce meses de estancia en la Unidad de Atención Psiquiátrica. Además hemos incorporado el importante aporte del análisis lingüístico y del análisis del discurso para desentrañar los sentidos de los discursos presentes en nuestro *corpus*; y todo lo anterior bajo una perspectiva

semiótica e integradora, donde lo biológico, lo etnológico y lo lingüístico confluyen para dar explicaciones claras y aportar al conocimiento científico de este fenómeno.

Finalmente presentamos todos aquellos factores que predispondrían a los profesionales de la psiquiatría al consumo de psicofármacos: los factores estresantes (los factores ambientales como el espacio, la hacinación, el ruido; las relaciones interpersonales conflictivas, hostiles; la lucha por el poder y los recursos; la carga laboral excesiva; todos los factores adversos de la formación de los psiquiatras, es decir, las circunstancias de la residencia). Por otro lado, una mala relación familiar, una inadecuada situación personal, una personalidad frágil o vulnerable. Además un fácil acceso a los psicoactivos; un conocimiento profundo de los mecanismos de acción, ventajas y desventajas del consumo de los psicoactivos; y por último, una visión desprejuiciada sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Cuando tenemos todos estos elementos, o bien una buena cantidad de ellos lo más probable es que se presente algún evento de consumo de psicoactivos.

## 6. Referencias Bibliográficas

Amunts K, et al. 2005. "Cytoarchitectonic mapping of the human amygdala, hippocampal region and entorhinal cortex: intersubject variability and probability maps" *Anat Embryol (Berl)*. Vol. 210. n.º 5-6. pp. 343-52

Andreatic, R., Chaney, S. Y Hirsh, J. 1999. "El papel de genes circadianos en la sensibilización a la cocaína en *Melanogaster del Drosophila*". *Ciencia* 285, 1066-1068.

Aravena C, Teresa et al. 2002. Síndrome de Williams: estudio clínico, citogenético, neurofisiológico y neuroanatómico. *Revista Médica de Chile*, Santiago, v. 130, n. 6, jun.

Arrantz, B. et al. 2001. "Disfunción genética del receptor de serotonina 5-HT<sub>2A</sub> en los trastornos psiquiátricos" *Actas Españolas de Psiquiatría*. 29 (2):131-138

Arzápalo Marín, Ramón. 2007. *El ritual de los Bacabes*. UNAM/UADY. Mérida.

Austin, John L. 1962. "Conferencia" en *Cómo hacer cosas con palabras*, Barcelona, Piados, 1998, pp.41 -52

Ayesta, F.J. 2002. "Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol". *Adicciones*. v. 14, suplemento 1. 2002. Monografía Alcohol. Ed. Antonio Gual. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Valencia, España. pp. 63-78.

Baca, Enrique. s/f. Cap. 9 "Medicina Genómica y Psiquiatría". En *Ochoa y la Medicina Clínica*. Universidad Autónoma de Madrid.

Backer, Catherine. 2004. *Behavioral Genetics. An introduction to how genes and environments interact through development to shape differences in mood, personality, and intelligence*. AAAS/The Hasting Center.

Bairoch A. 2000. "The ENZYME database in 2000". *NucleicAcids Res*28: 304-305.

Bainton, R.J. y otros. 2000. "La dopamina modula respuestas agudas a la cocaína, nicotina y etanol en *Drosophila*". *Curr.Biol*. 10, 187-194 (2000).

Baum, A., Singer, J., & Baum, C. 1982. "Stress and the environment". En G. Evans, *Environmental Stress* (págs. 89-127). New York: Cambridge University Press.

Beck. 1986. *Teoría cognitiva de la depresión*. Bilbao. Desclee de Brouwer.

Becoña, E. 2007. "Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas". *Papeles del Psicólogo*, 28, 11-20.

Benes, F.M. 2001. "Carlsson and the discovery of dopamine". *Trends in Pharmacological Sciences*, v.22, Issue 1, 1 Enero, p. 46-47.

Berridge, K y Robinson, T. 1998. "What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience?". *Brain Res Rev* 28 (3): 309-369.

Bourdieu, Pierre. 2007. *El sentido práctico*. Siglo XXI. Buenos Aires

Brun- Gasca, et al. 2005 "Aspectos médicos y conductuales del Síndrome de Angelman" *Revista Neurología*; 41 (11) 649-656. España

Calhoun, John B. 1962. "Population density and social pathology". *Scientific American*, Vol. 206 (2), 1962, 139-150

Castellanos et al 2006. "Estrés y conducta adictiva" *Revista Mexicana de Neurociencias*. 2006; 7 (1): 21-29

Cloninger, R. 1994. Temperament and personality. *Current opinion in neurobiology*. 4, 266-273.

Crabbe, J.C. 1996. Consumo elevado de alcohol en ratones nulos del mutante que carecen de receptores 5-HT<sub>1B</sub> de serotonina. *Naturaleza Genet*. 14, 98-101.

Chao, Ruen Yen. 1970. "Some aspects of the relation between theory and method" En Garvin, Paul. *Method and theory in linguistics*. University of California at Los Angeles. Bunker-Ramo Corporation, United States Air Force. Office of Scientific Research. The Hague, Mouton.

D'Anello, Silvana 2003. Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Venezuela. MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. 9 N° 1-4. 2000. (2003). Mérida. Venezuela

Escohotado, A. 1989. *Historia Universal de las drogas*. 3 v. Madrid: Alianza Editorial

Fernández-Montalvo et al. 2004. Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, mayo, año/v. 4, no.002. Asociación Española de Psicología Conductual. Granada, España. pp. 271-283.

Foucault, Michelle. 2007. *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France(1973-1974)*. FCE. Buenos Aires

Freud, S. 1905. "Tres ensayos de teoría sexual". En *Obras Completas* (2ª Ed.), Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Gamella, J.F. y Jiménez, M.L. 2003.*El consumo prolongado de cannabis. Pautas, tendencias y consecuencias*. Madrid, FAD.

García Siete, Julio César. 2012. *Centro de Atención Psicológica en Morelia Michoacán*. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, México.

Gerra G, et al. 1995 "Clonidine and opiate receptor antagonists in the treatment of heroin addiction". *J Subst Abuse Treat* 12: 35-41.

Giuliano, F. y Allard, J. 2001. "Dopamine and male sexual function".*EurUrol*40: 601-608.

Glockner, Julio. 2000 "Cuando los espíritus llegan". *Escritos*. Revista del Centro de Ciencias del Lenguaje. No. 22 julio-diciembre. BUAP. México. 95-107

Goffman, Erving. 2001.*Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina.

Goldman, et al. 2005. "Genetic of addiction: Undercovering the Genes" *Nature Review Genetic* Julio 2005 v. 6

Grenier, J et al. 2006 "Pomelo juice, but not cranberry juice, affects the pharmacokinetics of cyclosporine in humans". *Clinical Pharmacology Therapy*.79 (3): 255-262

Hodapp, Robert M. y Dykens, Elisabeth M. 2004. "Genética y fenotipo conductual en la discapacidad intelectual: su aplicación a la cognición y a la conducta problemática" (1ª Parte) *Revista Síndrome de Down* 134 21: 134-149, 2004

Ibáñez Cuadrado, Ángela. 2008. *ADICCIONES*, 2008. v.20 No. 2. p.103-110

Iniesta, et al 2005. "Análisis estadístico de polimorfismos genéticos en estudios epidemiológicos". *GacSanit* 2005; 19(4): 333-345

I. Martínez-Gras, et al. 2007. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 35(2):122-129

Jiménez Ruiz, C.A et al. 2008. "Vías neurofisiológicas de la dependencia a la nicotina.Oportunidades Terapéuticas". *Revista de Patología Respiratoria*. Vol. 11 no. 2. abril- junio 2008. Pp. 67-70

José Rojas, Diego. 2005 "Una mirada al consumo de psicoactivos entre adolescentes". *Adolescencia y adicciones*. Universidad de la Sabana. Bogotá.

Kalivas y Volkow 2005. "Fundamentos neurales de la adicción".*Am J Psychiatry (Ed Esp)* 8:10, Noviembre-Diciembre 2005 20

Krystal, H. 1977.Aspects of affects theory.*Bulletin of the Menninger Clinic* (41) 1-26.

Koob y Le Moal. 2001. "Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis". *Europsychopharmacology*.Vol.24, No.2. New York. 97-129

Kurlan, Roger. 2004. *Handbook of Tourette's Syndrome and Related Tic and Behavioral Disorders*, pg. 256. Informa HealthCare.

López Durán, Ana; Becoña Iglesias, Elisardo. 2009.El consumo de cocaína desde la perspectiva psicológica. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 30, Núm. 2, mayo-agosto, pp. 125-134

Marlatt A, Barret K. 1994. "Relapse prevention. In: GalanterM, Kleber H. Textbook of substance abuse treatment".*Washington; Am PsychiatricPress*. 1994; 20: 285-7.

Martínez Lanz, Patricia et al. 2004. "Consumo de alcohol y drogas en personal de Salud: algunos factores relacionados". *Salud Mental*. Diciembre. año/vol. 27.No.006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México. D.F. pp. 17-27

McClung, C. Y Hirsch, J. 1999. "Tyramina ysensibilización a la cocaína en *Drosophila*". *Curr. Biol*. 9, 853-860.

Mejía Castillo,Aurora de Jesús. 2011."Estrés ambiental e impacto de los factores ambientales en la escuela".*Pampedia*, No.7, julio 2010-junio.

Moral de la Rubia, José. 2005. "Avances en la investigación sobre dependencia de sustancias". *Artemisa Medigraphics en línea* Octubre-Diciembre v. 6 No. 4

Nestler, J Erick. 2003. "Genes y Adicción". *RET Revista de Toxicomanías* No. 34.

Nestler, J Erick. 2001. "Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction". *Nature Rev Neurosc* 2001; 2: 119-28

Neurath, Johannes. 2008. "Alteridad constituyente y relaciones de tránsito en el ritual huichol: iniciación, antiiniciación y alianza". *Cuicuilco*, Vol. 15, Núm. 42, enero-abril. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México. 29-44

Olds J, Milner P. 1954. "Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain". *J Comp Physiol Psychol* 47 (6): 419-27.

Olds, J. 1975. "Centros del placer en el cerebro". *Psicología contemporánea. Selecciones del Scientifican American*. España: Ed. Blume, 1975: 28-34.

Pallarés, J. 2003. *Las drogas y su mundo. Drogas Sociedad y Ley. Avances en drogodependencias*. Pantoja y Aveijon. Instituto Deusto de Drogodependencias/ Universidad de Deusto. Bilbao. Cap 4. pp. 135-158

Peirce, Charles S. 2005. "El icono, el índice y el símbolo" En *Collected Papers of Charles Sanders Peirce*, vols. 1-8, C. Hartshorne, P. Weiss y A. W. Burks (eds). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Ramsden, Edmund. 2009. "El animal urbano". *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2009;87:82-82

Rende, Richard D. y Plomin, Robert. 1991. "Child and Parent Perceptions of the Upsettingness of Major Life Events". *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, Mayo, v. 32 Issue 4, p627-633

Romaní, Oriol. 1999. *Las drogas. Sueños y Razones*. Barcelona, Ariel, pp. 85-116.

Romaní, O et al. 1995. *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta; hacia un modelo de interpretación*. Barcelona. Grupo Igja.

Rosales, Eduardo et al. 2005. "Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México". *Revistade Especialidades Médico-Quirúrgicas*. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) México, México. pp. 25-36.

S.Al-Halabi, J.M. Errasti. 2011. *Manual de trastornos adictivos de la personalidad*. Ars Médica. Barcelona. 2da. Edición.

Salzmann, Zdenek. 1989. *Antropología. Panorama general*. Publicaciones Cultural. México.

Sánchez-Izquierdo, M. et al. 2001. Aplicaciones clínicas de las nuevas técnicas de citogenética molecular en hematología. *Haematologica* (ed. esp.), volume 86, supl.1, octubre. pp 156-161

Schwiendbacher I, Fendt M, Richardson R, Schnitzler HU. 2004. "Temporary inactivation of the nucleus accumbens disrupts acquisition and expression of fear-potentiated startle in rats". *Brain Res.*1027 (1-2): 87–93.

Sebeok, Thomas A. 1986. *I think I am a verb. More contributions to the doctrine of signs.* Pleuman Press.

Self, David. 2004. "Imagen en neurociencia". *American Journal of Psychiatry* (Ed Esp) 7:5, mayo 2004.

Sivak, R y Wiater, A. 1997. Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica. Buenos Aires, Paidós

Souza et al. 2004. "Adicciones: neuroquímica y terapéutica". *Revista Mexicana de Neurociencias* 2004; 5(6): 619- 634

Stone, m.H. 1997. *Healing the Mind. A history of psychiatry from antiquity to the present.* (W.W. Norton & Company, Eds.) New York, U.S.A.

Tominga, Carol. A. 2004. "Dependencia y abuso de sustancias". *American Journal of Psychiatry* (Ed. Esp) 7:5, mayo 2004.

Uribe, Carlos et al. 2006. "Virginidad, Anorexia y Brujería: El Caso de la Pequeña Ismenia". *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología.* Nº 3, Julio-Diciembre 2006 Bogotá, Colombia. pp. 51-90

Uexküll, Jakob von. 1928 [1973]. *Theoretische Biologie.* Frankfurt/Main: Suhrkamp

Uexküll, Jakob von. 1940. *Bedeutungslehre.* Leipzig: Barth.

Wartofsky, Marx W. 1986. *Introducción a la filosofía de la ciencia.* Ed. Alianza Universidad. Madrid.

Wittgenstein, Ludwig. 1992. *Gramática Filosófica.* UNAM. México



## 7. Anexos

### Anexo 1

En este anexo se presenta la transcripción literal de nueve entrevistas realizadas a los médicos psiquiatras, no aparece el nombre de ninguno de los entrevistados, pues con todos y cada uno de ellos nos comprometimos, a través de la firma conjunta de un consentimiento informado, que se respetaría su anonimato; son la parte más importante del *corpus*, a partir de estos materiales se hicieron los análisis lingüístico, y se tomaron en cuenta los elementos paralingüísticos y kinésicos, los cuales fueron confrontados con lo observado en campo. En este conjunto de entrevistas podemos ver muchos elementos de coincidencia entre los entrevistados: todos son psiquiatras, todos tratan cotidianamente pacientes, casi todos coinciden en que uno de los más importantes factores estresantes con los que tienen que enfrentar es el trato con este tipo particular de pacientes. Por otro lado, vemos en las propias entrevistas las diferencias entre los entrevistados: hay tres mujeres y seis hombres, dos de los nueve son muy jóvenes, otros maduros y algunos mayores; casi todos se formaron en el Hospital Fray Bernardino, pero uno lo hizo en el Hospital 20 de Noviembre y una doctora en el Hospital Central Militar. Algunos además de trabajar en la Unidad donde los entrevistamos trabajan en la consulta privada, otros además son profesores universitarios. Otros tienen además de psiquiatría una formación como psicoanalistas. Más o menos la mitad son casados y los otros solteros. Estos materiales podrían ser una confiable fuente de información para futuros investigadores interesados en el tema, ya que aquí es posible penetrar, aunque sea de manera indirecta en el mundo de los psiquiatras, la salud mental, sus concepciones sobre la enfermedad, el trato con los pacientes, sus relaciones interpersonales, y lo que más nos interesó: todos aquellos factores estresantes que posibilitan el consumo de psicoactivos. Es impresionante el conocimiento farmacológico y clínico que tienen sobre los psicofármacos y psicoactivos en general. En este anexo es posible encontrar la mención a un gran

número de psicofármacos, sus grupos, los medicamentos específicos, incluso hay alusiones directas a su posología, y en qué casos es útil o no un psicofármaco. Se habla de antidepresivos, ansiolíticos, somníferos, benzodiacepinas, opiáceos, anfetaminas, opioides. Algunos comentan extensivamente sobre psicoactivos ilegales como marihuana, tachas, éxtasis, cocaína, drogas de diseño, incluso plantas alucinógenas además de una inmensa cantidad de fármacos o de sus nombres comerciales. Esperamos que algún futuro interesado en la materia pueda consultarlo.

## **Entrevista 1**

**I:** ¿Cuál es su antigüedad en el ejercicio profesional y su estado civil?

**E:** Soy casado, tengo 31 años de casado, la psiquiatría la inicié en el 79... ya tengo 31 años en esto.

**I:** ¿Su edad doctor?

**E:** 60 años

**I:** ¿Usted considera que su situación laboral es muy estresante?

**E:** No, como te decía hace un rato... a través de la carrera vas conociendo todas las áreas de la medicina, llega el momento en que te decides por una por ... tal continuidad en una de las áreas... a mí me pasó cuando estaba estudiando la...la carrera que me gustó el manejo del paciente psiquiátrico... pero no lo concreté hasta 4 años después que terminé la carrera y presenté el examen nacional para la residencia, antes tenías que hacer un año de residencia rotatoria, ahora ya no lo haces entras directamente a la especialidad, entonces todavía termine el año de

residencia rotatoria, pasé las “eh” los exámenes o las “eh” las entrevistas y ya fui aceptado en el Bernardino, entonces es una idea que traes desde estudiante con la... te valoras en la habilidad del manejo, en internado y servicio social, la habilidad y manejo de tales y cuales pacientes con tales patologías entonces te das una idea de por dónde vas a darle continuidad a tu ... a tu especialidad. Cuando algo te gusta y lo haces con gusto es todo un placer hacerlo y máxime cuando se trata de la salud mental de un paciente “no” aquí lo que tenemos que aprender es a saborear, a paladear, cuando ves que el paciente empieza a ser funcional por que llega en muy malas condiciones “no” y no te estoy hablando de los pacientes locos, esquizofrénicos, maniacos en general, pero muchos de los pacientes que llegan aquí ves que llegan en muy malas condiciones con depresiones severas, graves, niños con trastornos de conducta, muy graves también, y conforme vas viendo la evolución del tratamiento y vas mejorando, ves que la familia está muy contenta por los cambios que están sufriendo los niños, el paciente está contento porque está saliendo de su depresión, está entendiendo su... que está generando su depresión, está bloqueando las “este” los generadores de la problemática, en ese momento te vas metiendo con la confianza de que lo que estás haciendo lo estás haciendo bien y ya cuando ves los resultados, ves las respuestas en los pacientes te sientes gratificado, te sientes contento de hacer las cosas y sales de aquí cansado, porque a pesar de los problemas, de las piedras que te pone la dirección en el camino, en fin ... bueno pues es tu profesión y la estas ejerciendo con gusto, con ánimo y la estas disfrutando, definitivamente es un disfrute lo que estoy haciendo yo aquí... el... no es estresante, a lo mejor te estresas un poco cuando ves que el paciente no va evolucionando de acuerdo a lo que tu estas planeando, para la siguiente o la tercera entrevista que no hay cambios “este” muy obvios en el paciente entonces empiezas a... a... ponerte un poco ansioso, pero esa ansiedad te obliga a buscar más información sobre el paciente que estás viendo , sobre la sintomatología que estás detectando en el paciente y te metes a internet o vas a los libros, o vas a los clásicos en fin, buscas información para ver dónde estás fallando por un lado, o por otro lado, aquí hacemos pequeños corrillos y platicamos sobre un paciente

¡oye mira tengo este paciente en estas condiciones y ya le mande esto y esto otro y no está evolucionando en la forma en que esperábamos! ¡Bueno y por qué no le intentas con esto, porque mira este va a actuar a este nivel del cerebro, va a actuar sobre las ¡dopaminas! en fin, y esto te da la pauta, primero para la convivencia, segundo para la recreación entre los conocimientos... lo académico y tercero, pues para el bienestar del paciente; esos son los únicos pacientes que a mí me ponen ansioso, los que no van evolucionando favorablemente y esto me da la pauta para que esta ansiedad la canalice para buscar información y darle opciones al paciente.

**I:** Cómo en el caso que comentó en la sesión clínica sobre una chica, usted decía que ya ha buscado diversos...

**E:** Si es un caso especial porque es... tan especial... la familia ya no la aguanta porque grita, llora todo el día a raíz de la muerte del padre, es una paciente con retraso mental, con daño orgánico cerebral, para acabarla de amolar y luego “este” de por sí ya tiene sus problemas de conducta, sus alteraciones de la mente, es severo, muere el padre y entra en una depresión, una depresión psicótica, bueno como esta tan ... tan “este” con un cuadro de agitación psicomotriz severo la mando al Bernardino a internar y la internan pero no la aguantan... no la aguantan en el Bernardino y a los 10 días va para afuera, ¿Oye, pero por qué me la estas mandando en esas condiciones? y vuelvo, insisto en que se interne porque es una paciente que está ocasionando una gran problemática entre la familia y ya no la aceptan, que porque desorganiza el...el ... el... “este” el pabellón, es un caso extraordinario, yo nunca había tenido un caso así que me lo hayan corrido del hospital “no”, en el hospital se seda a la paciente, se busca que esté en tranquilidad, se dan los medicamento agudos, por eso se manda a un hospital para que este allí a...a...a la vista de todo el personal especializado y que se den las indicaciones adecuadas para controlar a un paciente que esta “este” con un cuadro de agitación psicomotriz, bueno pero.. son casos extraordinarios y si esa paciente la presente, que por cierto tú te diste cuenta que nadie me dio opciones,

y entonces bueno “pues “ a buscarle, a buscarle a donde “este” por donde le tengo que entrar a la paciente, bueno pues ya empezamos a manejar inclusive medicamentos que tenía años que no manejaba, los empecé a investigar, bueno en plan de investigación aplicada, ésta paciente mejoro y actualmente se ha controlado, si, con medicamentos que hace 15 años no usaba “eh” ya de los primeros antipsicóticos .

**I:** ¿Dentro de su actividad profesional, de manera práctica, hay alguna actividad más específica que pudiera ser más estresante?

**E:** Mira hay pacientes de psicoterapia específicamente... que no se abren a la posibilidad, no se abren al tratamiento, son gente muy hermética que tienes que trabajar y que sabes por dónde está el problema pero no... no hay esa apertura del paciente, tienes que ir por un lado, por otro lado, y hay pacientes que si definitivamente “este” no hay una apertura... algo pasa en la relación médico paciente que no se da esa... esa posibilidad y...y con todo... a todos nos pasa, entonces estás en la alternativa de cambio de médico, la alternativa de cambio de terapeuta, donde dices: bueno yo debo reconocer que en cuestiones de psicofarmacología soy bueno, es mi área, me gusta pero en la psicoterapia a lo mejor estoy fallando en esto y... y no estoy “eh” haciendo un buen trabajo, no me estoy desarrollando bien, me estoy topando con situaciones que no... que me bloquean y que bueno hay la alternativa de cambiar de terapeuta para que veamos otra técnica u otra escuela que nos abra los caminos del paciente, a veces si es pesado ese tipo de pacientes y especialmente son pacientes de... pacientes con psiconeurosis hacia los trastornos de personalidad y especialmente hay una entidad que se llama trastorno evolutivo de personalidad donde “eh” funcionan normalmente pero entran en cuadros micro psicóticos, suben, bajan, entran, salen de la psicosis, son gente que tienen una gran cantidad de conflictos... personales, laborales, sociales, familiares... pero ellos no entienden que tienen un problema... primero para que vengan aquí es porque ya pasaron... ya les recomendaron, alguien le grito, alguien le dijo ¡oye tu estas mal!

y por ahí alguien le convenció de que viniera acá, a veces no vienen muy convencidos, vienen a ver que hay, ese sería uno de los pacientes que son un poquito difíciles de manejar en psicoterapia “eh”; yo creo que de los mas frustrantes definitivamente es un área muy, muy, difícil para el psiquiatra, es las adicciones “eh” sabes de antemano que un buen porcentaje de ese tipo de pacientes va a recaer, entonces tienes que saber la calidad de la cocaína, por ejemplo, no es lo mismo la *grapa* de \$25 a la de \$250, va a salir mejor el de \$25 que el consume “eh” la... la *cocaína* más pura... los riesgos también los vas a ir tomando “no”, pero por ejemplo, esto en cocainómanos en chavos que utilizan... pacientes jóvenes, principalmente, que utilizan las *anfetaminas*, las *tachas* famosas y el *cemento* o los “eh” *solventes* industriales, esos son muy difíciles, es muy frustrante trabajar con ellos... tienes la... en mente tienes la... el panorama del paciente “eh” y sabes que va a haber recaídas pero en fin, y de todos modos aunque sabes que va a haber recaídas y el paciente recae pues sientes “un” una sensación de fracaso “no”, pero vamos, esto lo puedes manejar muy bien porque tienes que hacer una racionalización, tienes que echar a andar los... tus propios mecanismos de defensa y decir bueno pues no, no fallé, es el entorno, es el medio, es la familia, es un tipo rechazado, es un tipo que... que... que nunca le dieron el afecto, la atención, nunca lo encaminaron o simplemente porque le gusta o el alcohólico crónico que le gusta la droga y que no le interesa dejar la droga, bueno son pacientes que realmente no son pacientes comprometidos con el médico ni con su salud, si vienen aquí es porque era un requisito, porque se les sorprendió en la escuela, se le sorprendió en la familia, se les encontró el cigarro ó el *polvito*, el paciente “eh” adicto a drogas que viene el con la intención de mejorar si mejoran y mejoran en un porcentaje un alto allí el...el promedio de recaídas es muy bajo él viene convencido de que necesita la ayuda y que va a salir adelante yo creo que esos serian mis 2 puntos más estresantes de la carrera, del área.

I: ¿Usted considera que las relaciones, aquí, entre el personal de salud al interior de la unidad son cordiales o conflictivas?

**E:** La... la... la mayor parte de la gente que trabajamos aquí, excepto 3 o 4, ya son una... es como una familia, ya ... la mayor parte tenemos muchos años trabajando aquí y eso nos lleva a tener, obviamente como toda familia, una... pues algunos problemillas por ahí, algunos malos entendidos pero en general la relación es estable, creo que la inestabilidad, la problemática mayor en esta ocasión es... la... las autoridades... puede ser que sea la... la dirección uno de la factores más importantes, pero yo creo que también uno de... un factor muy importante son... y obvio también un factor de estrés, es un grupo de gentes que cada sexenio vienen que se les asignó una oficina donde no saben qué hacer y entonces vienen a hacer una serie de modificaciones al programa, a las actividades que desarrollamos y cada vez nos ponen cosas “este” raras, extrañas “no”, la mayor parte de éstas gentes no tienen conocimiento de cómo se maneja un paciente psiquiátrico ¡porque se les tiene que dar 40 minutos de atención o 30 minutos, ¡hay que bajarle el tratamiento!, eso sí estresa un poco porque te aumenta mucho el...el...la actividad administrativa y le resta tiempo al paciente y esto va en deterioro de la calidad de atención que le das al paciente; pero volviendo al tema de la...de las relaciones interpersonales... así como nos podemos agredir en un momento dado por alguna una situación, un mal entendido, entonces no podemos ser tan cordiales como siempre y tú lo has visto las ocasiones que nos hemos reunido para una actividad, algún festejo de fin de año, “este” el aniversario, pues es un grupo muy compacto, muy cordial, con sus excepciones, pero son extremadamente raras y la ...la dirección pues si se mantiene un poco al margen y también, y es obvio que muchas gentes tienen problemas porque a lo mejor se les concede el permiso, a lo mejor no se le dio “este” no seleccionaron una actividad que tenían que desarrollar en fin , entonces si hay fricciones un poco con la autoridad; dentro de los compañeros hay mucha cordialidad, hay muy buena empatía con la mayoría, yo diría que el 90% o más tenemos una muy buena relación, ya nos conocemos muy bien “no” después de 27 años de estar aquí, ya sabemos quién es quien, como podemos platicar, que tema no debemos de tocar, que situaciones debemos de manejar con calma y pues ya nos conocemos mucho, muy íntimamente y “este” no solamente dentro de la buena relación que

existe laboral si no ya externamente también, tenemos relaciones sociales... entonces voy a calificar como muy buena la...la actividad dentro del personal de aquí del centro.

**I:** Bueno yo de manera externa sin conocerlos me da la impresión de que si es cordial, pero también que hay muchos como grupúsculos “no”, hay un grupo de psicólogas que siempre están juntas, van a comer juntas, la mayoría de los médicos, de los psiquiatras yo los he visto más compactos comparados con el demás personal o sea como que están un poco, yo diría segmentados, pero eso no quiere decir que sea conflictivo “no”

**E:** Si... si definitivamente los médicos con los médicos, enfermeras con enfermeras, psicólogas con psicólogas y trabajadoras sociales con psi... eso se ve muy, muy “eh” obvio a la hora del almuerzo... las enfermeras bueno porque están en grupo porque no pueden dejar enfermería sola, “eh” psicología si se puede salir todo mundo, trabajo social, los médicos siempre se queda uno de guardia pero en general “este” “eh” como es poco el tiempo para... para el almuerzo entonces se van por pequeños grupos, obviamente se van por grupos de acuerdo a la...a la actividad que están desarrollando pero a veces si combinamos a veces vamos a comer a desayunar con las psicólogas o con las trabajadoras sociales o nos vamos a dar la vuelta por ahí al mercadito los jueves, que por cierto hay unos tacos de moronga exquisitos, en fin, pero si hay...hay ...hay ... hay grupos pequeños que se “eh” que tienen actividades y “eh” muy individuales muy estrictas... pero ya cuando hay una actividad global la mayor parte par... mayor número del personal participa en estas actividades.

**I:** ¿Alguna vez estuvo trabajando en un hospital aparte del psiquiátrico o solamente desempeño esa actividad, por ejemplo, en la residencia?

**E:** En la...en lo profesional solamente “este” ya en la...la carrera si las actividades en hospitales generales estuve 2 años en hospital general con una actividad si



“este”... fuerte, una actividad que te dejaba totalmente desgastado pero es parte de la formación del médico.

**I:** ¿Qué servicio dentro del hospital, me refiero al hospital psiquiátrico, sería el que genera una situación más estresante según usted?

**E:** Yo creo que urgencias, urgencias ahí si es estresante porque tienes que manejar con mucho cuidado al paciente que vas a utilizar por primera vez, a veces tienes que pedir una información previa a la familia de...de por qué me lo lleva, en qué condiciones está, porque allí el paciente en cualquier momento puede ser explosivo... “eh” agresivo, que no tolera mucho la...la... bueno primero que sean llevados a fuerza, porque no hay conciencia de enfermedad mental y puede en un momento tener un cuadro de agitación psicomotriz y tener una crisis de agresividad indiscriminada y te rompe la cara “no”, ahí si es especialmente en urgencias cuando recibes al paciente que no conoces “eh” y tienes que manejarlo con mucho cuidado; a mí me toco una vez por ejemplo “eh” llego un paciente y traía una pistola, un paciente psicótico, psicótico, delirante, alucinado, con grados de conducta y con un arma “eh” ya fui y lo reporte pero no podíamos sacarlo del hospital entonces llego un médico ya de experiencia, llego con un baumanómetro, le avisó al paciente que le iba a tomar la presión arterial, el paciente colaboró muy bien “este” no vio ningún peligro, y cuando estaba tomando la presión arterial en un momento le sacó la pistola, para esto ya estaban algunas, no te digo un guardia de seguridad en esa época entonces “este” a veces entre los mismos compañeros apoyábamos y bueno le dimos atención al paciente para controlarlo en lo que la enfermera lo inyectaba, pero por el riesgo que representa el paciente desconocido, el paciente psicótico agudo, el servicio de urgencias es el...si es muy estresante... al principio porque ya después “este” como que reconoces fácilmente al paciente que puede dar problemas y tomar tus precauciones para evitar algún desaguisado “no” alguna agresión pero si a...a...a algunos agredidos allí en el hospital, a un compañero mío le aventaron la máquina de escribir en la cabeza, que por suerte no...no le golpeó pero de ese tipo de agresiones si

recibimos yo creo que todos en algún momento dado “no”, todos fuimos agredidos en esa forma pero salimos adelante todos, nunca sufrimos una lesión de consideración... en los pisos también “este” en el...un hospital psiquiátrico también tienes que tomar tus precauciones por los pacientes nuevos especialmente, los pacientes ya conocidos los puedes manejar muy bien, platicas con ellos, los interrogas vas viendo la evolución de cada uno de los pacientes, pero los nuevos si hay que tener precaución porque como no están controlados no hay rejas, no hay pacientes amarrados, sujetos, los sujetas químicamente con medicamentos y esos son los pacientes que debemos de manejar con mucho cuidado, ahí tenías los factores estresantes del hospital... especialmente por la facilidad con que estás...puedes ser objeto de agresión estás muy expuesto.

**I:** Tengo un amigo que está haciendo la sub especialidad allá en el Fray y él dice que tiene el record de haber quitado la mayor cantidad de armas y me ha contado muchas experiencias “no” como estas cosas que me dice de una viejita, una señora mayor y que la llevó la familia porque había balaceado a una de las hijas o algo así y que al doctor le dijo sabes que te salvaste “no” me caías bien pero te iba a balacear; bueno unas experiencias así.

**E:** Yo tuve una experiencia semejante con un... con un “este” con un paciente... y “este” me dijo ¡oye doctor me caíste bien me...me...me gusto como me atendiste por lo tanto antes de subirme a piso te doy este! me sacó una varilla con una punta... y en ese momento se me aflojaron los calcetines, el susto fue...fue mayúsculo, eso te habla del peligro que puede representar un paciente en urgencias, no solamente en el hospital, yo estuve en Netzahualcóyotl y allá llegaron muchos pacientes heridos “este” alcoholizados o drogados que también se ponían con cuadro de agitación psicomotriz y muchas veces llegaron armados especialmente en Acapulco yo “eh” bueno, fuimos balaceados “eh” ... un paciente que llegó alcoholizado llegó muy, muy, intoxicado con alcohol y... pues se le dio la atención, se le pusieron soluciones “eh” se mejoró su estado de ebriedad y cuando mejoró su estado de ebriedad empezó a...a echar disparates, entonces se le llamó

la atención, sacó la pistola y aventó un par de balazos “no” no... no hubo lesionados “no” pero si el susto fue mayúsculo... a dos pasos ya estaba del otro lado yo del hospital.

I: ¿Doctor y que hace usted para liberar el estrés?

E: Muchas actividades, desde muy pequeño practico artes marciales *tai chi chuan*, *wushu*, *tai chi ko*, *kung fu* “este” me gusta mucho la artesanía oriental es muy relajante “este” tengo *bonsáis* y me dedico a...a cuidarlos, a mimarlos, a que...no, no, les hago demasiado porque los dejo un tiempo...son muy silvestres, pues si, cuando crecen realmente de más hay que podarlos, hay que quitarles algunas cosillas por ahí, cuidar de que no haya “eh” insectos dañinos, en fin, yo tenía como 140 pero mi hija tuvo un accidente y fue muy grave, una situación de crisis y los descuide, entonces se secaron la mayor parte, me quedaron 18 y esos 18 son los que me...si me dedico un buen rato a ellos, esos serían mis puntos de distracción, obviamente la familia “no”, la familia es muy relajante mis hijos van bien en la escuela, uno ya está titulado, el otro se titula “este” a final de este año académico, la...la chica pues ya va muy bien, tiene excelente promedio, también ella está estudiando psicología, entonces ver...ver... todo eso “eh” esa “eh” evolución de mis hijos que van bien, que son muchachos que han aprovechado lo que se les ha dado, es muy gratificante, tener una esposa que a veces se aguanta el hambre hasta las 4 de la tarde que llego a tu casa y “este” si para comer juntos, si exactamente o de ahí nos vamos a comer, ya los hijos como son mayores ya cada quien toma su rumbo y pocas veces estamos en... en compañía pero “eh” promovemos que haya comidas regularmente “no”, una vez al mes nos salimos a comer por ahí y eso es muy gratificante y pues la música... que la música que debería ser muy relajante para mí sería, bueno para muchos sería la música clásica, para mí el rock and roll, el blues, es mi relajante principal y el cine cuando se puede, algunas series de actividades “no” vamos a los museos que hay de...te puedo contar 15 museos de...del metro de hidalgo a...a el último museo que es el de José Luis Cuevas en ese inter hay 20 museos que puedes visitar, viajar

también es un *hobbie*, no se puede “este” viajar muy frecuentemente pero los relajante principales son mi familia, mis árboles y mis actividades que desarrollo con, con mis hermanos; también tenemos un pequeño negocio, nos va bien y todos colaboramos en una forma armónica, algunos pleitecillos por ahí de vez en cuando, pero generalmente hay mucha armonía, entonces “este” primero no me estreso, procuro no estresarme, cuando me estreso procuro relajarme con...con ese tipo de actividades... ahora la práctica del *wushu* es muy...muy relajante o el *tai chi chuan* también es muy relajante, se conoce mejor como *tai chi* “si” son ejercicios de...nada de violentos, no son golpes, son ejercicios, “no” el *lima lama* también es un arte marcial, “no” el *wushu* es una serie de ejercicios de actividades, más que nada dinámicas de tu cuerpo, no es violencia, no es golpe, no es nada, son ejercicios de...que te producen energía, la captación del...del, de la energía universal.

**I:** Esto no está en el cuestionario pero le preguntaría ¿Usted conoce los temazcales doctor?

**E:** Si, allá por el estado de México hay algunos lugares que son “este” “eh” hoteles...hoteles tres estrellas porque hay un *temazcal* y hacen todo el ritual allí y te ponen en medio de... de un lugar...en fin, si eso es muy relajante como puede ser muy relajante yo... mira cuando estoy muy estresado, o estoy muy enojado o no puedo dormir, no tomo, no bebo no...no me gusta el alcohol, así me tomo una cerveza de un solo trago y eso me relaja pero magníficamente, me relaja me tranquiliza y en la noche, cuando me la tomo de esa forma, me produce un rico sueño, rápido me voy a dormir, ahora del alcohol me gusta el sabor pero no me gusta el efecto... me gusta y... y... entonces yo tomo muy poco porque no me gusta marearme pero si me gusta disfrutar desde un mezcal, un buen aguardiente hasta un buen coñac pasando por todas las bebidas que tú quieras... pero si mi... el consumo de alcohol es muy ... muy leve... pero muy disfrutable.

**I:** Bueno le decía lo del temazcal, eso ya es tema de otra conversación pero yo más bien, mi actividad profesional la he hecho más con curanderos que con médicos entonces yo conozco temazcales en prácticamente todo el país, bueno es una experiencia creo que muy relajante, por eso le comentaba y depende de los lugares, del contexto, yo creo como cualquier consulta médica “no” depende del especialista, depende la enfermedad, la motivación, pero muchas veces son curativos y son diferentes, solamente desestresante “no”, relajante.

**E:** Si, porque yo estuve en un lugar en el Estado de México, no recuerdo como se llama no me...no me puedo acordar, que el *temazcal* es un ritual y te inducen al *temazcal*, te hacen una plática, te...te ponen un... como un pequeño “eh” lugar con flores, no propiamente florero si no flores aromáticas, yerbas aromáticas “este” hay funciones, todo el ritual es muy rico, interesante pero definitivamente estar dentro de un *temazcal* es rico... antiguamente hace muchos, muchos, años acostumbrábamos el vapor, los baños de vapor que eran comunitarios hace muchísimos años que ya... ya no existen pero también era muy rico “no” meterte al turco, por ejemplo, ahí quedabas bien deshidratado pero muy relajado.

**I:** Doctor usted ¿Cree que sea común que los médicos sean muy cautelosos con el uso de, por ejemplo, opiáceos para manejar el dolor, no estoy hablando en el caso particular de psiquiatría si no en general los médicos, por ejemplo, oncólogos?

**E:** Si mira los angiólogos que son especialistas en dolor son los que manejan más este tipo de medicamentos... aquí no los usamos porque no tenían ninguna indicación, ninguno de los *opiáceos* ni sus derivados, pero si se maneja con mucho cuidado tiene que llevar una receta especial, no con cualquier receta, te...te surten el medicamento, hay farmacias especiales también para que surtan estos medicamentos... “eh”, si hay un muy, muy, buen control pero si te vas a Tepito, te vas a Iztapalapa los pacientes mismos... te informan como... como consiguen... “este” *opiáceos* “no”.

**I:** Bueno le pregunto esto obviamente porque es parte del tema, pero le he comentado que doy clase aquí en la escuela de medicina del poli, platico con los chavos “no”, los papás de algunos son médicos y tienen farmacias entonces allí hay un manejo, yo diría, poco adecuado los chavos pues extraen algunos medicamentos para poder estudiar, para no dormirse cuando tienen exámenes o algunos incluso para venderlos, o sea, allí hay un manejo pues poco....

**E:** Si la “eh” estos medicamentos que se utilizan para no dormir para supuestamente estar más activos y...y tener una alerta, hacían aprender más, supuestamente, no ...no son *opiáceos* son “este” *fenidatos* y el *metilfenidato* y sus derivados, las *tachas* por ejemplo, “este”, son muy socorrido dentro de la...dentro de los jóvenes, entonces curiosamente no usan tanto los medicamentos por prescripción si no se van más al... al...al... a la... al mercado negro y entonces hay el... el... el *speed* el...el... inclusive el *Red Bull* y ese tipo de cosas pueden utilizar combinados con *tachas* y es lo que acelera a los jóvenes, este es muy usado... tengo amigos que son urgenciólogos, por ejemplo, me estaban platicando, “no”, están llegando muchos chamacos jóvenes entre los 12 y los 20, 25 años a urgencias con crisis graves de ansiedad... producida por “este” la...la “este” el...el...el estimulante doble, el medicamento o la *tacha* o la droga combinado con *Red Bull* o con... no me acuerdo como se llaman las otras marcas las bebidas energizantes que tienen *taurina* y que tienen algunos “este” una gran cantidad de cafeína, la combinación es delicada y el consumo entre los jóvenes es muy, muy, frecuente.

**I:** Le voy a contar “este”, ayer les envié a mis alumnos un cuestionario muy semejante a este, por cierto, pero adaptado para estudiantes entonces ya le contare los resultados tengo 35 alumnos, le contare, digo para que vea, veamos la comparación un poco de cómo...lo que el otro día platicábamos “no” también que me decía “bueno cuando yo era estudiante pues era otra cosa “no” y ahora cada vez hay mayor consumo y a edades más tempranas “no”.

**E:** Definitivamente, definitivamente... “eh”... el... el mercado era poco accesible para un estudiante, por ejemplo ¿Quién fumaba *marihuana*? Pues fumaba *marihuana* la gente de...los ladrones, los criminales, ese tipo de gente, fumaba *marihuana* ¿Quién era? los que asaltaban o...o. “este” o gente... gente mala en general “no”... a raíz de lo del movimiento *hippie*, del movimiento sesentero con todos los cambios se popularizó mucho la *marihuana* y empezó a consumirse por todos lados... lo vi en las drogas como el *LSD* que también empezó a tener mucho auge, el tenerla en las manos y... y decir ¿la consumo o no la consumo? Yo tuve una adicción al tabaco desde muy joven desde los 12, 13 años y...y pienso, bueno si yo me hice adicto fácilmente al tabaco, bueno mi papá fumaba, entiende por ahí “este” no a lo mejor esto me va a gustar, mejor no le entro, si fue una... a pesar de que yo estaba joven entre 16, 17 años, empecé cuando iba hacia a la prepa pero además yo llevo ya la... carga de haber estudiado en una escuela *Lasallista* la primaria y la secundaria becado , “este” ya vas preparado para... para el rechazo “no” y la familia también el rechazo de ese tipo de cosas “este” pero si las tuve en las manos las *anfetaminas*, las *bencedrinas* , los *ciclopales*, ya no existen ellos, la *marihuana*, el *LSD* , los *ácidos*, pero no nunca me llamó la atención consumirlos, miedo, yo creo que fue miedo a...a...adquirir la adicción, entonces, pero ahora la ....

**I:** La conciencia de riesgo ¿no?

**E:** Si, pero eso ya fue a partir del 67 con la...con el movimiento *hippie* en, en... su esplendor el consumo de *marihuana* que fue mundial y luego ya vino la... el *LSD*, que el laboratorio empezó a experimentar con pacientes psiquiátricos y no pues complicaba más el problema pero de ahí paso a... a publicitarse por todos lados, en medios de comunicación que en Inglaterra se consumía mucho el...el *LSD* y la misma “este” “eh” necesidad de búsqueda y la curiosidad que lleva a uno a buscar el *LSD*, luego te vendían aquí porque veían que nunca te hacía nada, compraban algunos amigos y no, jamás viajaron, ”este”... ahora... bueno eso era ya a finales

de la prepa, dentro de la prepa “este” que te diré muy por arriba de los 16, 17 años tomando en cuenta que entrabamos a...a... a primero a los 7, 8 años no como ahora que entras a los 6 entonces a la prepa entrabas a los 16, 17 años... y...y ese era más o menos el...el... la edad de inicio de consumo de algunas cosas, años un poco.. unos años después vino lo del *cemento*, *activo* y ese tipo de drogas, pero el consumo se iniciaba entre los 17, 18 años, ahora los chavitos de 12, 13 años de...recién salidos de primaria o recién ingresados a secundaria que ya consumen *drogas* “no” y es muy socorrido, desgraciadamente es muy socorrido, “este” porque son de verdad dañinas el...los *solventes* y ya un poquito más después la *marihuana*... y las *anfetaminas*, que es también en ese orden de consumo, hace que será, hace unos 12, 15 años comenzaron a haber los *rave* que son unas fiestas que duran 24-48 hrs., entonces “este” consumen muchas *anfetaminas*... y...y la combinan con bebidas energizantes..., tienen que tomar una gran cantidad de agua para evitar la deshidratación entonces consumen mucha agua... pero son *drogas socializadoras* “fíjate” principalmente las *anfetaminas* son *drogas socializadoras*, es tanta la actividad que no importa con quien estés a un lado, lo importante es estar activo y platicar, y menearse y bailar... “eh” no los justifico, de ninguna manera, nunca he justificado ninguna *droga*... “este” eso con respecto a... a... este tipo de...a esta línea de *drogas* que no tienen nada que ver con los... con los “este” con la *morfina*, la *cocaína*, los *opiáceos* en general, que yo en sí, insisto “este” son *drogas* que puedes conseguir en el mercado negro pero no son tan solicitadas “fíjate” igual que... que el *rivotril* o el *robinul* que estuvo mucho de moda pues era para dormirse te atontabas, te quedabas dormido... digo que obviamente que no tenía ningún chiste tomar este tipo de *drogas*, entonces empezó a tener una ...una “eh” “eh” elevación en el índice de...de consumo de *drogas*, las *anfetaminas*, las *anfetaminas* siempre han sido muy socorridas, desde que tengo uso de razón académico he conocido gente que consume *anfetaminas* para “no” estudiar todo... en aquel tiempo todo el año para en una semana, 7 días poner en riesgo tu salud y no dormir para estudiar para tus examen “no”, no dormías presentabas el examen y el efecto te continuaba ya dormías un poco y te preparas para el



siguiente examen, si era desgastante “no”, sabemos que uno de los “este” medicamentos que pueden... bueno de sustancias que pueden producir un cuadro tipo *esquizofrenia* principalmente, las *anfetaminas*, “eh” “este” principalmente las *anfetaminas* que son preparadas en el mercado negro que son más dañinas que las que son “eh” fármacos propiamente, se aplican muy bien, son excelentes porque dan excelente resultado, pacientes con *TDA* evolucionan fabulosamente con *anfetaminas*... y... bueno hay gente, jóvenes que se tomaban su *tacha* para acelerarse y resulta que se controlaban muy bien “no”, se desaceleraban (risas) los que tienen un problema de *TDA* que nunca supieron que tenían su *TDA*.

I: Hay un doctor uruguayo que escribe un artículo donde dice que es muy alto el consumo de psicoactivos en psiquiatras por lo menos en Uruguay, también... también entre las especialidades que él estudia pues están los anesthesiólogos “no” entonces la pregunta es digo de manera general ¿Cómo cuál cree usted que sea la causa? En ese caso en particular “no” que pudiera...

E: Lo que yo se que aquí en México es que los principales consumidores de... de *psicotrópicos* son los “eh” odontólogos... en segundo lugar son los cirujanos en cualquiera de sus ramas cualquiera de sus especialidades y a veces los pediatras... dentro de los dentistas hay el más alto índice de suicidios, por ejemplo, que no se da mucho en psiquiatras, si se da pero el porcentaje es mucho menor... dentro del medio “eh” ...yo no tengo noticias de que algunos de mis compañeros ingieran *psicotrópicos*... si tenemos algunos familiares que “eh” por situaciones especiales se les maneja medicamentos inclusive intercambiamos medicamentos aquí, pero que alguien los utilice para consumirlos hasta donde yo sé no, hay poco... poca investigación al respecto en...en la bibliografía mexicana... que nos pueda orientar a ver cuál es el índice de consumo de... de *fármacos* en psiquiatras ahí si no te se responder, te podría decir del medio, el medio que yo conozco “no”, no tengo ningún dato de que alguien tome medicamentos, sabíamos de alguien “no” y que termino muy mal pero seguía siendo un caso muy conocido además no es psiquiatra... el abusó de fármacos

por una enfermedad física que le llevo a consumir “eh” medicamentos “este” pues ya de tipo *morfínicos* ... por dolor pero que producen adormecimiento entonces para evitar el dolor se tomaba otro medicamento que para...para...el *metilfenidato* para activarse, hizo varias combinaciones que lo llevaron a una *psicosis*, está internado, está hospitalizado, pero a lo largo de toda mi experiencia en este centro que he compartido con los psiquiatras no...no tengo conocimiento de alguien que los consuma.

I: Bueno, antes de continuar quiero explicarle que yo no estoy prejuiciando de entrada... antes, o sea antes si lo que por ejemplo lo me dice este caso de este doctor pues algo que ahorita es algo más que evidente pero también yo también entiendo que no es psiquiatra, entonces como que eso que me dijo uno de sus colegas “es que cuando te están formando si te dan elementos como para proteger tu personalidad para no hacer en muchas cosas” por ejemplo, habla él de su experiencia “no”.

E: No, no es verdad, nunca nos preparan para ese tipo de...de...de problemas de la medicina, cuando hace uno una especialidad desde el primer momento te ponen en contacto con el paciente y te ponen en manos de residentes que tienen un poco más de experiencia... y para entrar a la especialidad además de pasar el examen nos hacen una entrevistas y ven si contamos con...con la calidad humana, intelectual “eh” de conocimientos, de personalidad para poder ingresar a la carrera pero de ahí a que nos den “eh” formas para resistir embates de los pro... problemas psiquiátricos no es cierto, cada quien habla por su cuenta, yo estuve en psicoanálisis dos años y pues por mi cuenta, nunca tuvimos un área en donde “dijera y vamos a utilizar este tipo de herramientas para tener una mejor consistencia, una personalidad más fuerte, una personalidad con más firmeza para” desde el principio tienes que tener una barrera muy intencionada de ¿Qué es el paciente? De ¿Cómo es la problemática del paciente? Que es tu problemática, ver la mía, que algún momento alguien llegue con una problemática como la que yo tengo en este momento y me mueve cosas, si es cierto, pero tiene

que estar preparado para esto y hacer una independencia total, el paciente es el paciente, tienes que darle la atención independientemente que este moviendo o no cosas y ya en tu momento si no... si te das cuenta de que te movió demasiadas cosas estas inquieto, intranquilo tienes que ir con tu... con tu... asesor para que lo... lo comenten "no", ya no estoy propiamente en psicoterapia pero tengo un asesor y "este" y lo llevo a asesoría en un momento dado... pero "eh" yo creo que he ido como un par de veces realmente no...no "este"... a través del tiempo vas empezando a...a...hacer la diferenciación entre la...la patología de un paciente independientemente de cuál sea si es leve, moderada, severa, si es un problema de personalidad, un problema neurótico, es un problema "eh" de una pérdida total y...y que tiene que adaptarse a la pérdida o es una psicosis "no"... pero son padecimientos, yo que soy médico internista llega un paciente con hipertensión o con una cardiopatía no voy a tratar la cardiopatía ni la hipertensión "no", dentro de la medicina psiquiátrica así es y...y yo soy hipertenso y no me va a mover nada que yo trate de un hipertenso ¿verdad? Y así vamos a tener la patología, una...una gama de patologías impresionantes que no vamos a adquirir porque somos médicos y la... la psiquiatría somos médicos, somos médicos a...a... que manejamos emociones es cierto, pero manejamos situaciones en fin, pero que realmente no nos "eh" no nos perjudica en absolutamente nada, al menos que tengas conflictos muy graves "no" y si se dan que tengas conflictos muy graves y que el hecho de confrontarte con un paciente o...o no... o no.. "este" marcar tus límites, con las emociones, de la paciente seductora, que te atrae, que está "buenota", que está bonita y que te esta "este" seduciendo, tienes patrones de conducta ya muy bien establecidos que nos "este" nos limita en ese aspecto "no" hay que tener mucho respeto por la profesión, hay que tener mucho respeto por el consultorio y mucho respeto, mucho respeto por el paciente... vienen muchas mujeres que son maltratadas, que son llevadas a la sumisión, que son... que viven solas, bueno viven en familia pero son mujeres totalmente solas y aquí el hecho de que le des la palabra, que le des atención que tenga ese contacto verbal contigo "este" hay muchas... frecuentemente hay un pseudo enamoramiento, entonces cuando te empieza a florear tienes que empezar a trabajar esos

aspectos... bueno por ahí alguien sé que aprovecha de las circunstancias para... para tener inclusive sexo con una paciente “no”, es cuestión de personalidades, es cuestión de... de conciencia, es cuestión de ética, es cuestión de formación, yo creo que desde tu niñez, también interviene todo la...la... la calidad de... de la educación que te den desde pequeño y además tus propios “este” intereses, por su supuesto no te puedes involucrar con un paciente absolutamente nunca... es involucrarte con alguien que te está seduciendo, es que esta.. tiene un problema que se llama histeria y si te pones a tener una relación con ella te expones a una gran cantidad de problemas y de conflictos y que te van a llevar... te pueden llevar hasta... hasta problemas personales, familiares, entonces no te puedes involucrar con alguien que tiene una enfermedad que tiene una... una patología bien identificada y te seduce y hay pacientes muy guapas y muy... muy bonitas figuras, cuerpos, pero que tienen su patología y sabes perfectamente que si te involucras con una gente de ese tipo te va a ocasionar problemas y pueden ser problemas muy graves, pues entonces eso ya sería otro tipo de razonamiento “no”, pero vamos, estamos preparados para ese tipo de cosas, a la mejor allá en los tiempos de la residencia al menos nos estimulaba un poco “no” pero no nunca paso de... de pensamiento nunca paso a algún... algún hecho... “eh” “eh” entonces es cuestión de personalidad, es cuestión de carácter, es cuestión de información, es cuestión de educación, es cuestión de... de cómo manejes tus principios morales, en fin, todavía tienes que muchas cosas para poder... definir exactamente lo que la paciente necesita, lo que la paciente requiere, lo que tú le puedas brindar, sin ir más allá de la mesa “no” del escritorio.

**I:** ¿Para usted es fácil el acceso a los medicamentos?

**E:** Si, por supuesto, por supuesto tenemos aquí acceso a los medicamentos nos traen muestras médicas, no de los medicamentos que... yo no entiendo, bueno si entiendo y se por qué pero muchas veces el hecho de consumir un *benzodiazepínico* es para dormir y uno lo que no quiere en esta vida es dormir tiene que disfrutarla, disfrutar esta noche y todos los cambios que...que se

celebran en tu cuerpo o la obscuridad que te producen el sueño pero eso de tomar algún medicamento para andar somnoliento durante el día pues yo no, tiene su indicación y tiene una única indicación muy específica y tenemos acceso a una gran cantidad de medicamentos puedes tu hacer tus recetas, ir a la farmacia y tus o...o mandar a Enrique... a quique... el muchacho de aquí y que vaya a la primera farmacia que encuentre y que te surta el medicamento y puede ser “este” *benzodiazepínico* para ponerte *topi*, *lepi*, somnoliento puede ser “este” lo que tú quieras “no” benzo... “este” el *metilfenidato* que... que te vuelve activo, inquieto, bueno tampoco, la única sensación, puedes andar inquieto mejor me tomo una taza de café y...y me despierta pero en cuestión de...de acceso a medicamento tenemos toda inclusive a *morfínicos* también recetas especiales porque no tenemos recetas para...para opiá... para medicamentos de ese tipo de... de rango pero solo a los derivados si tenemos acceso y puedes encontrar tu receta y “este” te la puedes surtir fácilmente entonces el acceso a medicamentos tienes todo una gama excepto “este” controlados de...no me acuerdo como se llaman estos... bueno “eh” de cierta...cierta área de medicamentos que necesitas una receta especial para surtirlos “no”, *morfina*, *heroína*, este tipo de medicamentos.

I: Algo así me estaba comentando el jefe de enseñanza que me dice “pues si el acceso es libre” “no” pero de ahí.

E: Pero no nada más nosotros cualquier médico que tenga alguna receta tiene acceso a todo tipo de medicamentos.

I: ¿Ustedes los psiquiatras como valoran el alto consumo de psicoactivos, de psicofármacos? en general, no me refiero como usted dice pues no al consumo que pueda tener algún compañero o algún otro médico si no en general.

E: Es una “eh” entidad nosológica muy “este” es multifactorial “eh” la yo en los últimos 10 años... más o menos a...a... a partir de mil... del 2004- 2005...yo creo que ese año de 2004-2005 más o menos en un promedio de 12 meses vi tal

cantidad de...de adictos... que no había visto en todo mi historial “eh” profesional “si” a partir del 2002- 2003 empezó a incrementarse y aquí empezaron a llegar adictos a partir del 2003- 2004, pero entre el 2004 y el 2005 llegaron tantos que dije “jamás he visto tantos en tan poco tiempo más que en toda mi vida profesional” ... bueno desde la familia desintegrada, o la familia que vive en conjunto pero hay violencia intrafamiliar, donde el padre es alcohólico o es adicto, “eh” “eh” el maltrato del menor, el maltrato del adolescente, “eh” el que no den los padres una imagen sana, donde el niño pueda reflejarse, aprender, el niño es una esponja que está aprendiendo todo lo que tiene a su alrededor, especialmente de los más importante que son sus padres, si no das una...una imagen sana el niño va a tomar todos sus defectos y en un momento dado si mi papá es alcohólico, toma alcohol y mi papá es *superman*, es lo máximo bueno pues yo también lo puedo hacer en determinado momento y el alcohol puede presentarse a los 12 años a los 18 a los 21... “eh” yo creo que sería parte de la “eh” importante de la creación de la adicción, otra es la experiencia y quedarte no solamente en la experiencia si no quedarte en ya en la... en el consumo constante y eso es muy frecuente por eso los que se dedican a la venta de drogas es irse sobre el adolescente, sobre el niño se secundaria o el niño que está en quinto o sexto de primaria porque es el que puede ser un...un potencial consumidor de *drogas* y...y hacerlo dependiente “no” es al que le voy a surtir la *droga*... en... en la adolescencia pues vivimos en la tinado... la tina es parte de la esencia del adolescente que está adoleciendo de cambios estructurales de...de... de la... de la brecha generacional “este” el “eh” el...la apertura hacia una nueva forma de vida, el incremento de las hormonas y todas estas cosas que suceden el adolescente y...y buscan estar constantemente experimentando situaciones y dentro de esta gama de experimentaciones y situaciones porque entras nuevamente... inicialmente entra ya a la situación de la búsqueda del afecto del sexo opuesto, de tener la novia, pues tener algo para invitarle, tener... en fin aparte de toda esta serie de experimentos que está llevando el adolescente también puede ser caer en la *droga*, pero ahí ya no tiene la formación “eh” hablan de nuestra educación pública en el precio no en el desastre, no hay una formación de los maestros

adecuada para poder transmitir la información de...preventiva contra las *drogas*, el maestro puede saber muchísimo pero no está preparado no le interesa el alumnado y entonces no hay una “eh” “eh” información adecuada con respecto a...a las *drogas*, a veces los papás ponemos el tabú de la *drogas* y no queremos hablar de eso porque a lo mejor si yo hablo de eso a lo mejor estoy impulsando a que consuma *drogas*, entonces tenemos todavía esa serie de tabúes incluyendo el del sexo que es el que menos se habla dentro de la familia “eh”... caracteres con problemas... problemas acontecidos en la infancia o en la pre adolescencia que te llevan a tener alteraciones de carácter, alteraciones de iniciativa de la personalidad donde eres inseguro, donde eres tímido, donde no te puedes involucrar con las muchachas inclusive con...con los compañeros entonces el alcohol por ejemplo puede ser un buen socializador lo que se usa mucho es la...las *tachas* que es un derivado del *metilfenidato* que son *drogassocializadoras* y hay mucha soledad entre los muchachos, porque ya no le da la atención del padre, ya no juegan con ellos no tienen actividades deportivas o por lo menos caminatas en fin , en su casa los ponen a comer y hacer la tarea, comer y hacer otra cosa y a comer como una forma de... de disminuir la ansiedad o la misma... lo mismo acondicionamiento familiar que ... que te lleva a tener una... una sensación de... de inquietud que no sabes cómo manejar entonces lo hace por medio de la comida empieza a comer de forma desordenada totalmente... y... y estas todas estas características son muy propicias para...para la.. el consumo de la experiencia de la *droga* y el quedarte ya en el consumo “eh” crónico de la *droga* y también las situaciones políticas del país, la falta de empleo, es decir que estas visualizando dentro de tu futuro cuando ya empiezas a ser “eh” adulto joven, ya estás por ingresar a ser adulto joven... estás en la preparatoria que...que... qué ves en frente de ti como panorama de vida “no” y es un desastre, no, no hay modelo “este” “eh”... hay muchos profesionales que están teniendo actividades totalmente ajenas a estas “eh” ingenieros que son taxistas o que hay muchos comerciantes que son veterinarios, médicos en fin hay de todo, entonces muchas veces eso “eh” te lleva también a buscar ciertas alternativas y otro...otro también es la socialización con...con el grupo de la *droga* ”no” si “eh” dentro de mi entorno

siempre hay cierto grupo deportivo a lo mejor y por el otro lado está el grupo de la *droga*, cuando tienes problemas de personalidad, cuando tienes problemas de timidez, que te cuesta relacionarte, esta gente te acepta fácilmente y te abriga y te cobija pero también “este” te invita al consumo para que estén al parejo... y “eh” son gente bien aceptada que recibe afecto, que recibe atención que.. que “este” que ya es miembro de la pandilla del *gang* y... y es su refugio social “no” porque ahí se siente bien, se siente aceptado, lo que no siente dentro de la familia y como esa hay otras causas más pero es multifactorial “no” no tiene una... una génesis específica.

I: ¿Y usted considera que hay una diferencia entre este consumo de psicoactivos por prescripción médica y uno patológico?

E: Tienes que tener mucho cuidado con los medicamentos, sabes perfectamente... tienes que saber cuáles son los medicamentos que pueden causar una *adicción* y... y... y ya tienes tu “eh” al momento farmacológico bien definido todo este tipos de medicamentos... por ejemplo los *benzodiazepínicos* es muy común la *adicción* y podemos en serio “eh” llevar a un paciente a la *adicción* si no podemos manejar el medicamento, el medicamento no debe usarse por más de tres meses, debes de tener un programa bien específico, tienes que llevar inclusive un control de cuantas tabletas estás dando, para cuanto tiempo y cuando va a venir a consulta y cuando va a venir por medicamento la siguiente vez, precisamente para evitar que haya *consumo*... por ejemplo el *clonazepam*, el *domino* era en su momento la reina famosa, se consumía por todos lados y que era un medicamento que hizo muy rico al laboratorio porque dentro del mercado negro era muy fácil adquirirlo y a los chamacos les encantaba “no”, hace rato hablábamos de la... del acceso al... al medicamento controlado “no” yo he vivido experiencias aquí de... de... de personas que son traídas por sus familiares porque están consumiendo *clonazepam* por ejemplo de 2 mg 14-15 pastillas diarias y que ya no les hacía efecto, obviamente el cuerpo se adapta al medicamento y cada vez se necesita una dosis mayor para poder tener el efecto y estas gentes como consiguen una



caja cada 2 días de medicamento tienen... tienen que tener poder económico o roban...o ...o dentro de la misma casa cogen objetos y las van y los “este” los empeñan o los venden para tener dinero... es muy fácil ir a una imprenta y sacar un... un recetario no hay ningún contrario al respecto entonces no solamente el médico tiene acceso al... al medicamento toda cualquier persona que sea “eh” un poquito lista y vaya con un... con una... a una imprenta, a lo mejor tienes que darle una mordida para que hagan un recetario, esta señora ya... ya era una señora grande sesenta y tantos años tenía ya varios años haciendo eso, ella se hacía sus recetas y ella se surtía en diferentes farmacias y “este” un día fue sorprendida por los hijos y entonces ya porque se ponía... compraba ya frascos de 100.. de 100 “este” tabletas y se dividía entonces “este” se tomaba 15 diarias y pues ya más o menos veía para cuando tenía que ir a comprar otro, entonces se dieron cuenta que tenía un montón de frasquitos ahí y que consumía en grandes cantidades, le prohibieron, obviamente la paciente cayó en una situación grave de crisis porque le suspendieron el medicamento bruscamente, esa paciente sigue tomando *clonazepam* pero está tomando media tableta en la mañana y media en la noche, trabajas durante meses haciendo una reducción progresiva de cuartito por cuartito le cambias a punto cinco tiene que tomar 20 tabletas de punto cinco y luego 19. 18 es... es fácil “no” hacer un...un programa de ese tipo “eh” “eh” a veces se nos va de las manos el tiempo, el espacio o no estamos en el ánimo, no estamos en la situación, o el paciente esta quejumbroso , a pues tómese su rivotril, tómese su *clonazepam*, tómese su... lo que tú quieras *clonazepam* y sus derivados... y ... y el paciente pues está tomando su tranquilizante y pues se siente medio atontado pero es funcional en fin, y ya cuando quiere retirar el medicamento ya no se puede le cuesta mucho trabajo entonces tienes que hacer la reducción muy, muy, específica del medicamento hasta suspenderlo definitivamente pero antes que nada tienes que tener la concientización de...de que vas a dar un medicamento y que tienes que tener cuidados y precauciones para “este” cuidar que el paciente no se acostumbre al medicamento y en cuanto el medicamento empiece a...a surtir menos efecto suspenderlo y “este” y trabajar más aspectos de ejercicio físico, de... de ejercicios respiratorios en fin, control un

poquito de la ansiedad por otros medios hasta la bolsita “no” para...para los que hiperventilan, tienen su bolsita inhalando ya se calman “no” “este” pero yo creo que es más alto el consumo por no prescripción que por prescripción, ahora “este” yo veo, por ejemplo, gente que viene del seguro o del ISSSTE que viene al psiquiatra cada año, cada 8 meses entonces el psiquiatra manda *diazepam* para un año entonces el médico general, el médico familiar perdón tiene que estar “este” obedeciendo las órdenes del especialista y cada mes va por su medicamento y tiene que tomar ese patrón durante un año, obviamente ahí caes más fácilmente en ese tipo de *adicción* por una prescripción .. por un mal manejo farmacológico del médico, pero si cuando llegan aquí los pacientes que abusan del medicamento es porque “este” alguien se los recomendó el vecino, la chava, el compañero le empezaron a dar medicamentos, pero he tenido como 4-5 pacientes que usan recetarios personales con su nombre y su dirección y todo, se hacen sus recetas, yo no sé si hay alguna ley que... que prohíba esto yo podría suponer nunca me he informado pero “este” en cualquier, en cualquier empleo no te pueden hacer tu... tu recetario.

**I:** Bueno ya estamos ahora si en el final aunque esto también ya me lo conto el otro día pero pues se lo vuelvo a preguntar ¿alguna vez ha consumido usted algún psicoactivo?

**E:** Cuando yo estaba en internado, el internado fue un... muy traumático, porque estás acostumbrado como estudiante a tener supervisión, algún médico especialista que este orientando o residentes que estén orientando o...o residentes que estás viendo como están trabajando, el ... el llegar a un hospital de concentración, un hospital general y yo ser el jefe de urgencias y yo pensé que era una broma “no”, yo era jefe de urgencias esa noche y a la siguiente noche iba a ser mi compañero ... “eh”... con la poca experiencia que tienes en el manejo ya personal, individual de poder atender un paciente, hacer un diagnóstico, una atención en fin “eh” no tener a lo mejor en ese momento te bloqueas “eh” “este”... se te olvida la medicina por completo y dices “bueno carajo que hice esto cinco

años, cuatro años de...de carrera universitaria, donde estuve, yo no sé nada de medicina” a la hora que yo me quería regresar, yo no sé nada de medicina, no soy médico , de donde saque esto, te vamos a dar chance otra oportunidad y bueno dice te fiaron “no” por qué vas a regresar fracasado a tu casa, porque se va a condoler de ti, “este” bueno vas a quedar en vergüenza con todo el mundo, entonces te dan la oportunidad, ya después te empiezan a florear los conocimientos y ya empiezas a conservar la calma, pelar guardia es espantoso de fines de semana y 48 por 48, 48 por 48 en urgencias es brutal, es criminal, de verdad, no tenía yo médicos que con quien recurrir cuando tenía una... una “este” inseguridad o un diagnóstico que no estaba yo plenamente identificado, no tenía a quien acudir que me supervisara, no había médicos de base los médicos de base trabajaban hasta... hasta las 3 de la tarde, de las tres de la tarde a las 7 de la mañana no tenías médico que te... que te supervisara absolutamente nada, si era muy traumante, una vez ya salí de guardia de 48 me fui a dormir estaba yo cansadísimo, rendido y “este” no podía dormir estaba muy inquieto y me sentía yo muy mal ya me estaba adaptando al... al trabajo hospitalario, me sentía yo muy mal, estaba muy ansioso y alguien me recomendó pues tomé un 5 mg de *diazepam* ya me lo tomé y si me quedé dormido esto fue como a las 11 de la mañana del sábado me despertaron al otro día en la mañana para comer, para desayunar por que “este” me había pasado todo el día dormido, me volví a...a quedar dormido y me despertaron para cenar y todavía me...me desperté... me despertaron para ir desayunar el lunes que ya tenía yo que entrar a trabajar, fue tan molesto, tan incómodo por qué vas quedando torpe yo creo “este” yo creo que debo hacerme un electro encefalograma porque a lo mejor tengo daño mecánico y por eso me percutió tanto el... el medicamento pero a partir de entonces jamás volví a tomar ningún...ningún *chocho* para los nervios, tomo mi hiper...antihiper... *antihipertensivo* porque tengo problemas de presión, tengo un problema del corazón y tengo que tomar mi...mi *antiarrítmico* ... pero esos ya son *drogas* que se tienen que tomar de por vida, ni modo, pero me mantiene muy sano, pero acudir a un... a un *psicotrópico* definitivamente se me hace... a lo mejor en un caso de ansiedad, ni cuando vi a mi hija tan grave y... y...y “este”

porque sufrió un accidente muy grave no tuve necesidad nunca recurrí a los medicamentos tenía que usar el pleno uso de mi alerta para poder hacer lo que tenía que hacer, lo más conveniente y...y no nunca voy a tomar porque me quedé con muy mala experiencia, te dejan un sabor de boca terrible, una... me hizo mucha y cuando me levantara yo a guardia todo somnoliento no y fueron 10 mg los que me tome, si hubiera tomado un cuartito por lo menos, no 10 mg jamás volví a tomar nada. Cuando yo tengo algún problema de insomnio tengo unas cervezas ahí en mi casa que casi no las tomo, yo tomo una cerveza de un solo trago y mira duermo rico, a mí la cerveza me relaja mucho pero eso es así ocasional y “este” nada más es una cerveza, una vez me puse una borrachera cuando era yo pasante me sentí tan mal que también dije jamás vuelvo a tomar y si tomo me gusta saborear un buen vino... saborear una copa pero no me gusta marearme, entonces es rico, el *whisky* puede ser un *Ballantines*, un *Johnny Walker* de etiqueta azul, riquísimo, o un buen tequila “no” inclusive un buen aguardiente de caña, que son muy sabrosos pero no me gusta marearme “este” la borrachera fue tan... nos tomamos 12 botellas entre 8 gentes de las 2 de la tarde a las 3 de la mañana y yo vivía en la calle principal donde pasaba todo tipo de vehículos “no”, me duro tres días la cruda y desde ahí jamás vuelvo a tomar.

I: ¿Cómo valora usted el consumo de psicoactivos? Hace rato le preguntaba bueno en general el psiquiatra pues trabaja con pacientes entre ellos adictos, me refiero a positiva, negativamente, es malo, es bueno.

E: “eh” también tienes que estar preparado para la frustración porque... curiosamente una etapa entre el 2003 y el 2006- 2007 que venían muchos *adictos* aquí... y ahorita estaba yo observando que...que en 2009-2010 disminuyo mucho la... la fluencia de *adictos*, se están abriendo otros centros de atención en otros lados a lo mejor es eso, el... el *adicto* es... es...obviamente tienes que atenderlo, tienes que saber muy bien qué tipo de...de consumo está haciendo, la cantidad, la calidad de lo que está consumiendo no es lo mismo una *grapa* de \$30 una *grapa* de 250 obviamente tiene mucho mejor pronóstico que el que toma *grapas* de \$25

por que la otra es una *cocaína* que está más pura y sale “este” más difícil el que consume cara, tú tienes la plena intención de poder ayudarlo y tratas de hacer lo mejor posible tu trabajo para que salgan a delante pero tienes que estar preparado para la frustración porque un gran porcentaje de pacientes recaen y te abandonan, la mayor de los pacientes que vienen aquí, yo creo que el 80 % de los pacientes que vienen aquí vienen por que tienen la presión de la familia y te lo depositan aquí para que tú los a tiendas y muchas veces la...la familia te responsabiliza, ese tipo de pacientes va a renunciar y va a recaer en poco tiempo, pero el paciente que viene por su voluntad yo estoy consumiendo *pedra*, estoy consumiendo *cocaína*, estoy consumiendo esto quiero salir a delante, ese paciente tiene mucho mejor pronóstico definitivamente que el que es traído y...y...entonces tienes que estar preparado precisamente porque te van a abandonar, sabes de antemano que te van a abandonar un buen número de pacientes porque no... no vienen convencidos para salir adelante del problema, vienen presionados y “este” y... y el trabajo es mucho más difícil porque no cooperan, no cooperan, entonces vienen a cumplir porque su familia le exige, vienen aquí pero “este” son... son los que no... no...no expresan nada, no siguen tus indicaciones, en fin son muy conflictivos.

## Entrevista 2

Aplicación del instrumento (entrevista semi-estructurada)

### A) Ficha

- Fecha: (3 febrero de 2011)
- Lugar: (Unidad de Atención Psiquiátrica)
- Profesión: Médico Psiquiatra
- Edad: 50 años
- Sexo: (H)
- Antigüedad en el ejercicio profesional: 24 años
- Estado civil: soltero

## B) Contexto

- Ambiente

La entrevista se realiza en el consultorio del psiquiatra en un momento en el que el Dr. no tiene pacientes, el pese a estar enfermo se muestra tranquilo, amable, en cierto modo optimista y colaborador.

- Aspecto del entrevistado

El Dr. está enfermo de gripe, su aspecto es de alguien cansado y enfermo, tiene barba de 2-3 días, tiene una camisa azul claro, un suéter rojo y trae puesta la bata blanca.

- Dinámica de la entrevista

La entrevista se realiza en el consultorio del Dr. mientras no tiene paciente, le pido que lea detenidamente el consentimiento informado, hace algunos comentarios sobre mis tutores y el proyecto, acepta y firma, yo hago lo mismo, lo hacemos en dos juegos, uno para él y el otro para mí, inicio preguntando los datos que desconozco de la ficha, edad, antigüedad en el ejercicio profesional y estado civil. Después comienzo propiamente con la entrevista, como su actitud es colaboradora no es necesario saltar preguntas, se extiende en algunas respuestas, a otras les da un poco de rodeos, sin embargo va contestando amablemente cada una de las preguntas. Voy palomeando en mi formato impreso las preguntas que va contestando. En algún momento es interrumpido por uno de los administrativos para llevarle unos recetarios (4-5), continuamos con la entrevista, pero entonces al llegar a la pregunta 8 es nuevamente interrumpido por una enfermera que le lleva un carnet y le avisa que ya llegó un paciente, al terminar de contestar esa pregunta le doy las gracias y le digo que la continuaremos más tarde o al siguiente día, cuando tenga tiempo, él me dice que claro, que cuando quiera, le agradezco y me retiro. La entrevista transcurre con normalidad y cierto grado de cordialidad, supongo que porque ya hemos tenido varias charlas previas, me conoce y conoce el proyecto. Durante todo el tiempo de la entrevista se escucha el ruido del demás personal de salud que pasa por ahí, los cuales platican, entran o salen de sus oficinas, llaman a los pacientes, etc. sin embargo, el Dr. no parece distraerse y se concentra muy bien en la entrevista. El consultorio es pequeño, solo hay un escritorio, una silla para el médico y dos del lado del paciente, hay una ventana que da hacia un pequeño patio,

el consultorio está ubicado en la planta baja, de la unidad de atención psiquiátrica, en el pasillo principal al fondo y a la derecha.

### C) Entrevista

- Transcripción de la entrevista

### 3. Registro semiótico-quinésico

- Gestual  
Gesticula de manera muy moderada: a veces abre más los ojos, o asiente con un movimiento de cabeza
- Corporal  
No está inquieto, no mueve las manos, pone mucha atención y contesta con mucha calma, parece bastante tranquilo y seguro.
- Paralingüístico  
Hay algunos momentos de la entrevista donde el Dr. hace pausas, hay silencios, en otros sube el tono de la voz, etc., por ejemplo en la primer pregunta dice algo sobre la residencia y en seguida hace una breve pausa (aquí mi impresión, es que le provoca cierta nostalgia esa etapa de su vida, y lo reafirma cuando más adelante dice que en ese entonces tenía juventud, buena salud y motivación)

### Estrategia en la entrevista:

- No leer las preguntas
- Ser claro
- Prestar toda la atención al entrevistado
- Pedir permiso de usar la grabadora
- Observar detenidamente el contexto de la entrevista y la actitud del entrevistado
- Si responde negativamente a la pregunta 3 pasar a la 5, si le causa problemas la pregunta 8 pasar a la 13, si la actitud del entrevistado no es muy positiva durante toda la entrevista dejar la pregunta 14, 15 y 16 para el final.

## ENTREVISTA2

**I:** ¿Cuánto tiempo tiene en el ejercicio profesional?

**E:** Bueno realmente uno empieza con el ejercicio profesional desde que es el *R1* que es el primer año de la especialidad y eso fue desde 1986... aquí ya en este *Centro* pues ya llevo 16 años... ya como... profesionalista basificado "si"... entonces pues ya yo veo que ya pasaron algunos años.

**I:** Una pregunta más ¿Su edad doctor?

**E:** Mi edad 50 años

**I:** Ok ¿Su estado civil?

**E:** Soltero

**I:** ¿Considera usted que su situación laboral es muy estresante?

**E:** A veces si "eh" sobre todo porque en los últimos años los padecimientos que vemos aquí como que se han a... agravado hay más estrés "este" social las personas vienen más presionadas y además hay una especie como de conciencia *litiginosa* por parte de... según nos han dicho por parte de las empresas que dan los seguros de vida "si" esto nos lo contó un psiquiatra que vino de Estados Unidos, ya hace un buen tiempo, cuando yo estaba haciendo la residencia "fíjate" ya desde aquellas épocas ya se veía venir el problema de que, ¡demande a su médico! por lo que sea ¡demande a su médico! y precisamente eso lo propiciaron, por lo menos en Estados Unidos, las empresas que venden seguros de vida para



tener “este” que vender, porque los médicos no vendían... digo las “eh” los médicos casi no compraban seguros para su ejercicio profesional y como en Estados Unidos, eso me lo confirmó otro compañero “eh” hay personas que, sicopáticamente, viven de demandar a los médicos... con o sin razón, entonces “este”, eso se ha visto, que esa conciencia *litiginosa* de demande a su médico, demande a su médico hace que los pacientes vengan ya “este” pues ya no como en plan de pacientes si no en plan de así ya de...de exigir “si” de exigir lo que ellos quieran entonces pues si...si ya se ha vuelto, ya más “este” más desgastante porque potencialmente, antes de esta moda pues tú tenías un paciente o por lo menos un enfermo que si no está totalmente consciente de ser paciente pues por lo menos era un enfermo, pero ahora tienes un potencial enemigo que te va a demandar entonces si es “este” si se ha vuelto más estresante.

**I:** ¿Qué parte dentro de esta actividad profesional sería la más estresante? el otro día me platicaba, los archivos, los pacientes pero que parte en específico de toda su actividad considera la más estresante: la consulta, lo administrativo, no sé.

**E:** Mira cuando vienen a consulta...y se les da tratamiento, bueno eso no es estresante, lo estresante es cuando un caso clínico se convierte, por la razón que sea, en un caso legal eso si ya es estresante porque esta especialidad es la... pues si no la única la más susceptible a que los casos “eh” clínicos comunes y corrientes se conviertan en problemas de tipo legal, por el tipo de pacientes que se ve aquí pongamos “este”... una pareja que se divorcia, se pelea la custodia de los hijos, se convierte en un caso legal, un paciente que en un momento dado por falta de control de impulsos...puede delinquir, se convierte en un caso legal, entonces independientemente la patología que sea y ya tiene el problema encima y pues nosotros como clínicos no los podemos ayudar, tienen que ir con un psiquiatra forense para que él pueda hacer un dictamen, porque ellos si tienen permitido hacer un dictamen por el juez y además pues su formación es en eso “si” cada... cada especialista pues tiene su cuerpo de conocimientos que le permite estar apto para tal o cual cosa, entonces los dictámenes son diferentes a

las historias clínicas, son diferentes a los resúmenes clínicos, porque en el dictamen ya se emite un juicio... en donde dices el paciente si es responsable de sus actos o no lo es, el paciente si puede trabajar o no puede trabajar, el paciente si está apto para dar el *paternaje* o el *maternaje* o no lo está etc. “si” cosa que los clínicos no tenemos permitido hacer, y cosa que en el sistema legal “eh” todavía los jueces o abogados no... no entienden, piensan que es lo mismo una cosa que la otra y no es así... entonces ahí es donde se convierte el ejercicio profesional en estresante, de hecho algunos colegas han dejado sus “este” consultorios privados porque ya están hasta el gorro de situaciones de tipo legal “eh” entonces “este”... pues esa es la parte estresante de aquí.

I: ¿Pero aquí?

E: ¿Aquí? Bueno es que aquí también ha habido casos que se hacen legales “si” por ahí “este” han llegado... pacientes que...lo más común es que los acusen de robo... posiblemente si son porque muchos de ellos “este” pues tienen un juicio de realidad muy deficiente y se les hace fácil tomar algo que no es suyo... y bueno obviamente el que es víctima de esto pues no va a ponerse a contemplar si la persona está bien de sus facultades o no, lo que se contempla es el hecho “me robo” y es cierto lo robo “si” y en lo que contempla la ley es el hecho, realmente hubo robo, ya los atenuantes en cuanto a la intención, en cuanto si fue doloso, en cuanto a si fue... por imprudencia, en cuanto así está mal de sus facultades, si esa es una atenuante que incluso lo exima de...de algún cargo, bueno eso ya se verá después, pero por lo pronto viene el problema y aquí pues si ha habido ese tipo de problemas.

I: ¿Considera que las relaciones que se dan aquí al interior del centro, de la unidad de atención son cordiales o conflictivas?

E: O sea ¿entre nosotros mismos como compañeros?

I: Si, estoy hablando de todo el personal

E: ¿De todo el personal?

I: O sea las relaciones al interior del centro

E: Que sean así cordiales al 100% pues la verdad es que tristemente no “eh”... y bueno, como en todas partes “no” así como hay familias que son... disfuncionales en alto grado y hay otras que son un poco menos disfuncionales y es más vivible la vida y otras que... se puede decir que son funcionales... entre comillas lo mismo en los centros laborales “eh” habrá unos centros laborales que tengan una dinámica, la interior muy pues si no perfecta, por lo menos aceptablemente funcional, y otros en donde de plano pues se llegan hasta a golpear “no” físicamente, claro aquí nunca se ha golpeado uno contra otro, porque eso es motivo de rescindir el contrato entonces nadie va a hacer eso y menos ahorita que esta tan difícil conseguir trabajo, pero de que si hay “este” roces, conflictos, intrigas y cosas de esas... desgraciadamente si las hay “si” a lo mejor, digo, no será de todos pero con unos cuantos, pues, con eso es suficiente para que todo lo demás te desespere, de hecho pues yo he sido víctima de...de las intrigas de algunos compañeritos por ahí “si”, llego y al otro día pues “eh” mmm los otros compañeros o incluso personas que me llegan a visitar, están cambiadas y pues yo no sé ni por qué... bueno ya me.. al principio no sabía yo porque, ya después pues me cayó el veinte de que pues algo le han de haber dicho, pues efectivamente algo le dijeron, y como la gente en muchos de los casos no tiene criterio... si... que en vez de investigar se la cree a la primera... entonces pues... “eh”... se casa con la idea que le venden... y en lo que son peras o son manzanas pues satanizan al compañero “no” y no nada más yo, si no desgraciadamente, otros antes que yo y otros después que yo también han sido víctimas de esa clase de intrigas... pero bueno, aquí lo único que me queda es, simplemente... pues no hacer caso... porque en ese sentido pues si... como te contaba yo la... el cuento del arriero de la otra vez “no” ... aquí simple y sencillamente como le vas a dar

gusto a...a todos al 100 % pues mejor hacer lo que... tu criterio te dicte y punto, y una forma, un mecanismo de aislarse de un momento dado esos roces, de esas agresiones, pues es "este"... pues yo estoy aquí en mi área... casi no salgo... unos lo toman a mal porque dicen que soy muy payaso que no convivo, otros lo entienden porque pues saben que la convivencia ya está... pues, a veces, deja que desear, a veces no y a veces hay convivencia sana pero no siempre, entonces pues yo me aísló, además realmente no me queda otra más que estar aquí porque la carga de trabajo si... a veces estoy pero con casa llena y realmente no da tiempo ni de venir al baño siquiera.

**I:** ¿Aquí al interior del centro cual servicio o qué tipo de actividad cree que sea la que genere más estrés, ya, bueno a lo mejor para ser un poco más claro porque está pensado como para un hospital entonces dice en que servicio pero pues aquí no hay?

**E:** No, pues realmente es un centro de salud realmente no hay la infraestructura de un hospital, en un hospital tienen una gama de servicios que una... que un centro de salud obviamente no tiene, ahí en un hospital pues hay consulta externa, hay hospitalización, hay urgencias, hay "este" hospital parcial aquí si hay un servicio equivalente que es centro de día "si" pero así que tenga la estructura de un hospital pues definitivamente no, no, tiene aquí, tenemos, nada más pura consulta externa, nada más, en los 2 servicios que hay que es psiquiatría y psicología... y obviamente hay otros 2 servicios más, que nos apoyan, que sería enfermería y trabajo social... pero todo en la manera de consulta externa, nada más no hay "este"... de hecho, realmente, una estructura así como para una urgencia, pues realmente "eh", en sentido estricto de la palabra no hay "si", aquí las urgencias que llegan es de pacientes que no tienen medicamento y necesitan la receta, así como de "ya" "si" te digo esa no es una urgencia ni es una emergencia, simplemente que la gente, pues por falta de disciplina, pues deja hasta lo último y esa es su urgencia "no", pero pues realmente pues, eso obviamente no es una urgencia médica... cuando los dejan sin medicación,

porque, desgraciadamente, no hay una cultura médica ni mucho menos psiquiátrica, pienso que el paciente es así como que alguien que tiene gripa “no” que el padecimiento va a pasar, que le va a durar unos días o que le duran más “no” pero que es a lo que va a pasar y ya, se va a curar y no va a saber nada de eso, nunca más, eso es falso, es otra idea preconcebida, falsa totalmente... además de no aceptar la realidad les suspenden los tratamientos, claro vienen sumamente descompensados, esa sería la otra urgencia, en que vienen mal, mal, mal pero porque no le dieron la medicina, no por otra cosa, entonces lo que se les hace es reinstalar los medicamentos y tienen que esperar, desgraciadamente, hay enfermedades como la esquizofrenia, por ejemplo, en que en cada recaída, el paciente se deteriora “eh” y una vez que ya se deterioró totalmente pues, milagros aquí no se hacen “si” aunque les den dosis altas de *psicofármacos* la respuesta va a ser más pobre ¿Por qué? porque ya hay deterioro, aparte de la enfermedad básica que es la esquizofrenia, el deterioro agregado, entonces... esas serían las urgencias de aquí, ahora cabe mencionarte que realmente urgencia y emergencia son dos cosas diferentes... una urgencia nada más tienes cuestión de minutos para resolverlo, sino el paciente se te muere... obviamente pues aquí no hay urgencias, la única y que más bien es de tipo neurológico es el *status epilepticus* o estado epiléptico, en donde es una convulsión tras otra, una convulsión tras otra, obviamente una convulsión tras otra, pues eso si mata al paciente “si”, entonces, esa sería la única urgencia psiquiátrica, que te digo más bien es del campo de la neurología, más que nada y eso “este”... si...si...si “este”... se puede considerar una urgencia, porque ahí nada más hay minutos para resolver, ahí no hay de que pensarle ni nada, ahí luego, luego tienes que empezar, básicamente con *benzodiazepinas*... “eh” intravenosas, “eh” muy bien administradas, porque si tu administras una *benzodiazepina* intravenosa “eh” en un embolo, así de golpe, pues lo matas, porque viene una depresión de los centros respiratorios, entonces tiene que ser “eh” administrada con una lentitud así de tortuga coja “no”, para que la persona no se te vaya a... también a pues a morir, por eso “no” y bueno, eso obviamente sucede en la mayoría de los casos, porque los pacientes dejan de tomar su medicamento, cuando los pacientes siguen con disciplina un tratamiento

las recaídas no suceden, obviamente las recaídas no suceden, es como el muchacho que va a la escuela... y no estudia, pues lo van a reprobar, no lo reprueban así de gratis "si", es la consecuencia, es lógica, estudias pasas no estudias no pasas, igual aquí tomas el medicamento no recaes no tomas el medicamento recaes y puede haber altas y bajas pero no recaes.

**I:** Un paciente que se psicotiza y que quiere golpear a alguien o suicidarse ¿no sería como una emergencia?

**E:** Sería una emergencia porque da tiempo de poderlo programar, es como pongamos una apendicitis... una apendicitis es una emergencia porque da tiempo de programarlo para el quirófano, da tiempo de hacerle los exámenes preoperatorios, da tiempo de que le hagan la asepsia y antisepsia, previa a la operación, da tiempo de poner los campos, da tiempo de que el cirujano se lave, se vista, se lave todo "si", claro si la emergencia no la resuelves como caemos en la apendicitis evolucionas a la peritonitis y ahí si se te muere "si" pero bueno no hay que dejar que esto suceda entonces las emergencias son programables, entonces alguien que se quiere suicidar ya lo traen aquí a la sala de espera y ya...ya "este" obviamente pues no... no se les va a suicidar aquí, porque ya están los familiares cuidándolos ya es una emergencia, o sea, da tiempo a pasarlo al consultorio con relativa calma entre comillas, da tiempo de...de estudiarlo, da tiempo de que se le receten los medicamentos y todo eso esas, son emergencias, claro que si el paciente en su casa pues ya tiene el intento suicidio...de suicidio consumado bueno entonces ya se convierte pero en una emergencia médica ya no psiquiátrica, ahí si ya tiene que ir a un hospital general a que le hagan un lavado gástrico, ya que le den, pues, toda la atención que el urgenciólogo considere necesario, porque a veces se toman medicamentos que influyen en muchas otras partes de la economía corporal "si" entonces "este" hay medicamentos que influyen sobre el sistema cardiovascular y se te mueren de eso, pero esa ya es una "este" ya... ya se convierte en una urgencia pero de tipo médico, y eso ya es un hospital general, ya los hospitales psiquiátricos ya no

tienen infraestructura como para resolver un problema de ese tipo “sí”, los hospitales psiquiátricos como el Fray Bernardino, bueno si tienen un servicio que se llama *USED* en donde tienen internistas y posiblemente ellos sí podrían contener un tipo de situación así, pero pongamos aquí pues no... aquí no hay a veces “este” ni lo más elemental, menos otras cosas “no” .

**I:** Ok, doctor ¿usted que hace para liberar el estrés?

**E:** Ay, pues para liberar el estrés... pues... que será... pues es que casi no...no había hecho gran cosa para liberar el estrés, otros lo liberan haciendo ejercicio, pero pues yo nada más hago ejercicio en una forma muy relativa por las mañanas, entonces pues ahorita prácticamente no estoy haciendo gran cosa... este cuando mucho pues el estrés me agota mucho y duermo y esa sería una forma de pues de liberarlo y sobre todo de recuperarme durmiendo pero pues “ese” otra cosa pues ya realmente pues no, no, hago otra cosa.

**I:** Pero esa...esa es suficiente “no” dormir, descansar, bueno la pregunta, le voy a explicar porque va la pregunta, va en el sentido de que mucha gente libera el estrés consumiendo alcohol, por decir algo: voy el fin de semana, el viernes saliendo del trabajo, me voy a la cantina me tomo unos tragos, estoy con los amigos y ya. Otros no, jugando futbol, otros no, pues yo voy al concierto me libero, no sé, mil formas de liberar el estrés, las señoras pues he platicado con muchas mujeres, tejiendo, haciendo manualidades y se abstraen del mundo y bueno en ese sentido es la pregunta.

**E:** Eventualmente “este” los fines de semana... llegaba yo a salir al cine, o pues aunque sea a dar la vuelta y eso pues si calmaba algo el estrés, actualmente pues ya casi ya no, porque “eh” me siento muy cansado y si llego a salir todavía pero ya no con la misma frecuencia de antes “sí”, siempre el estar joven o el estar sano es una gran ventaja y pues yo ya ni estoy joven ni estoy sano, entonces pues ya... ya...ya.. no pues ahorita pues más que nada es eso, en cuanto al alcohol pues yo

realmente no... soy abstemio "si" o sea "eh" eventualmente, allá una vez al año y eso ya sería mucho "eh" llevo a tomar alcohol y nunca he llegado al estado de embriagues nunca, nunca, nunca, nunca, he llegado a tomar, he llegado a tomar "este", no se vino tinto, sidra, rompopo, que ese si me gusta "si" entonces pues no, fumar el único cigarro que he fumado en toda mi vida pues fue pues yo creo que en la adolescencia y nada más, nada más, nada mas pero así "este"... pues solamente que sea uno fumador pasivo porque ya ves que en esta ciudad es como si te fumaras un cigarro o dos cigarros con tanta contaminación pero no fumo, no tomo y drogas de las otras pues tampoco "si" entonces "este" pues ese sentido no...no "este" no he desahogado el estrés "eh" así y eso pues también tiene que ver con la educación que recibes desde chico porque si de chico... te dicen que eso es huir por la puerta falsa y que realmente no va a resolver tus problemas se te queda tan grabado o sea no es porque te de miedo hacerlo o porque te vas a sentir culpable si no porque simple y sencillamente te das cuenta de que es algo tan absurdo que no tiene caso hacerlo "no", entonces es por convicción y las cosas cuando se hacen por convicción... son "este" pues si no así a perpetuidad, por lo menos tienen mejor cimiento, mejor durabilidad "si", entonces pues yo por eso por convicción pues no tomo, no fumo porque qué caso tiene echarle más lumbre al fuego, si de por sí... las cosas ya están como están y luego todavía quedarse sin cerebro bum, imagínate "no" y eso pues te...te va a descerebrar a la... a final de cuentas y te va a perjudicar todo "si" el alcohol te deja sin cerebro, te deja sin hígado, te deja sin nada "si", te deja sin familia, sin trabajo, sin nada...nada...nada y el tabaco pues otro tanto "si", además de que te da cáncer o sea es muy alto el precio por un espejismo, realmente pues aquí si podemos hablar de la enajenación de la sociedad... "eh", aparte de que muchos adolescentes se alcoholicen, fumen, se droguen se debe en parte a muchas... entre otras muchas causas, en los rituales de iniciación de la adolescencia ... en donde sus pares le dicen es que si no haces lo mismo que nosotros, para empezar, no vas a pertenecer al grupo y segunda pues no eres hombre y el otro como no tiene los suficientes recursos, la suficiente información pues se lo cree y desgraciadamente pues juegan con fuego por que muchos se queda adentro ya



enganchados ya no pueden salir “si” entonces pues no afortunadamente yo si desde... desde mi infancia si “este” me... la información me llego bien clara pausa y... mira cuando estoy así en ciertas reuniones me dicen no es que toma, toma, toma, pues toma tú, yo no “si” entonces eso es por convicción así.

**I:** Ahorita vamos a llegar un punto eso que dice al final, pues toma tú yo no, pero pues yo no tengo problema, bueno me refiero a lo mejor su posición puede ser amplia “no” en el sentido de que bueno hay personas que dicen yo no fumo, yo no bebo pero yo no lo estoy tomando o sea es su cuerpo, es su vida y tampoco es así como persecutorio, pero si hay gente que no fuma, ni bebe y digamos que tiene vidas más o menos por lo menos fuera de esa adicciones pero que si lo ve como el verdugo “no” así como que “no tu eres un perdido, eres un fumador”.

**E:** No pues esas personas están “este” muy probablemente aguantándose y no lo están haciendo por convicción entonces pues así no así no sirve “si” te voy a...a propósito de esto te voy a contar el cuento de...de dos monjes que más o menos ilustran un poco esto... resulta que eran dos monjes que habían hecho votos de castidad y entre esos votos “eh” era el no tocar para nada, pero para nada, a una mujer “si”... resulta que iban caminando por una vereda y llegó el momento de cruzar un río y se encuentran a la orilla del río a una mujer... y “este”... la mujer pues les pide ayuda, que le ayudaran a cruzar el río, porque pues ella no podía sola, entonces “eh” uno de los monjes dijo: sí, no hay problema, la cargo, y ya cruzaron el río, ya la dejó en la otra orilla, la mujer siguió su camino y los monjes el suyo y después como de una hora el monje que no había cargado a nadie le dijo a su compañero “oye que no te acuerdas de que nosotros hicimos votos de castidad, de nunca tocar una mujer... y tú la cargaste hace rato” y el otro le contesta “efectivamente yo la cargué hace rato pero tú todavía la sigues cargando” “si”, entonces ahí que vemos el que la cargó pues simplemente la cargó “no”...no...no hubo más que eso, pasarla de un extremo a otro ya hasta se me había olvidado, pero el otro que no tenía sus convicciones cimentadas... sería “este”, como tú dices, siendo persecutorio “si” entonces cuando las personas son

persecutorias es porque las cosas ya no andan bien “si” entonces pues como en el caso de los monjes “no”.

**I:** ¿Cree que sea común que los médicos sean cautelosos, estoy hablando en general, cualquier médico general o especialista, sean cautelosos en la administración de *opiáceos* para aliviar el dolor?

**E:** Pues mira, lo que pasa es que para eso hay un recetario especial no sé si todavía los sigan dando yo cuando me gradué hace muchos siglos (risas), cuando todavía caminaban aquí los dinosaurios sobre el planeta (risas), con tu cedula profesional te daban un recetario especial foliado y en fin, haz de cuenta de esos cheques blindados de banco... en donde podías prescribir este tipo de medicamentos “si” yo lo guarde tan bien que no me acuerdo donde quedo, pero no he utilizado una sola receta de esas “si” porque “este” son de uso delicado “si” los que llegan a utilizar sobre todo este tipo de medicamentos son básicamente los anestesiólogos, pero los especialistas o médicos generales pues generalmente, pues no, “si”... “este” entonces, pues si son cautelosos o no pues es que yo creo más bien ni los usan “si” entonces pues cual cautela si no lo usan.

**I:** Pero en el caso de su profesión, en su ejercicio profesional, si tiene un paciente, porque ese es el sentido más bien de la pregunta, lo cambiaria, o sea, si usted tiene un paciente al que le puede administrar un fármaco que lo alivie, lo hará o como en muchas instituciones “pues es que no porque pues esos fármacos hay...”

**E:** Ya depende las circunstancias, bueno “este” así en la realidad, la realidad, la realidad yo no tengo el recetario y los recetarios que nos dan aquí no sirven para ese tipo de medicamentos, o sea, simplemente tu puedes hacer una receta y no... y no la venden en ninguna parte, porque te digo es un recetario con un formato especial “si”, entonces aunque hiciera la receta nunca se la van a surtir al paciente... ahora si todos...estas en un hospital general porque esto “eh” generalmente sucede en hospitales generales... en el servicio de oncología, que

es en donde básicamente se maneja esto, y el paciente pues ya está en cáncer "eh" con una fase, o sea, ya se va a morir "si" y "eh" en fase terminal el cáncer provoca unos dolores, tan pero tan intensos, que pues realmente, pues, es insoportable esta situación "si", el paciente ya pide mejor morir porque ya no aguanta el dolor "este" pues en esos casos... pues si se necesitaría hacer algo así como que un verdugo o algo por el estilo para, pues no darle algo que yugule el dolor, porque no es por... porque sea empleado como una *droga de abuso*, ahí si es "eh" mero sentido humanitario, quitarle el dolor, porque de todos modos ya se va a morir "si" ya se va a morir y por lo menos que...exactamente porque eso, de tener una muerte prolongada y dolorosa a veces ya no tan prolongada pero si muy dolorosa pues está muy... muy cruel "no".

I: Hay un doctor uruguayo que se apellida Calabrese, él ha escrito varios artículos sobre la situación laboral de los médicos y ha hecho estudios sobre las diferentes especialidades y él afirma que es muy alto el consumo de *estimulantes* entre psiquiatras.

E: ¿*Estimulante*? Bueno... los *estimulantes* si pueden ser "este"

I: Y bueno la pregunta sería ¿Cuál cree que sea esta causa de esto que plantea el doctor Calabrese?

E: Bueno pues "este"... exactamente no sé a qué ...a que *estimulante* se pueda referir, verdad, o sea, si son *anfetaminas* o algo por el estilo... bueno posiblemente ....bueno, no sé exactamente por que pueda ser este consumo tan alto, yo...yo he oído más bien casos pero no de *estimulantes* si no pongamos de *ansiolíticos* como del tipo *benzodicepinas*, por ejemplo, que pueden llegar a producir *adicción* "si" y no solamente *adicción* sino también otro fenómeno que se llama *tolerancia*, *tolerancia* es cuando ya no hace efecto la misma dosis y para que se sienta el mismo efecto hay que incrementar la dosis "si", entonces pues yo he oído más bien "eh" casos pero de *ansiolíticos* y bueno aquí esto en un momento dado

contestaría la pregunta, una de las preguntas anteriores “no”, de que hay unos que para a... a aliviar el estrés pues toman algún *ansiolítico*, porque pues ya no la ven venir “no”, pero desgraciadamente el *ansiolítico* a veces puede llegar a producir *adicción*, no necesariamente... pero bueno, no hay que arriesgarse, pero en cuanto estimulantes en si estimulantes en si... pues casi no...no he oído este tipo de...de situaciones, la verdad más que *ansiolíticos*... ahora supongo, y ya aquí ya vamos a elucubrar, porque como no...no he oído un caso en especial pues “este”, pues voy a tener que elucubrar “no”, supongo que a lo mejor les sucede, como los “este” los choferes foráneos que se tienen que *drogarse*, porque esa es la palabra, con estimulantes, específicamente *anfetaminas* y a veces hasta con...cruzándolas con café, que también es otro *estimulante*... para mantenerse despiertos, porque les dan “este” corridas, unas tras otra, una tras otra “si”, claro que llega el momento en que el cerebro ya no aguanta y se quedan dormidos, a pesar de los *estimulantes* y vienen unos accidentes fatales “no”... entonces bueno, no sé si habrá colegas que en un momento dado... tengan que, dobles jornadas o algo, y se vean “eh”, que será, forzados a utilizar este tipo de sustancias para aguantar “si”, eso si la verdad no lo sé, pero a lo mejor podría ser “no”.

I: Por ejemplo en la residencia, doctor, yo tengo amigos residentes de psiquiatría que están en el Fray, y si conozco que es como muy pesado...

E: Si, y eso que son ahí las guardias fisiológicas, bueno no sé si ahora, en mis tiempos si eran, las guardias fisiológicas son las que son cada 4 días es A,B,C,D, o sea, hacías guardia cada 4 días, entonces dabas tiempo a que el organismo se recuperara las guardias A-B, pues esas, son las totalmente antifisiológicas, porque pues cual te va a dar tiempo de recuperarte ni nada “no”, y eso generalmente, son los servicios de urgencias con los urgenciólogos, pobres “no”, si es que logran terminar la residencia, en qué condiciones “no”, pero si obviamente yo fui residente también del Fray Bernardino y entras al servicio a las 7 de la mañana... todo el día te toca estar de guardia “si”... luego te despiertan en la noche a las 2, 3 de la mañana... muchas veces porque los pacientes y me...me

tocó, me consta, porque me tocó y me tocó en aquel tiempo, ahora no sé cómo está pero...de que le dices tú al paciente “bueno y ¿por qué viene a estas horas?” “no, es que a estas horas están desocupados y pasaba yo por aquí y de una vez aproveche” o sea, dices cómo es posible “no” cómo es posible de que vengo a estas...sí, muy inconsciente “no”, viene a estas horas nada más para no hacer antesala “sí” y se levanta uno pues ahí todo atarugado y todo, claro que a la hora de dar la consulta pues ya te despabilas “no”, pero de todos modos “este” dices cómo es posible y me tocó, dos que tres casos “eh”, no creas que así aislados o, y a otros compañeros también “no”, entonces te despiertan a la hora que sea, a veces no duermes en toda la noche porque te... a veces estás tan *salitre* que te llega uno tras otro, uno tras otro y no duermes “sí” y luego quédate al otro día al servicio, porque sales de la guardia y vuelves a entrar a piso de 7 hasta las 3 de la tarde, entonces sales así todo sonámbulo, ya viendo estrellitas y todo, y aparte tienes que ir a las clases, porque te estás formando “sí”, clases tanto que pueden dar ahí dentro del hospital o tienes que ir a Ciudad Universitaria, porque el residente hace las dos cosas simultáneamente... al mismo tiempo, de que estás haciendo... “eh” la residencia para tener conocimiento de salubridad, estás haciendo el curso universitario para tener el diploma de especialista, entonces después de eso lánzate a clases a la Facultad de Medicina, que ya estaba cerquita de ahí, y luego pues las clases pues los maestros que las daban pues ya...ya eran noche, o sea, que imagínate “no”, “eh”, “eh” el trabajo de piso, la guardia, asistir a clases y todo eso... no dudo, obviamente, que para mantenerte despierto pues algunos hayan utilizado *anfetaminas* o las utilicen, no sé, yo nunca las utilicé porque siempre supe el riesgo de las *anfetaminas*... pero yo lo que hacía para eso pues es...es lo fisiológico dormir “sí”, “eh”, llegaba yo a mi casa caía como piedra, al otro día pues ya, pero bueno te estoy hablando de cuando yo tenía... 26 años, entonces pues no es lo mismo los tres mosqueteros que 20 años después, ahorita si me pusieran a hacer una residencia no voy a aguantar, definitivamente, desveladas y clases y todo, ya no aguantaba yo, no aguantaría, la aguanté porque estaba yo joven, estaba yo sano, era, pues “este” la motivación, porque la motivación hace que saques energías hasta debajo de las piedras “sí”, la

motivación, pues, de ser especialista, o sea, todo eso te mantenía a flote, pero bueno, habrá personas que por su estructura de personalidad, por sus problemas vivenciales, por lo que sea, pues, si... se ven forzados a utilizarlas “no”.

**I:** ¿Usted cree que haya un mayor consumo de psicoactivos entre la gente de psiquiatría comparado con el de otros especialistas médicos?

**E:** Creo que no, yo creo que en otros lugares en otras actividades hay más, sobre todo cuando se tienen que desvelar... cuando tienen que ser jornadas acumuladas, pongámosle que había dicho choferes foráneos o... veladores o cosas de esas, pero aquí, que psiquiatría sea más eso el problema no, yo creo que más bien posiblemente consumo de *ansiolíticos* posiblemente, como a las *benzodiazepinas*, pero de *estimulantes* propiamente pues no, no creo.

**I:** ¿Y cree que en otras profesiones médicas, en otras especialidades si haya, por ejemplo, en las quirúrgicas o algunas de éstas?

**E:** ¡Híjole!, pues la verdad a ciencia cierta no lo sé, pero pues se antojaría pensar “no” algún médico que tenga que hacer veladas un día si un día no, porque si hay especialidades en donde si tienen que estar así, posiblemente, pero básicamente para mantenerse despiertos “si” y estimulantes, pero sobre todo del tipo de la cafeína más que nada, no tanto de *anfetaminas* o de *cocaína* o de cosas de esas no, más bien de café eso sí.

**I:** Bueno, pero por ejemplo si hay registros que entre los residentes de cualquier especialidad si hay un consumo de *anfetaminas* y de algunos otros *estimulantes*, a lo mejor no los médicos que ya terminaron, ya formados, pero los que están en formación parece que sí, hay estudios por ahí que dicen que sí.

**E:** Posiblemente... “eh”, sobre todo han de ser pero residentes actuales, porque, pongámosle a mi cuando me toco hacer la residencia, pues todavía eso no estaba

tan difundido, el café sí, siempre ha estado difundido pero “este” otro tipo de *estimulantes* no, pero te digo “eh” conforme han ido pasando los años, muchos “este” *abusos y adicciones* que antes no había ya se están viendo bastante “sí”, la *cocaína*, por ejemplo, como *adicción* así en la población general aquí casi no se veía, un paciente que te llegaba *cocainómano* era allá rarísimo y ahora ya se ve con cierta frecuencia “sí”, entonces pues no dudaría yo que también hubieran cambiado los hábitos entre los residentes.

**I:** Yo creo que como si han cambiado las condiciones, la cantidad de gente que entra, la presión, si, o sea la competencia, digo hace 20 años probablemente no había la misma competencia que el día de hoy, para entrar a la residencia, entonces si es mucha, bueno creo que si es mucha presión.

**E:** Si, si, hay presión, definitivamente, si hay presión.

**I:** Y también yo creo algo, que usted no me dijo exactamente pero, pero que así lo interpreto, como la falta de educación tal vez, tal vez hoy, por ejemplo estuve platicando con el Jefe de Enseñanza y me dijo algo así como que no todos los médicos que están aquí tienen vocación, aunque dijo que usted y otro de sus compañeros si tienen una muy fuerte vocación de psiquiatras, los jóvenes no lo hacen muy bien...estoy hablando algo de lo que él comentaba “no” “dice yo creo que ellos si tienen una vocación” entonces yo creo que eso como que anula un poco estas tensiones “no” cuando uno está en lo que uno quiere, pero pues no se usted que piense.

**E:** Definitivamente tener claras tus ideas o por lo menos creer que las tienes, si te ayuda bastante “sí”... si te ayuda bastante, también el tipo de personalidad que tengas o el trastorno de personalidad que tengas “sí” mira yo estudie medicina efectivamente por convicción, porque realmente es lo que quería yo estudiar, porque pues yo hubiera tenido la...la opción de estudiar pues cualquier otra cosa “sí” entonces “este”... a mí me “eh” dieron a escoger, ya ves que para

hacer...para entrar a la licenciatura "eh" te dan una solicitud, bueno te daban "no" en donde ponías opciones "si", entre esas opciones pues yo puse como primera opción medicina y "eh" bueno ahí fue donde me quede "eh", ya para la residencia, pues yo sabía que hacer la residencia iba a ser muy pesado porque yo cuando estuve en el quinto de la carrera que fue el internado de pregrado, pues veía las matadas que se ponían los residentes y decía no pues...sí, yo no estudio algo que me guste por lo menos te de la motivación de que me guste no voy a aguantar la residencia "si", entonces dije bueno realmente de todas las especialidades cual es la que genuinamente me gusta, bueno había dos opciones psiquiatría y medicina del deporte, investigue en medicina del deporte pero era a nivel como de maestría pero no...no, eras becario, no era una especialidad y además "este" la universidad "eh" no la tenía en esa época "si" estoy hablándote de hace, de 1984- 85 por ahí así, la tenían en el poli nada más, pero en el poli nada más los trataban así como niños "eh", pero no les daban así "este" todos los elementos ya así como... pues, como un médico en forma "no" entonces... dije no pues mejor me voy a la residencia de psiquiatría... y bueno afortunadamente las guardias eran A,B,C,D y no se me hizo pues tan pesado, bueno también te estaba yo hablando de que tenía 25 años en aquella época, o sea, ahorita tengo 50 entonces, ahorita no aguantaría una residencia ni de chiste "no", entonces sí, necesitaba estar motivado en algo que me gustara para poder aguantar si no, no, yo veía como varios compañeros desertaban, de hecho ahí estaba en el Fray Bernardino, me toco ver uno que otro que desertó "si" ¿Por qué? porque es pesada la residencia y sobre todo en residencias muy matadas donde las guardias son así A-B peor "no", entonces "este", si necesita ser algo que tuviera lo suficiente atracción, el suficiente gusto para aguantar, o sea, realmente de que yo estudié psiquiatría por convicción eso si es cierto "si", tienes que tener en cuenta de que para estudiar una...una carrera, una especialidad o lo que sea, pues, tienen que haber varios factores, primero la vocación, que realmente te guste, también las aptitudes "no" por pues yo puedo querer ser pianista pero si no tengo dedos pues como, "no", solamente que toque con la nariz, con las orejas "no", entonces las aptitudes también "no", quiero ser contador pero "este"... no sé ni sumar, se me dificultan las



divisiones pues imagínate qué clase de contador, o sea, una cosa es que te guste y otra que sirvas para eso “no”, quiero ser médico pero a la primera que veo sangre me desmayo pues cuando “no”, “este” hay cosas que se superan hay cosas que no se superan, entonces tiene que ver la vocación, las aptitudes y también la motivación a futuro, porque hay personas que no tiene ni la suficiente vocación ni las suficientes aptitudes pero ven a futuro las ganancias económicas “si”, entonces pues eso no entra de la...dentro las aptitudes, pero entra de la...de lo que te va a retribuir a futuro y...y a veces... estudian nada más por eso, y bueno tienen la recompensa económica y eso los motiva a salir “si”, sobre todo, pongamos “eh” situaciones impuestas por los padres “tú vas a hacer esto porque ese es tu futuro, por te voy a heredar mi fabrica y si no eres eso como la vas a manejar” “si” y ahí tienes al muchacho estudiando “este” pues no se administración de empresas o cosas de esas, que ni le gusta ni sabe mucho de eso, no tiene muchas aptitudes pero la retribución a futuro es lo que...lo que lo motivó, entre comillas “no”, entonces, pues si, en cuanto haber estudiado la especialidad y la carrera por convicción, por vocación si, ahora a la hora de la hora ... al entrar a un medio laboral, bueno las cosas ya cambian “no”... puedes tener mucha motivación, mucha vocación, mucha aptitud, mucha lo que sea... pero el entorno laboral a veces es muy diferente a lo que tu esperabas... sin embargo, si tu estudiaste algo que te gustó, aunque las condiciones de trabajo no sean adecuadas, sean agrestes, sean hostiles, puedes aguantar, o sea, eso es como te lo dijo el doctor, algo que si te protege “si” porque estás haciendo algo que te gusta, aunque no sea en el sitio adecuado “si” entonces pues yo creo que eso es lo que me ha ayudado a aguantar tanto tiempo, ahorita aquí ya llevo 16 años en este lugar “si”, pero eso es lo que te ha ayudado a resistir “si”, pero obviamente, pues unas condiciones hostiles en un medio donde hay intrigas, chismes, has de cuenta una vecindad de quinto patio... en donde a veces la gente está “eh” más agresiva que en otros hospitales, se supone que aquí es personal de salud mental y que la gente debe de estar más cuerda “si” y pues resulta que de todos los hospitales que yo he “este”...pisado, porque pues para formarte como médico y como psiquiatra tienes que formarte en varios lugares “si”, entonces de todos,

todos, todos donde yo he estado aquí es el más “este” el más insano “si” “este”, digo en todos los centros de trabajo hay problemas porque “*en todos sitios se cuecen habas y a comaleadas*” “si”, pero aquí es uno de los mas patológicos en su dinámica laboral... entonces “eh”... el hecho de estar soportando tantas presiones pues si tuve que fa.. pagar la factura muy cara, porque aquí me puse diabético, entonces “este” pues si tendrás cosas que te protegen pero pues llega el momento en que tu organismo se te truena “si”, otros se neurotizan, otros pueden recurrir a la puerta fácil de las *drogas* como son los *estimulantes*, de los *estimulante* pues uno de los *estimulantes* más canijos pues es la *cocaína*, precisamente, y todas sus presentaciones, porque antes, hace 20 años, no sé, pues, la *cocaína* nada más era en polvito, así como talco y la inhalaban o a veces “este” pues se la inyectaban “no”... pero ahora hay muchas presentaciones, que *pedra* y que no se qué tantas cosas, que la verdad pues yo ya no estoy actualizado en tantas cosas de esas, pero si es de los peores *estimulantes* “si”, porque aparte de que... el efecto del *estimulante* es mantenerte despierto o por lo menos eso es lo... la sensación, la subjetividad, otra de las cosas es que “eh” la *cocaína* provoca “eh” cierta sensación de placer, precisamente ese es el gancho de las *drogas*... la sensación placentera, claro que después conforme va avanzando la enfermedad, porque la *adicción*, pues, es una enfermedad que avanza “eh” ya las *drogas* se van cobrando la factura muy cara porque ya... ya no hay tanto placer... o para que haya más o menos la misma respuesta, pues hay que incrementar la dosis y ya se empieza a destruir, se empieza a deteriorar el organismo “si”, la *tolerancia* es el incremento de la dosis para que produzca el mismo efecto, eso es la *tolerancia* “si”, y bueno al incrementar la dosis pues aumentas también la destrucción del organismo “si”, entonces yo no entiendo la necesidad de recurrir a *drogas*, porque te digo “eh” mi personalidad de por sí “eh” pues es rígida y a veces una personalidad rígida, pues, a veces difícilmente recurre a las *drogas* pero claro somatiza y se truena en otros aspectos... y además porque pues lo que hice es porque es lo que yo quería hacer y es una de las “eh” de las cosas que si te protege y que, pues, realmente pues ahora sí que das gracias a la vida o a quien tengas darle gracias, porque vivir, de lo que estudiaste y de lo que te gusta o por

lo menos crees que te gusta, es una combinación poco frecuente en nuestra sociedad, porque la gran mayoría de las personas vive de lo que puede y no de lo que hubieran querido, por eso hay tanta frustración en los medios laborales, por eso, pongamos, vas a solicitar algún servicio y antes de que abras la boca ya te están maltratando “sí” eso se ve muy típico, pongamos, en la burocracia, bueno aquí también es burocracia “no”, pero me refiero a las otras burocracias “sí”, en donde apenas si vas a decir “oiga señorita” y ya te están diciendo hasta de lo que te vas a morir “no”, porque son gentes que ni estudio para eso, ni le gusta y pues nada más por el pu...la pura necesidad económica “sí”, entonces pues... vivir para...de lo que estudiaste, porque eso es lo que querías estudiar... pues es una combinación poco afortunada, te digo, lo ideal, lo ideal, una cosa es lo ideal otra cosa lo real, chocan las dos cosas “no”, el mundo ideal, de las ideas es desperfecto, en el mundo ideal todo es color de rosa, no hay sufrimiento pero en lo real pues ya las cosas no son así, en lo real, se da uno de *cocolazos* a cada rato “no”, precisamente por eso las personas recurren a las *adicciones*, para huir de la crueldad de la realidad “sí”, entonces lo ideal sería eso, de que las personas se contrataran “eh” por vocación, por gusto, que vinieran disfrutaran su trabajo “este” realmente lo disfrutaran como si fuera un pasatiempo, claro con profesionalidad desde luego, sin “este” sin dejar de hacer las cosas bien hechas, sin que hubiera negligencia y “este” este sería lo ideal pero pues a veces en los centros de trabajo las cosas son tan frustrantes, porque no te dejan trabajar a gusto... por las razones que sean y la gente que sea que llega el momento en que pues a veces, ya lo único que te queda es la inercia y la retribución económica, el premio, y nada más, porque todo lo demás a veces el mismo medio laboral se encarga de destruírtelo, yo cuando entré aquí pues entré con muchas ganas así de que ah ponte la camiseta, a claro que no, claro que sí y con mucho orgullo y...y tiene “este” planes para hacer muchas cosas “eh”, casi, casi, componer el mundo “no”, pero conforme te vas topando con realidades frustrantes en donde tus propios compañeros te ponen piedrotas, ya no piedritas, piedrotas en el camino, en donde las autoridades en donde todo el mundo “eh” ... con su “eh” como se le podríamos decir, con su desinterés, su apatía o a veces activamente con su envidia y con su

ineptitud y eso pues lo proyectan más con envidia y todas esas cosas, todo eso te va destruyendo, toda la motivación que en un momento dado tuviste y de ser una persona entusiasta pues ya nada más terminas viniendo pues ahora sí que por el puro salario “sí” aunque sea en lo que tu estudiaste por vocación y que eso es lo.. lo último, el último recurso que te protege de todos modos pues no dejas de ser humano y no dejas de reaccionar ante lo que realmente si existe “sí”, ahora cada quien habla como le fue en la feria, a lo mejor te puede encontrar gente que te puede decir que genuinamente hace las cosas así... con mucha felicidad y todo es color de rosa ya lo mejor te están hablando de una forma sincera “no”... y pues está bien que todavía haya gente así, o a lo mejor es gente... que es tan primitiva que recurre al mecanismo más primigenio que es la negación, la negación no resuelve el problema lo acrecienta pero finalmente es un mecanismo psicológico tan efectivo que por el momento te protege del sufrimiento, te protege de no volverte loco, de no neurotizarte pero pues también tienen su límite, porque pues no puedes vivir en la negación “sí” y bueno hay personas que si viven en la negación todo el tiempo y bueno esas son a veces las más canijas, porque son las que más te atacan “sí”... o a veces están conscientes de su infi.. de su infelicidad, de su frustración, de las metas no logradas y por eso es que también todo ese veneno lo dirigen a otras personas que piensan que son felices “sí” y pues resulta que la otra persona ni es feliz, está llena de broncas y aparte todavía tener que soportar todo el veneno de los frustrados, de los primitivos “no” entonces imagínate, “no” entonces “este” pues, no sé, mira aquí hay de todo y aquí te encontrarás con gente que te diga que es muy feliz porque realmente lo es y qué bueno, pero también te encontraras con gente que quisiera ser feliz y te dice que lo es únicamente como dice el refrán “dime de qué presumes y te diré de qué careces” “sí” lo mejor es estar, aunque la realidad duela, pero estar conscientes “sí” siempre estar consciente de la realidad, a pesar de lo doloroso...de lo doloroso, de lo conflictivo que pueda ser, es mejor porque así tienes la posibilidad de ir maniobrando y de evitar los palos, pero el que vive siempre en la negación y todo eso, cuando le llegan los palos no sabe ni por donde hay que esconderse “sí”, alguna vez yo llegué a decir que la gente que es ignorante, la gente que está “sí”

sin saber nada, bueno eso es ignorancia verdad (risas) “este” es más feliz, puede que sí pero también es más vulnerable por qué no...no sabe cómo manipular su entorno para poderse defender, para poder sobrevivir “sí” la gente que es más por el contrario pues al estar consciente de alguna realidad dolorosa pues es “este” sufre mas pero al mismo tiempo también puede maniobrar más y sobrevivir más “sí” entonces es mejor estar consiente aunque duela “sí”.

**I:** Muy bien doctor vamos a la siguiente pregunta suena muy... muy fácil también pero ¿para usted es fácil el acceso a los medicamentos?

**E:** Bueno a los medicamentos si a las *drogas* no (risas)

**I:** Bueno obviamente por ahí va “no”, o sea, la pregunta va en el sentido que yo lo sé y justamente acaba de tocar un punto que en mi trabajo es como clave “no” esto último que me acaba de decir nosotros en antropología lo llamamos actitud encubierta “no” o sea el entrevistado, el informante, el colaborador o con la gente que hacemos el proyecto pues no va a llegar así tan fácilmente, cualquiera que sea el caso “no” por ejemplo yo cuando hice la tesis de maestría trabajaba al inicio sobre brujería que a la gente yo le pregunte oiga y dando mil vueltas al final terminaba diciéndole bueno y “usted “este” conoce o practica la brujería” no, no, no en el pueblo de al lado “no” la vecina de enfrente, el que está ahí “no” entonces ¿Por qué? porque como es algo valorado negativamente por la sociedad sea o no imaginario “no”, o sea, bueno para mí que soy investigador digo “pues no existe” “no” existe como sistema de pensamiento pero la gente lo ve real y además lo valora negativamente entonces no van a decir “sí yo practico la brujería” aunque al final no, doctor tenemos cosas muy importantes que contarle cambie de tema y estudie medicina tradicional y entonces ahí los curanderos de repente alguno me cuenta “a ver apaga tu grabadora” vamos, te voy a contar cosas de verdad interesantes, así funciona la brujería yo conozco tales casos y yo logre practicar, entonces siempre estamos como en esa línea donde a veces la gente no dice o por lo menos en la primera instancia no dice siempre la verdad, se oculta o lo que

sea entonces bueno esa pregunta es como eso un poco “eh” creo que es obvia o sea un médico tiene el acceso a los medicamentos “no” cualquier médico si no los consigue con un representante médico, tiene una receta, tiene una cedula que lo ampara puede comprarla “si”, así fuera el caso si quisiera conseguir un medicamento “no”.

**E:** Si, si, si ahora que hay medicamentos que en un momento dado “eh” puedan ser “eh” usados como drogas de abuso... bueno eso también es cierto... por eso es que en un momento dado se valora y se evita usarlos desde un principio “si”, en cuanto a los *estimulantes* bueno obviamente pues aquí no recetamos *cocaína* ni *anfetaminas* bueno pues tampoco porque pues ya sabemos que las *anfetaminas* pues produce cuadros psicóticos muy parecidos a la esquizofrenia y pues la persona termina mal, entonces pues nosotros se supone que estamos “eh” combatiendo los estados psicóticos conocidos vulgarmente como locura y pues no la vamos a causar “si” los que en un momento dado utilizarían *anfetaminas* “eh” serían esos médicos que las utilizan para que sus pacientes bajen de peso “si”, porque entre otras cosas las *anfetaminas* quitan el hambre y bueno la obesidad en muchos de los casos para controlarse pues es combatiendo el hambre “no”, entonces pues si efectivamente “eh” sobre todo las mujeres son las que utilizan esto para bajar de peso “no”, esto no quiere decir que no haya hombres que no quieran bajar de peso también los hay, pero bueno las mujeres “eh” las hay mas pues terminan delgadas pero en el manicomio, o sea, pues no sirve, para que “no”, ya después se recuperan salen del manicomio o hospital psiquiátrico porque bueno antes de llamaba así pero ahora ya se llama hospital psiquiátrico “no” y “este” ya salen cuerdas remitió el brote *psicótico*, que siempre pues no fue esquizofrenia, porque las esquizofrenias dejan cicatriz esquizofrénica y aquí no...no dejó nada entonces no fue esquizofrenia evidentemente ya después se explora bien y resulta que todo eso se debió a que ingirieron *estimulantes*, *anfetaminas* “si”... y viene el rebote porque lo que bajaron si bajaron “este” 10 kilos suben como 30 entonces pues no conviene “si” entonces pues tampoco “eh” nosotros no utilizamos aquí *anfetaminas* porque no tiene caso “si” el único

estimulante que llegamos a utilizar es el *metilfenidato*, el *Ritalin* bueno que ahora ya hay mas nombres comerciales “si” y ese es para casos perfectamente bien especificos y esos casos perfectamente bien especificos son en niños hiperquineticos, en los niños hiperquineticos si sirven, si está indicado y no provoca *adicción* “si” ¿Por qué? porque se está utilizando en una enfermedad en donde esto si actúa como medicamento y no como *droga de abuso*, claro que hay por ahí unas organizaciones que están desinformadas y que son muy cuadradas y que piensan que el *metilfenidato* va a servir como *droga de abuso* de esos niños lo cual es falso “si”, pero en lo que son peras o son manzanas hacen una publicidad enorme desprestigiando “este” una sustancia, que en un momento dado si está bien indicada, todas las sustancias incluso hasta el veneno de cobra, pues si tu quieres, bien usado puede ser terapéutico, mal usado aunque sea una aspirina te pueden perjudicar “si” pero eso no lo toman en cuenta estas personas, entonces en los hiperquineticos ¿Qué es lo que pasa? Hay una hiperactividad “eh” impulsividad, no miden el peligro, son muy distraídos, etc., etc. Y eso se debe precisamente que su sistema nervioso “eh” no está actuando como debería, el sistema nervioso conforme va madurando, lo que va haciendo es inhibir los impulsos para que no se desborden y la persona pueda convivir en sociedad, si fuera así esta sociedad no sería factible porque yo tengo el impulso de pegar... pego, el otro pues obviamente tiene el impulso de defenderse y me va a contestar, yo tengo el impulso de robar...robo, yo tengo el impulso o sea... lle..de.. tiene que haber algo que controle todo ese circuito, entonces ese algo que lo controla es el sistema nervioso central, haz de cuenta que es como el... el celador pues “si” pero si este celador está dormido pues todo se desborda es lo que desborda, entonces hay que estimular al celador para que recobre su papel he inhiba todos esos impulsos “si” por eso es que los estimulantes... inhiben la conducta desordenada del hiperquinetico “no” entonces es por eso que mucha gente dice entonces en vez de *estimulantes* se deberían llamar de otra forma “este” porque están inhibiendo la conducta pues si pero es que lo que pasa que están inhibiendo al inhibidor “si” “entonces” ahí está...ahí está eso.

**I:** Pero si uno no conoce, una persona que no tiene la formación pues va a decir esto o porque le va a dar algo si ya es de por si hiperactivo y le da un estimulante pues se va volver más pero es que no entienden el funcionamiento “no”.

**E:** Exactamente porque no conocen el funcionamiento y aquí en... en esa edad y en esa enfermedad, en específico, si es terapéutico esa sustancia “si” en un adulto que no es hiperquinético... o sea, que ni tiene la edad, ni tiene la enfermedad el *metilfenidato* si puede... si puede ser usado como *droga de abuso*, pero pues este no es el caso “si” y este sería el único medicamento aquí en psiquiatría el único estimulante... que se utilizaría... “eh” en el ejercicio de la practica psiquiátrica pero nada más, pero todos los demás *estimulantes* que hay pues aquí no para nada se usan “si”.

**I:** Ok doctor, bueno ahorita a dicho muchas cosas sobre *drogas*, *psicoactivos*, *estimulantes* que creo yo que son diferentes términos que a veces pueden referirse a las mismas sustancias o no dependiendo pero en general digamos en esta gran categoría de sustancias que tienen alguna actividad psicoactiva, valga la redundancia, “eh” ¿cómo es valorada por los psiquiatras? No hablo de los propios psiquiatras hablo del consumo en general a un psiquiatras cualquiera usted que está en el consultorio de al lado, cualquier otro psiquiatra ¿cómo valoran este alto consumo? A lo mejor la pregunta no sería tan así, como hay personas que dicen bueno no pues es que una enfermedad venérea eso pasa porque pues son inmorales no hay un juicio “no” cuando se está valorando a una persona con VIH o cualquier enfermedad de transmisión sexual “no” pero un digamos un especialista pues no tiene por qué valorarla moralmente “no” o sea está enfermo punto entonces a eso voy “no” en psiquiatría ¿Cómo se valora el consumo de drogas, de psicoactivos o de sustancias “no”?

**E:** Bueno aquí no se emite ningún juicio pues ya no digamos de moral sino más bien moraloide “si” porque pues aquí no...ni somos “este” ministro de ningún culto religioso ni nada, aquí se valora, con lo que es enfermedad o no enfermedad



punto “si” aquí no se le dice es que es malo, bueno, “este” te vas a ir al infierno digo para eso pues ya están hartos “no” de oírlo allá afuera en la calle, entonces aquí no hay juicios de moral, no hay juicios de ese tipo “si” aquí a un *adicto*... “eh” el calificativo si se le puede llamar así es simple y sencillamente está enfermo punto “si” y las enfermedades pueden ser del tipo que sea y en este caso pues es una enfermedad en donde hay *adicción* pero es una enfermedad finalmente y punto “si”...“este”... y es muy diferente decir “alguien está enfermo a alguien es un vicioso inmoral” digo son dos cosas totalmente diferentes una está cargada de estigma y el otro pues simplemente es algo objetivo, no hay ningún estigma las enfermedades son enfermedades y nada más y no son castigos divinos, ni porque se portó bien se portó mal, eso no es cierto “si” es como las enfermedades venéreas pues desgraciadamente hay enfermedades infecto contagiosas y bueno pues se contagió y ya, pero no es porque “este” sea “eh” el sexo malo o pecaminoso nada de eso “si” entonces esos juicios aquí en medicina y en psiquiatría no existen “si”

I: Y ¿para usted?

E: No pues para mí tampoco pues como van a existir “si”

I: ¿Cree que haya una diferencia entre un consumo de *psicoactivos* o *drogas*, una diferencia por prescripción médica y un patológico o digamos recreativo o no se?

E: Bueno, supuestamente cuando es por prescripción médica “este” pues se supone que el riesgo debe ser menor porque hay un control “si”...“este”... sin embargo a veces hay sustancias tan *adictivas* que aún por prescripción médica si pueden llegar a desencadenar la *adicción* y estamos hablando pongamos “eh” ya no de *estimulante* sino pongamos de... de la *morfina*... “eh” que y derivados obviamente que se utilizan “eh” sobre todo para calmar el dolor, a veces “eh” la persona...desarrolla la *adicción*, obviamente el final... la finalidad era terapéutica, analgésica pero bueno, existe el riesgo de ese efecto colateral porque hay

sustancias que te digo son de por sí muy, muy, *adictivas* “si” pero “eh” se supone que este riesgo es un riesgo ya medido, previsto, y que el médico que lo receta pues ya tiene digamos casi el antídoto para contrarrestarlo “si” ya sabe que es lo que va a suceder y lo que hay que hacer, en psiquiatría pues eso aquí no...no se ve mucho por lo menos no con estimulante... te digo el único *estimulante* que aquí se utiliza es el *metilfenidato* y “este” no hay riesgo de *adicción*... porque es un niño y porque es hiperquinético, cuando crece ya entra a la adolescencia pues si se procura sustituir esto por alguna otra cosa “eh” aunque puede seguir siendo hiperquinético... “eh”... si no se le da el tratamiento cuando es hiperquinético y niño... paradójicamente si hay riesgo de que ese niño caiga en las *adicciones* en las *drogas de abuso*, si no se le trató “si”, o sea, lo contrario a lo que piensa la gente, la gente piensa “no es que le está dando “este” un *estimulante metilfenidato* a un niño cuando crezca se va a hacer adicto “no”, es al revés “si” si no se lo dan entonces cuando crezca si tiene mayor riesgo de hacerse *adicto* “si”, entonces el riesgo es medido y aquí en psiquiatría como no usamos más que ese estimulante pues no “eh” en psiquiatría usamos *benzodiazepinas* y esa si pu.. “eh” puede que ocupen el lugar de los estimulantes, en cuanto ha de llegar a desarrollar *adicción* “si” en “eh” “eh” esa vendrían a utilizar a ocupar el casillero de los *estimulantes* aquí en psiquiatría las *benzodiazepinas*, en...entonces bueno las *benzodiazepinas* se usan pero también por un periodo, nada más, no es para toda la vida, porque hay otros medicamentos que tienen también un poder *ansiolítico* muy bueno y que no se hace necesario, ya después, el uso de *benzodiazepinas*, nada más tienen poder *ansiolítico* y nada más, bueno hay algunas *benzodiazepinas* que también inducen el sueño y hay otras que en un momento dado tienen un efecto *anticonvulsivante* “si” pero “este”, es mejor de todos modos, sea cual fuera, utilizarlas por un tiempo breve, no sé, semanas, quizás dos, tres meses y ya, porque “eh” en lo que la persona calma su ansiedad, y en lo que el *antidepresivo* con efecto *ansiolítico* también cubre “eh” ese periodo, en donde ya la persona después de 3 meses ya se impregnó con el medicamento y ya no es necesaria la *benzodiazepina*, la retiras “si”, ese sería aquí el riesgo medido en cuanto a que el fármaco produzca *adicción* y en cuanto a *estimulantes* o algún otro tipo de

medicamentos *adictivos*, bueno eso ya es de otras especialidades básicamente de anestesiología “no” y bueno seguramente los anesthesiólogos pues también tienen contemplado el riesgo y como combatirlo .

I: Claro ¿Usted alguna vez ha consumido algún psicoactivo?

E: *Psicoactivo* así un *estimulante*

I: *Estimulante* o, no sé, *benzodiacepina*

E: No ni *benzodiacepinas* ni mucho menos *estimulantes* lo que si he llegado a tomar es *antidepresivos* “si” “este” con fines terapéuticos también y... pues el tiempo que nada más se requiera “si” “eh” los *antidepresivos* esos si son medicamentos muy seguros... “eh” no provocan *adicción*... por eso la gente los suspende cuando quiere y pues por eso vienen las recaídas “no” nada mas, pero así otro tipo de *psicofármacos* pues no.

I: ¿Y eso ha sido por prescripción médica?

E: Si por prescripción médica

I: Pero ¿con un colega o usted?

E: Bueno “eh” con colegas “eh” digámosle así, no consultas muy formales pero si platicando con otros colegas y también pues porque sé que los necesito “no” ... y bueno ahorita... por la neuropatía diabética que tengo... si estoy tomando *gabapentina* que también es un *psicofármaco*, la *gabapentina* aparte de que está indicada en la neuropatía en mi caso diabética también está indicada como *antiepiléptico*, bueno yo no soy epiléptico, por lo menos eso creo, verdad (risas), pero de que tengo neuropatía diabética eso si porque ya no podía yo ni caminar entonces pues ahorita el...la...el *psicofármaco* actual que si estoy tomando es ese

la *gabapentina*, porque si no imagínate tener neuropatía diabética pues si es demasiado torturante porque a veces el dolor no te deja dormir entonces... llegar cansado, desvelado y todavía no poder caminar imagínate “si” entonces “este” pues es actualmente ese y por esa razón.

### **Entrevista 3**

**I:** Doctor empezaremos esta parte con la ficha, de aquí los únicos datos que no tengo son su edad

**E:** 56 años

**I:** ¿estado civil?

**E:** Separado... no...no vivo con mi esposa... separado.

**I:** A ok ¿y la antigüedad en el ejercicio profesional?

**E:** 31 años.

**I:** Ok, aunque ya muchas de las cosas que están aquí las hemos comentado en las charlas pero no importa, esto es como para acotar ¿Considera que su situación laboral es muy estresante?

**E:** Si obviamente, ya lo habíamos platicado “no” la situación laboral es estresante “eh” por 2 razones fundamentales yo diría que aquí en mi situación la primera cuestión en el momento actual que te causa mucho estrés es la...la administración ...he... la dirección de este momento “no”, hay una deficiente dirección que hace obviamente que la organización funcione mal y eso estresa mucho a todo el

personal y la otra del estrés me parece que es un estrés obvio “sí” y que es el estrés relacionado con tu paciente “no” con tu paciente que tienes que o asumes un...una responsabilidad cuando lo tratas y obviamente que si no mejora o te habla por que tiene algún problema pues te preocupas “no” esas serían las dos fuentes de estrés laboral, fundamentalmente y tal vez una tercera sería el estrés propio de toda persona relacionado con su vida personal “no” los problemas y las contingencias propias de la vida “no”.

**I:** Muy bien, pero ahora ya aquí dentro de su práctica profesional ¿Qué actividad consideraría la más estresante? ya la práctica estamos hablando ya como psiquiatra, estamos hablando que usted está cumpliendo su papel.

**E:** Si... si la práctica como médico psiquiatra más interesante desde mi punto de vista es... eh...la relación con el paciente y en particular con un tipo de paciente “no” el paciente deprimido con tendencias suicidas “no” eso en lo personal a mí me estresa mucho, por el miedo, el temor de que pues “eh” el paciente deprimido, el que tiene trastorno de la personalidad, que no controla los impulsos y que de repente pueda, como decimos en el psicoanálisis, pasar al acto y cometer un intento o un acto suicida y eso es una cosa que... que creo que a muchos... a mí en lo particular me estresa mucho.

**I:** ¿Usted considera que la relación entre el personal de salud aquí al interior de la unidad es cordial ó no?

**E:** En términos generales todos son cordiales, en términos generales creo que todos nos llevamos bien, tal vez hay particularidades entre todos “no” incluyéndome a mí “no” alguna persona con la que no me llevo lo suficientemente bien o no me llevo definitivamente, pero en términos generales mi punto de vista es que son cordiales, y así como te lo han dicho algunos compañeros es como una familia “no” realmente la plantilla de trabajadores en números redondos es de

80 de los turnos matutino y vespertino, de tal manera que las relaciones este... la interacción es muy frecuente y eso hace pues que allá un mayor vinculo “no” y en términos generales pues si son cordiales.

**I:** Ok. ¿Aquí al interior del centro de salud ¿Cuál cree que sea la actividad más estresante? Le voy a explicar un poco esa pregunta porque estaba pensada en realidad para un hospital, por ejemplo pues en que servicio en urgencias, hospitalización, etc. Estaba pensada así pero pues aquí no hay más que un servicio.

**E:** Bueno aquí en el caso personal mío que tanto veo pacientes como hago trabajo administrativo, el trabajo administrativo es muy estresante en función de que, pues en función de que la administración pública esta de cabeza “si” ese es un punto “eh” yo tengo 31 años laborando en el sector salud... en la Secretaria de Salud y no había encontrado una administración tan pésima como la que estamos pasando ahora desde el sexenio de Fox y este sexenio, de tal forma que todo lo que te solicitan es de una manera así inmediata no te da tiempo de elaborarlo adecuadamente y creo que si es un fenómeno que se repite en todas las administraciones públicas “no”... “este”... te llegan retrasados los oficios, no bien explicados, “eh” descontextualizados, te piden una cosa de un día para otro todo ese tipo de actividades estresan mucho “si” en lo personal a mí que estoy encargado de la Jefatura de Enseñanza me estresa mucho eso “no” que me pidan de un día para otro las cosas, “eh” lo que me estresa también mucho es la cuestión de...de...de que no hay personal, no tengo personal de apoyo, no tengo secretaria, por ejemplo, como en otros tiempos yo tenía secretaria... y eso si aliviana mucho porque pues archiva los documentos, hacer los escritos, yo tengo que hacer todo y a veces no me doy abasto.

**I:** ¿Aparte la consulta?

**E:** Si...si la consulta, las juntas y este... y todo ese tipo de cuestiones que tienen que ver con las carencias que la propia institución tiene “no” no hay dinero para contratar una secretaria, no hay espacio para poner a la secretaria, etc...o sea por ejemplo ahorita estamos en una crisis de papelería “no” no hay hojas, estamos usando hojas verdes “no” entonces todo eso, todo ese tipo de cuestiones estresan mucho.

**I:** Ok perfecto ¿Qué hace usted para liberar el estrés?

**E:** Bueno... fundamentalmente lo que hago para liberar el estrés siempre lo he dicho, es dar clases “no” “eh” yo soy profesor de la UNAM desde hace 30 años más o menos, en el 81 empecé a dar clases y una forma en que yo libero el estrés es yendo a dar clases “sí” porque ahí... me siento libre “no” yo doy clases en la UNAM y en la UNAM hay libertad de cátedra, libertad de expresión entonces llegar a la UNAM poder hablar, dar una clase yo imparto la materia de psicología social “no” entonces “este” puedo emitir mis opiniones, mis puntos de vista, establecer debates a un nivel académico y eso a mí me desahoga mucho me libera el estrés, esa es una forma de liberar el estrés y la otra es estar en casa “no” o sea alejado de las multitudes “no” porque generalmente trabajo todo el día, o sea, en las mañanas estoy acá, en la tarde en el consultorio y me desahogo ir en la noche a dar clases en la UNAM “no”, de tal manera el sábado también trabajo en la mañana, que el sábado terminando mi consulta y el domingo lo que hago es estar en la casa “no” viendo películas, viendo el fútbol, leyendo “no”.

**I:** Perfecto doctor ¿Usted cree que sea común que los médicos sean cautelosos en la administración de algunos fármacos como opiáceos para liberar el dolor con los pacientes, que sean cautelosos?

**E:** Si, yo pienso que si cautelosos en particular con los *opiáceos* habría que señalar una cosa nosotros tenemos “eh” restringido por la ley general de salud recetar *opiáceos* “eh” hay recetas especiales para *opiáceos* que tienes que hacer

una serie de trámites eso lo usan mucho los oncólogos, lo que nosotros podemos recetar son unos derivados de los *opiáceos* que generalmente no los usamos “no” pero si usamos mucho “eh” muchos *ansiolíticos* y *sedantes* e *hipnóticos* y bueno una de las cosas que sea discutido en las juntas de psiquiatría es precisamente es el hecho de que “este” se ponga un límite digamos...a la dotación de *benzodiazepinas* que es lo que más se da porque el paciente puede llegar a volverse dependiente de la *benzodiazepina* y puede venir a exigirnos la receta “no” y si no se la damos hay conflictos entonces yo he escuchado a algunos compañeros que argumentan que las *benzodiazepinas* no se deberían de regalar cuando hay gratuidad “no” “este” al paciente de aquí “no” sino que demos *antidepresivos* o cualquier otro medicamento pero que el *clonazepam* que lo que más se da debería de retirarse del cuadro básico “no” y eso yo lo interpreto como que si los médicos en lo personal también hay que tener una cautela en recetar *benzodiazepinas* ¿Por qué? Porque este de repente ve uno tanto paciente que de repente puede llegar un paciente que te empieza a pedir receta de *benzodiazepina* tu ni te das cuenta de cuantas lleva “no” entonces tú tienes que tener mucha cautela, nos ha pasado que de repente vienen a pedir receta y pues ¿cómo si le acabo de dar la semana pasada una receta? “no” entonces descubrimos que el paciente “si” este viene cada semana a pedir receta y se las echa en una semana “no” entonces en esos pacientes los tenemos detectados y en el expediente anotamos “no dar receta se le dio tal día, tal fecha” para que al médico que le toca dar la receta vea que ese paciente esta digamos “este” utilizando a esta Unidad de Atención para su adicción “no” entonces hay que ser cautelosos.

I: Ok, este, eso ya lo había comentado también hay un anestesiólogo uruguayo que se apellida Calabrese el hace un estudio entre los diversos especialistas médicos hablando de Uruguay, no de México, y el dice “que es muy alto el consumo de *psicoactivos* entre anestesiólogos y entre psiquiatras “no” ¿Cuál cree que sean esas causas doctor?



**E:** Bueno creo que la causa fundamental, yo estoy de acuerdo con el doctor en México también pasa lo mismo la causa fundamentalmente como cualquier otra *adicción* “si” es “eh” la facilidad de obtener la *droga* “si” o sea si tú me preguntas ¿Cuál es la solución para quitar las *adicciones*? Pues que no tengan acceso a la *droga*, entonces como hay accesibilidad a la *droga* eso te provoca una *adicción* “eh” vivimos en un... un momento... en donde el acceso a la *droga* es muy fácil a la *cocaína* a la *marihuana* “si” por eso es que hay tanto alto índice de *adicciones* “no” “eh” se había planteado ahorita se me fue quien hizo el planteamiento parece que fue “este” alguna institución no recuerdo ahorita cual que planteaba que había aumentado la incidencia en *adicciones* en...en escolares “no”, salió en esta semana y ayer el secretario de salud...de educación pública dijo que no había *adicciones* en escolares, era lo que comentábamos ahorita en la sesión clínica “no” la realidad es que si hay *adicciones* en escolares ¿pero por qué *adicciones*? En primera instancia porque hay disponibilidad en la *droga* y bueno en segunda instancia por toda la psicopatología que el paciente pueda tener o la... pues si la psicopatología o la situación psicosocial, una familia disfuncional etc...etc. “eh” una mala dinámica de la familia que sería el otro factor “no” pero el primerito es la disponibilidad, ahora porque en los anesthesiólogos y los psiquiatras hay un mayor índice de consumo de *psicoactivos* porque existe la disponibilidad, el anesthesiólogo tiene la disponibilidad de tener todo ahí, todos sus *chochos* y el psiquiatra también entonces obviamente, la segunda instancia es que...la otra sería la problemática propia del individuo que pudiese tener “no”, su estructura psíquica, su problemática, sus contingencias propias de la vida “si” que sería un factor adyacente a la primera “no” y la tercera pues tal vez sea también pues este el...el...el... estrés que te ocasiona el trabajo “no”.

**I:** Perfecto Dr. Muy bien, “este”... esto va muy relacionado pero de todas maneras la hago ¿Usted cree que haya una mayor consumo de *psicoactivos* entre los psiquiatras comparados con el *consumo* de otros especialistas médicos?

**E:** Yo creo que sí, bueno yo he tenido la experiencia y cuando hablamos de *psicoactivos* pues nadamos nos estamos acercando hacia los *fármacos* “no” pero “eh” no solamente es a los *psicoactivos*, si no también es el alcohol “no” y yo he tenido la experiencia por ejemplo de observar “eh” ya sea en congresos que voy o en cursos que organizo en los lugares “este” de recreo “no” generalmente los congresos son en Acapulco, Puerto Vallarta, un hotel o cosas por el estilo o cursos así y bueno es muy interesante ver como al termino de las sesiones “este” en el bar están llenos “no” y hay borracheras y hay despilfarro del alcohol “no” yo lo observé y lo observo en los congresos de psiquiatría y como yo me dedico a tratar violencia en derechos humanos por ejemplo con mis compañeros médicos, psiquiatras y psicólogos que “eh” trabajan con víctimas de la tortura por ejemplo de los homicidios de Ciudad Juárez y todo y que organizan cursos “este” recuerdo bien algunos cursos que organice que en la noche el bar estaba lleno y los compañeros hasta atrás “no” y yo te diría que el alcohol y los *psicoactivos* son los más frecuentes en psiquiatras, en los psicólogos en personas que están enfrentándose a situaciones difíciles de la salud mental que en otras áreas de la medicina ”no” y puedo asegurarte que menos que en la cirugía, menos que en la medicina interna, que en la pediatría, dermatólogos por ejemplo “no”, pero si, y sobre todo en estos tiempos posmodernos “no” de modernidad tardía en donde llegan gentes violadas “este” secuestradas, “eh” cosas por el estilo que pues impactan “no” y de repente te quieres evadir “no”.

**I:** Perfecto ¿Para usted es fácil el acceso a los medicamentos?

**E:** Si muy fácil, facilísimo, yo puedo encargarle al representante médico un medicamento o hacer una receta y comprar el medicamento no tengo mayor problema.

**I:** Obviamente la pregunta está dirigida hacia eso “no”

**E:** Si yo puedo decirle a un representante medico “oye necesito tal medicamento” deme la receta Dr. Y se lo traigo la semana que entra por ejemplo o voy a la farmacia y lo compro tan sencillo como eso y no hay ningún problema.

**I:** ¿Entre los psiquiatras como valoran el alto consumo de drogas, psicoactivos o cualquiera de estas sustancias?

**E:** ¿Cómo lo valoramos en términos generales?

**I:** Si...si es decir, porque pues tienen pacientes justamente que tienen problemas con *adicciones*, también sabemos que puede haber entre el propio personal, pero en términos generales ¿Cómo se valora positivo o negativo?

**E:** No “eh” obviamente que nosotros yo por lo menos considero que la... el *consumo* de *psicoactivos* “eh” consuetudinariamente “eh” es una manifestación de una patología mental, obviamente “no” o sea no se puede considerar que un sujeto que consume “eh” *psicoactivos* consuetudinariamente, constantemente, sea un sujeto, para hablar en términos muy concretos, de tipo normal “no” es un sujeto que tiene una patología mental la que tú quieras desde una...simple ansiedad hasta un trastorno grave de depresión “no” o un trastorno adictivo o grave “no” “este” pero independientemente de si el sujeto *consume* un *psicoactivo* cotidianamente pues tiene... lo *consume* por algo “no” y ese algo es que tiene una patología mental” no”.

**I:** Ok perfecto ¿Considera que habría alguna diferencia entre un *consumo* por prescripción y un *consumo* digamos patológico?

**E:** Si, o sea podemos hablar de un *consumo por prescripción* que el psiquiatra te lo indica, podemos hablar que hay un...un *consumo* digámoslo de esta manera por *consumopatológico* o *clandestino* es decir donde el sujeto “eh” compra la medicina por ejemplo en la cárcel “no” uno de los medicamentos que se vendían

hace mucho en la cárcel es el *rohipnol* "no" que es *flunitrazepam* si mal no recuerdo es un hipnótico y el *rohipnol* en la cárcel le dicen *ropinol* "no" los *ropinoles* y costaba \$10 el *ropinol* por ejemplo en la cárcel ahorita ya ha de costar más caro porque ya el *rohipnol* no se puede vender con receta más que de las especiales "no" entonces "este" digo y tú te metes a un medio de este tipo en la cárcel o en el barrio que se yo y te venden los *chochos*, las *pastillas* "este" a \$10 a \$15 según el efecto "no" que tenga el *chocho* el *rivotril* "no" que se yo "no" "este" en Tepito te los venden "no" el *valium* entonces es una forma clandestina de *consumir* y la prescripción médica será la clandestina y sería la auto prescripta "no" y esa es la que muchos médicos caemos en esa *autoprescripción* de consumir el medicamento "si" y que eso puede ocasionar una *adicción* al sujeto "no".

**I:** Bueno aquí no está la pregunta pero digamos ¿Cuál sería como ese paso que acaba de decir entre ese consumo que puede ser esporádico y ese consumo habitual que puede llegar a la dependencia?

**E:** bueno tal vez el bienestar "no" mira "eh"... nuestra profesión es una profesión de alto riesgo en términos no solamente físicos porque puede un enfermo violentarse y agredirte "no" si no también en términos psíquicos "no" es decir te... te quema "no" te agota, te deprime si a esto le sumas la problemática personal que tienes que puedes tener que todos estamos expuestos "no" a tener problemáticas en nuestra casa, con nuestra pareja, con nuestros hijos, con quien sea "no" y tienes la facilidad de tomar "este" un medicamento y aparte la receptividad biológica "no" entonces pues este caes en ese...círculo de que se llama de *tolerancia* en donde empieza a tomar "este" un medicamento y después ya no te hace efecto y empiezas a tomar más dosis y después más dosis o cambiar de medicamento por no te funciona y entonces eso se puede generar en mucha gente "no" de manera muy, muy, frecuente, o sea, nosotros sabemos y hemos visto y aquí lo habrás visto tú con algún compañero como es que a raíz de una problemática personal después laboral y con un buen pretexto empezó a... a

volverse *adicto* a sustancias *opiáceas* y el mismo se las prescribía y este... y se las inyectaba “no” bueno su caracterología no le permitía establecer límites “no” porque tiene mucho que ver la personalidad y el carácter... para poder manejar estas circunstancias “no” porque también depende mucho de las circunstancias yo en lo personal “este” te podría decir dos cosas, una yo prefiero tomarme un *valium* a que me dé un infarto , es decir, si yo hago un coraje en el trabajo porque me hace enojar alguien y me siento muy mal ”si” yo voy y agarro y me tomo un *valium*, prefiero tomarme un *valium* a que me dé un infarto al miocardio, a que me pase esto que me pase aquello y por el otro lado te voy a platicar una anécdota... “eh” bueno tú me conoces sabes que yo tengo pensamiento de izquierda y siempre he militado por ese lado y recuerdo que un día en una marcha del 2 de octubre con mi amigo querido ya fallecido recientemente Fausto Trejo también psiquiatra, íbamos allí en la marcha del 2 de octubre hace unos 3 años “no” 4 con los macheteros de Atenco “no” y tenía un montón de sed y me daban ganas de orinar y un montón de sed y dije a chingao ¿Qué tendré? “no” y entonces pues al otro día me hice una glicemia y salí con la azúcar alta coincidió con que estaba yo tomando “eh” un relajante muscular, fíjate todo el conjunto “no” porque tenía una lumbalgia tensional “no” y entonces tomaba un relajante muscular que tenía corticoide para quitarme el dolor de la lumbalgia es decir el dolor de la región lumbar tensional por la tensión laboral y el corticoide el doctor me dijo que me lo tomara solamente 3 días como me cayó tan bien me lo tome 10 días “no” (risa) lo clásico “no” me sentía re bien me lo tome 10 días entonces me subió mucho la azúcar porque el corticoide sube mucho la azúcar, cuando me hice la glicemia la glucosa en sangre salió altísima como 300 casi, fui con el doctor, el doctor me llamo la atención me regañó y me dijo pues es que usted tomo corticoide y le subió la azúcar y usted tiene antecedentes heredo-familiares diabéticos y ahora voy a tener que darle un antidiabético “no” entonces a partir de esa fecha fui considerado como diabético aunque algunos médicos dicen que no es cierto pero yo le creo a mi doctor entonces me dio un antidiabético para que no me subiera más la azúcar, la tengo ahorita controlada y cuando me da la lumbalgia tensional me dan otro tipo de relajantes musculares que no tengan corticoides... por otro

lado el hecho de estar siempre en esta tensión de trabajar en la psiquiatría y con pacientes y que aparte yo que trabajo en derechos humanos y todo ese rollo “eh” me ocasiono que tuviera una hipertensión arterial “eh” de origen tensional, entonces fui con un ex alumno mío que es cardiólogo y me dice “sabe que doctor pues este el criterio ahora de las hipertensiones arteriales...es manejarlas como hipertensiones sistémicas como si fuera una hipertensión arterial no es nada más darle algo para que se le baje en ese momento si no ya darle constantemente por que en una de esa subidas de tensión arterial le puede dar un infarto cerebral ”no” un infarto cardiaco, bueno, ok dámelas entonces tomo la medicina para la hipertensión, tomo la medicina para la azúcar que me subió por el corticoide y cuando me hicieron los estudios para la azúcar sale con que tenía el colesterol alto y los triglicéridos altos pues obviamente que todo esto es por la dieta “no” porque pues como nosotros tenemos una vida tan disipada dentro del trabajo del médico pues a veces no nos podemos comer nuestras 3 comidas “este” como dios manda entonces a veces comemos cosas tacos o cosas por el estilo entonces el...el...el... la combinación de diabetes, la combinación de hipertensión y de hipercolesterolemia es decir colesterol alto se llama síndrome metabólico entonces pues tengo síndrome metabólico bueno a mis 56 años de edad, un día me fui a dar una conferencia al Centro Médico a la Academia Nacional de Medicina entonces llegue recién que me diagnosticaron todo esto y le dije a la persona que me invito un médico ¿quiere algo de tomar Dr.? Y le dije si tráeme una coca-cola, y me trajo una coca-cola normal y le dije no tráeme una coca-cola de dieta por favor porque fíjate que me acaban de descubrir que tengo la presión alta, que tengo la azúcar alta y que tengo el colesterol alto y me dice el compañero medico pues es normal”no” es normal siendo médico y a tu edad ”no” entonces como que es interesante esa anécdota porque yo estaba muy preocupado y el médico que era médico internista me dijo pues es normal para que te preocupas, a tu edad y siendo medico teniendo 50 años y “este” trabajando tanto como trabajas tengas síndrome metabólico “no” y ya me cambio la coca normal por una coca light “no” o sea una coca normal “no” entonces “este” muchas de las cosas que tenemos los médicos entre nosotros las vemos normales... eso es muy interesante ”no”

aunque para otros son una enfermedad nosotros pues es normal que tenga hipertensión, que tenga diabetes y que tenga hipercolesterolemia “no” esa es una cosa “no” la otra es como te digo... el libre acceso a los medicamentos a mi me permite decir en este momento si ahorita yo hago un coraje sacar un *tafil* o un *valium* y tomármelo y decir prefiero bajarme el coraje con un *valium* o un *tafil* a que me suba la presión “no” yo me relajo y se me calma pero aquí corres el riesgo “si” de que te empiece a gustar el *tafil* te empiece a gustar el *valium* y no lo dejes “no” y te vuelvas *adicto* “no”

I: eso es muy interesante diría por que con esto que comenta al final me contesta varias dudas de las últimas preguntas

E: Si aquí hay otra cosa interesante “eh” y te voy a platicar otra anécdota... yo te decía que trabajo... en salud mental y derechos humanos, trabajo en particular en atención a sobrevivientes víctimas de la violencia y en particular sobrevivientes víctimas de la tortura, o sea, es un trabajo muy...muy...muy difícil “no” y un día dando yo un seminario en la ciudad de Guatemala... a un grupo de jóvenes psicólogos y psiquiatras... uno de los jóvenes me pregunta ¿Oiga Dr. Y a usted no le afecta esto? Y recuerdo que yo iba con una joven psicóloga “eh” digamos discípula mía, estábamos dando los dos juntos la conferencia...“eh” y que estaba en el campo en que yo me desarrollo y le dije al compañero claro que me afecta... como dice Nicolás Guillen “¿Quién le dijo que yo era risa siempre, nunca llanto, como si fue la primavera?(no soy tanto)” la segunda parte del verso dice “Y en cambio ¡que espiritual” le dije a la compañera psicóloga “que usted me diera una rosa de su rosal principal!”... “eh” pero todo esto fue una metáfora porque le dije como crees que no me va a afectar, si me afecta pues si no soy Dios para que no me afecte “si” y necesito de ayuda yo como médico como psiquiatra, como psicólogo necesito de ayuda para que todo ese dolor que guardo que me llega de ver a las victimas lo pueda yo desahogar y aliviar con la ayuda de una psicoterapéutica de una psicóloga por eso dice “¿Quién le dijo que yo era risa siempre, nunca llanto, como si fuese primavera?(no soy tanto)” y le dije a la

psicóloga “¡que espiritual que usted me diera una rosa de su rosal principal!”, este trabajo de 32 años como médico y te podría decir que desde el año de 1974 que trabajo en esto que te digo en particular... pues deja estragos ”no” deja estragos te afecta al paso del tiempo al grado que yo he padecido “eh” aparte de que tengo toda la carga genética, las circunstancias no solamente de mi trabajo si no de mi vida personal... me han ocasionado varios cuadros de trastornos ansiosos depresivos pero yo como médico he tenido que atenderme “no” yo como psiquiatra me doy cuenta que lo tengo, pero yo he aprendido una cosa y eso es una cosa que “eh” me parece que fue un acierto “no” el no tratarme yo el padecimiento al principio lo intentaba pero no me funcionaba entonces a partir de esa ocasión opte por acudir con un compañero mío psiquiatra “si” y decirle sabes que creo que tengo esto entonces el psiquiatra ya me ve como paciente y bueno yo te puedo decir que he padecido a la fecha de... no se ahorita tengo 56 años, de unos 20 años a la fecha, así manifiestamente he padecido de unos 4 cuadros de trastornos mixto ansioso depresivo...con ansiedad con todas las características y para esto me han prescrito, mi psiquiatra me ha prescrito “este” *antidepresivos* y *ansiolíticos* y actualmente yo estoy prescrito por mi psiquiatra con *antidepresivo* y *ansiolítico* porque tuve un cuadro de depresión a mediados del año pasado y me prescribió *ansiolíticos* y *antidepresivos* entonces yo actualmente tomo *paroxetina* por las mañanas y *alprazolam* por las noches el *alprazolancetafil* es un *ansiolítico* “no” que me permite tranquilizarme dormir, estos dos medicamentos y evitar los taque de pánico que me daban “eh” hace 6 meses que me han dado en estos 20 años de vida porque de repente “este” te despiertas con un ataque de pánico que conscientemente no sabes... porque lo tienes “no” hay descargas adrenérgicas y todo pero evidentemente que tiene que ver con todo lo que uno vive en la vida “no”, si te enfrentas a un torturado y que te platique me hicieron esto, me hicieron aquello o al enfrentarte a persecuciones por parte de la policía o que te hagan llamadas anónimas o cosas por el estilo pues te estresan “no” y a lo mejor en el momento en el que estás haciendo tú la evaluación del... yo te podría decir que yo he estado trabajando en situaciones difíciles cuando, lo de la APO por ejemplo ... ahí tuve que trabajar con “eh” me pidieron hacer un peritaje para unos periodistas



que fueron torturados “no” pero me hicieron la vida de cuadritos la policía “no”, en el sentido de que desde que acepte el cargo, elabore las pruebas, hice el reporte, ratifique el cargo bueno tenía yo agresiones como... romperme los espejos de mi carro, como abrir mi carro y revolverlo todo y no robarse nada, como secuestros exprés “no”... que en el momento a lo mejor no lo siente tanto pero ya cuando entregas el peritaje y los ratificas y pasa un determinado tiempo te viene la crisis “no” “sí” te viene la crisis y entonces cuando dice ¿Qué paso? “no”, entonces te pongo ese ejemplo o cuando fui a Ciudad Juárez a hacer un peritaje a un interno que bajo tortura lo acusaron de ser el homicida de su prima, él era inocente y pues las persecuciones que tuve en Ciudad Juárez por los torturadores y todo ese tipo de cosas si te estresa “no”, te digo en el momento no lo sientes pero al paso del tiempo pues va dejando huella y aparte si le sumas a esto los problemas personales que puedas tener, que pueden ser aquí no sabemos cuál es la variable directa si es variable directa o indirecta, tú no sabes si los problemas personales inciden en un mal rendimiento en el trabajo “sí” o el rendimiento en el trabajo tan estresante incide en la relación familiar “sí” o van y vienen “sí” lo que si te puedo decir es que yo en lo personal estoy separado hace más de 10 años porque no tuve una adecuada compatibilidad con la madre de mis hijos” este” afortunadamente no paso a mayores o sea no hay una disfunción familiar mis hijos son profesionistas los dos ”este” la mamá de mis hijos... está trabajando, está bien, yo estoy bien pero el trabajo es muy estresante y si te estresas mucho y ahorita mismo ahora mismo estoy tomando “este” *paroxitina* en la mañana y *alprazolam* por la noche como un tratamiento prescrito “sí” prescrito aunque en ocasiones me auto prescribo como te decía si me siento tenso me tomo un *tafil* en lugar de tomar un *whisky* por que el alcohol no me gusta (risas), si, o sea, yo llego al aeropuerto porque voy a viajar y me pongo muy tenso en lugar de meterme a un bar a tomar un par de *whiskys* me tomo un *tafil* de 0.25 mg o también podría ser de 0.50 porque el alcohol me causa gastritis (risas)

I: Ya sería la última pregunta Dr. Justamente con este último comentario que hace creo que en parte la responde, me dice bueno yo prefiero tomarme un *tafil* que un

par de *whiskys* “no” ¿entonces usted en lo personal como valoraría este consumo de *psicoactivos*, ósea fuera de todo prejuicio estoy hablando de *consumo* no de *adicción* porque sabemos que la *adicción* ya es la etapa mayor pero ¿Cómo lo valoraría?

**E:** Mira yo considero y esto se lo digo mucho a mis pacientes que estos llamados *psicoactivos* que quedamos que eran los *ansiolíticos*, los *hipnóticos*, los *sedantes* se inventaron para algo “sí” y que cuando uno los necesita pues hay que tomarlos, no cuando no los necesita, entonces si uno necesita tomar un *ansiolítico*, un *hipnótico*, un *sedante* porque lo necesita, porque esta “eh” estudiado y diagnosticado para consumir este medicamento, o sea, tomarlo pues como parte de un tratamiento pues este... es lo adecuado “no” y te pongo un ejemplo muy sencillo, yo tengo un posgrado en psicogeriatría veo ancianos, y el anciano por su naturaleza propia ya tiene deteriorada la neurona “no” y al estar deteriorada la neurona pues eso le genera problemas de sueño “no” entonces pues al anciano le mando un *hipnótico* para que duerma “no”, o sea, para echarle unamanita a la neurona, y ese *hipnótico* lo va a tomar de por vida porque la neurona ya no le funciona para dormir, muchos ancianos se asustan por que dicen “hay doctor es que me voy a volver *adicto*” no si usted se toma media tabletita todas las noches y duerme bien pues cual es el problema “no” para eso se invento la medicina... pero si usted no tuviera la necesidad de la medicina y se la tomara entonces estaría mal, si yo tengo necesidad de la medicina y la tomo está bien, pero si yo no tuviese necesidad de la medicina y la tomara estaría mal y ese es el problema precisamente cuando el médico no tiene.. el psiquiatra en particular no tiene necesidad de la medicina y la toma ese es el primer problema y segundo cuando se vuelve *adicto* a ella, y cuando digo *adicto* no me refiero a que se tome durante 20 años media tabletita “no” si no que, yo ahorita tengo 6 meses tomando una tableta de *tafil* en la noche “no” el problema es cuando creas lo que se llama *tolerancia*, es decir cuando empiezas con media tabletita después la media tabletita no te hace te tomas una tabletita, después una no te hace te tomas dos, tres y luego cuatro entonces eso si ya es una *adicción* en donde el paciente, el

psiquiatra en este caso “eh” aun que necesite el medicamento crea una *adicción* en el sentido en que va generando una *tolerancia* y necesitar cada vez más dosis y en menos espacio de tiempo eso si caería dentro de lo patológico “no” pero por ejemplo en el caso mío que tengo un trastorno mixto ansioso depresivo necesito la medicina y me la está prescribiendo un médico “no” y me la está controlando y la voy a tomar hasta que el me diga no hasta que yo diga “no” porque eso hay que evitar hacerlo aunque la mayoría de los médicos no lo hacen generalmente se automedican especialmente los psiquiatras “eh” es interesante comentarte otra anécdota... “este” en alguna ocasión llega a mi consultorio un psiquiatra joven... yo no sabía que era psiquiatra y entonces ya se sienta en el sillón y le pregunto qué es lo que pasa y me dice “hay doctor me da mucha pena” y le dije ¿Por qué le da pena? Y me dice “es que yo soy psiquiatra y me siento muy mal tener que venir con usted...porque tengo un problema de nervios”, es decir el psiquiatra... le cuesta trabajo ir al psicólogo o al psiquiatra... porque considera que como ser psiquiatra o psicólogo “si” “este” ya la hizo “no” y entonces me acuerdo mucho que me dijo “me da pena” ¿le dije porque te va a dar pena?... tu independientemente de ser psiquiatra tienes sentimientos y tienes todo esto “no” pero si tú te pones a reflexionar aquí nosotros los médicos psiquiatras y los psicólogos... si vamos con el psiquiatra o el psicólogo es para análisis “no” o para terapia, para, pero no vamos nos cuesta mucho trabajo ir porque creemos que podemos tener una psicopatología entonces o nos la aguantamos o nos *automedicamos* y está el problema importante, o sea, tiene que ver con el *narcicismo*... del trabajador de la salud mental del psiquiatra y del psicólogo su *narcicismo* no le permite aceptar que puede estar enfermo mentalmente y que tiene la necesidad de ir con un psiquiatra o con un psicólogo y la clave esta cuando tu asumes como te dije el verso de Nicolás Guillen pues que eres vulnerable como cualquier otro “no”.

#### **Entrevista 4**

Aplicación del instrumento (entrevista semi-estructurada)

B) Ficha

- Fecha: (25 marzo de 2011)
- Lugar: (Unidad de Atención Psiquiátrica)
- Profesión: Médico Psiquiatra
- Edad: 38 años
- Sexo: (H)
- Antigüedad en el ejercicio profesional: 12 años
- Estado civil: casado

#### **Entrevista 4**

I: ¿Tu edad?

E: 38 años

I: ¿Tu antigüedad en el ejercicio profesional?

E: ¿De la psiquiatría o de la medicina?

I: Yo diría que bueno de la psiquiatría, por ejemplo me decía uno de tus colegas que lo considera desde que está en la residencia “no”

E: De la psiquiatría si porque además no solo eso “he” yo empecé a dar consulta privada de psiquiatra desde finales de 2001 así que...

I: Ahí está es eso.

**E:** Es 1999

**I:** ¿Estado civil?

**E:** Casado

**I:** Bueno ahora si vamos a la cuestión formal ¿considera que su atención laboral es muy estresante?

**E:** No

**I:** ¿No hay ningún factor estresante?

**E:** A no si hay factores estresantes pero muy estresantes no, de hecho me relaja mucho dar consulta

**I:** ¿Medianamente estresante?

**E:** No poco estresante

**I:** Bueno pero eso yo creo que tiene que ver con otros factores como...

**E:** De personalidad

**I:** Claro y también de cómo diríamos, de satisfacción con la profesión "no"

**E:** A claro si

**I:** O sea, hay gente que hace cosas que no le gusta entonces no está satisfecho con lo que hace

**E:** No... no... sí... no yo elegí bien, indudablemente hay muchas cosas que me gustan más que la psiquiatría pero pues no tengo el carácter para algunas, para otras las disfruto mucho pero no soy tan exitoso en ellas y otras de plano no son remuneradas así que (risas) bueno yo me oriente hacia biología, luego me oriente hacia medicina y luego me oriente hacia psiquiatría fue escogiendo la elección de psiquiatría tiene mucho que ver porque creo yo aun que los ambientalistas dicen otra cosa tengo muchos amigos en salud pública, creo yo que la especialidad de psiquiatría es la que se toca con mas... con... con mas áreas de lo social en lo humano “no”, dicen los ambientalistas que no que son ellos yo creo que es la psiquiatría “eh” yo te puedo decir que los mejores psiquiatras que he conocido son gente que sabe mucho de historia, que sabe mucho de sociología, antropología, de muchas de las áreas sociales o al menos los que yo considero los mejorcitos psiquiatras.

**I:** De hecho si hay como... hay un perfil de cercanía “no” entre el psiquiatra y el científico social yo conozco bueno por ahí un caso de un psiquiatra mexicano de Guadalajara que después hizo una maestría y un doctorado en París en antropología él trabajó... trabaja para la OPS pues en toda esta cuestión del aspecto cultural de la enfermedad mental, es todo un experto ha estado un muchas reuniones, ha publicado muchas cosas

**E:** Pues ha de ser parte de lo más interesante

**I:** De lo más interesante “no” pues una doble formación y hay otro caso pero ese es más cercano a los antropólogos que es un psiquiatra británico que después hace investigación un estudio en antropología se llama Kleinman supongo que has de haber leído sobre él porque él es el que habla de enfermedad, de padecer y de muchas de estas cosas y además es como un... uno de los teóricos más importantes en antropología médica pero es... bueno es psiquiatra y es antropólogo entonces yo creo que si hay mucha cercanía. Bueno dentro ya de la práctica profesional ¿Qué actividad específica crees que sería la más estresante?

de ejemplos “no” la atención dices te relaja pero a lo mejor el aspecto administrativo, la relación laboral, las normas institucionales o que parte en específico pudiera ser lo más estresante

**E:** Creo que no me lo había puesto a pensar a lo mejor lo que te puedo decir es no tengo mucha experiencia en la medicina institucional para mí esto es nuevo y desde que estoy aquí estoy muy relajado... yo tengo experiencia en la medicina privada y en la medicina privada la parte más estresante que se me presenta a mí durante los años que llevo ofreciendo la psiquiatría privada es... cuando disminuye el... la cantidad de pacientes nuevos a mi consultorio porque entonces disminuye mi ingreso y es una... tiene una repercusión directa en mi estilo de vida y en la calidad de vida que tengo entonces eso me estresa mucho de hecho esa es la razón por la que finalmente me meto a la medicina institucional porque la consulta disminuyo mucho esa sería la parte a lo mejor se traduciría como conseguir pacientes “no” como el marketing propio entonces hacer *marketing* “no” me angustia que no funcione y que no consiga pacientes nuevos eso es lo que ha angustiado y llevo pues 12 años así pero esa sería la parte más estresante, ya aquí que los pacientes son seguros, el sueldo es seguro lo que más me estresa es llegar temprano... me estresa llegar temprano

**I:** De ahí en fuera todo perfecto.

**E:** Si yo generalmente hago buenas relaciones laborales si no le caigo bien a la gente no me preocupa, si le caigo bien me gratifica mucho “este” no... no es por ahí en cuanto al ambiente laboral, en cuanto al ambiente con los pacientes soy unapersona que creció con gente mucho mayor que yo entonces “este” no... no me cuesta trabajo ningún trabajo dar una imagen “eh” más o menos de adulto mayor que tiene que ser respetado por el paciente que es algo que a la mayoría de los psiquiatras al inicio de su carrera les cuesta trabajo a mí nunca me costó trabajo pues bueno no hay otras cosas “este” manejo de fármacos yo a los... cuando terminé medicina y estoy haciendo el servicio social “eh” caigo en la

cuenta pensamiento mío no quiero decir que tenga yo razón y que sea aplicable para todos creo yo que la medicina no hace gran diferencia en la vida de las personas la gente se cura con y sin el médico y a veces a pesar del médico entonces no me creo tan importante “no” y por lo mismo no me tomo tan importante mi trabajo soy responsable pero no me lo tomo tan a la tremenda.

I: A ok ¿crees que aquí al interior de la Unidad las relaciones laborales... más bien las relaciones entre el personal de salud son conflictivas o cordiales?

E: Creo que hay un equilibrio y creo que la gente en general no lo entiende y lo he estado viendo creo que hay cordialidad y creo que también hay conflicto que son cosas que no están peleadas cuando la gente no tiene lo que quiere generalmente se va a generar una... perdón por lo de generalmente se va a generar... casi siempre se va a generar una insatisfacción... una sensación de insatisfacción y entonces tengo que asignarle a alguien la responsabilidad por mi propia insatisfacción ¿a quién se la asigno? Casi siempre es muy común de las gentes que nos dedicamos a la psique entiéndase trabajadores sociales, antropólogos, psiquiatras, psicólogos quien sea casi siempre busco a alguien una figura de autoridad a quien asignarle la responsabilidad pero finalmente el que yo no obtenga lo que quiero es responsabilidad mía, es responsabilidad final mía “eh” pero eso no está peleado con la cordialidad, cordialidad significa aunque suene cursi “calidad de corazón” o “actividad del corazón” si quieres “no” es una... es un atributo que tiene que ver con... con *cordiscordio* que es... es corazón entonces ser cordial es ser más o menos amable, cariñoso y de eso hay bastante acá aun que la gente se pelee o se enfrente yo te puedo decir que es de los ambientes más... amables en los que he estado; en la especialidad yo te puedo decir que los 4 años de la especialidad me la pase en un ambiente terrible y era un servicio de psiquiatría que funcionaba precioso y perfecto como reloj con un nivel de psicoterapia altísimo no conozco otro servicio de psiquiatría con ese nivel de psicoterapia pero el ambiente en el personal era tremendo



I: ¿Eso en donde era?

E: Ahí en el 20 de noviembre un ambiente terrible y todos se llevan bien y todos se medio quieren pero la sensación era muy desagradable tu seguramente has oído hablar del... o si no has oído hablar bueno pues es un concepto interesante este asunto del cómo se llama del *mobbing*, el *mobbing* viene del.... Es que los gringos se inventan palabras espantosas “no” el *mobbing* viene del *mob*, el *mob* es la pandilla es el *gang* y el *mob* son pandillas, el *mob* se usaba más como para hablar de la mafia “no” entonces *mobbing* es com... sería fácil describirlo como el grupo o la pandilla contra alguien “no” entonces se le hace *mobbing* a un personal a alguien del personal y es la pandilla jodiéndose a alguien entonces el *mobbing* en el 20 de noviembre es fuertísimo y generalmente el *mobbing* responde a la ... a la ansiedad del grupo “no”, osea, el grupo está inquieto muy angustiado se empiezan a joderse a alguien un grupo mientras platicuen o puedan mentar madres y puedan echarle y puedan hablar mal del jefe o de la jefa o de los jefes o de etc... ese grupo estará tranquilo, cuando el grupo está mostrándose más angustiado entonces ese grupo no está bien.

I: La sesión clínica aquí funcionaría un poco como eso “no” como un espacio de...

E: No, no debe ser las sesiones clínicas y a si como te dije que ... que bueno no me lo tomo tan a la tremenda y que yo creo que se han desvirtuado no aquí en todos lados la sesión clínica es para mostrar situaciones clínicas, clínico significa cama, *clinicos* significa cama entonces, ok no estamos hablando de camas pero si tendríamos que hablar de clínica en el sentido clásico que es describir situaciones de pacientes o de enfermos o de enfermedades o de situaciones si quieres normales pero que se estudian en el humano biológicamente hablando y psique es biología... tratar de diferenciar como lo hacían en una sesión hace poco esto de que bueno es que sigue el pleito entre psico y.... eso es francamente poco útil “no” por decir lo más respetuosamente posible lo que pienso de esto pero “eh” .... la... la sesión clínica debería estar orientada a esto y tiene una función muy simple

retroalimentar... entonces digo las sesiones clínicas no son nuevas son de siglos se han usado por siglos y no solamente han estado los médicos han estado también otros personajes dentro de las sesiones clínicas pero aun que ahí suene pues que soy yo por un lado te digo que no me lo tomo tan a la tremenda pero las sesiones clínicas deberían de ser básicamente médicas finalmente la función final del centro es médica entonces la clínica debería ser médica, no quiere decir que solo participen los médicos significa que deberíamos orientar, osea, deberían de estar orientadas las sesiones clínicas hacia la parte médica que nosotros atendemos sobre el humano y /o medicina pues interactúa todo, la antropología de hecho, el trabajo social , la... algo que no se contempla en este tipo de centros por ejemplo que son “este” la... la abogacía las situaciones legales que son tienen un peso tremendo “eh” lo administrativo y en esto lo “he” administradores perdón los ... los psiquiatras “este” argentinos han avanzado muchísimo ellos han hecho mucha investigación sobre el desencanto que produce en el médico, la decepción que produce en los médicos la... la... el poder que han adquirido los administrativos dentro de las unidades médicas ellos han hecho mucho estudio y han encontrado cosas interesantísimas pero además el resultado final es una disminución en la calidad de los servicios... entonces está bien demostrado, en Argentina hacen cosas aquí es un poquito difícil porque en México desde la ... desde la conquista tenemos y bueno hay muchas teorías de porqué pero tenemos una conducta comúnmente muy agresiva pasiva los mexicanos, osea, así como que tenemos que demostrar somos un poquito yo sé que esto suena un poquito feo y grosero pero somos un poquito serviles tenemos que decir “patroncito” “no” yo me hago menos y hago menos a mi patrón para que yo me sienta medio a su nivel pero le demuestro que estoy abajo para que no me moleste, es decir, mientras el jefe no joda “no” yo sigo haciendo lo que quiero hacer entonces es difícil evaluar si las cosas se están haciendo bien o no , tenemos la cultura esta de los números que sigue siendo difícil aterrizar en medicina que es poner metas y cumplirlas pero metas sin supervisión y supervisar es extremadamente difícil porque además las personalidades no lo permiten, pero bueno ya me desvié mucho el asunto era si en la sesión clínica no ... no debería ser para eso hay un

psiquiatra ingles creo que era psiquiatra si no era psicólogo que se apellidaba Balint y que creo los grupos Balint, los grupos de manejo de profesionistas de una misma área que hablan, se explican, se expresan y el pretexto es generalmente las revisiones clínicas pero es... no... no pasa de ser un pretexto realmente lo que... la utilidad y para lo que están diseñados los grupos Balint es para expresar las emociones atrapadas en el grupo, ni siquiera es para que cada quien disminuya su nivel de ansiedad que termina ocurriendo si no para que el grupo este bien como grupo, entonces bueno los grupos Balint han demostrado su utilidad desde hace mucho, mucho tiempo en México se... los usan muy poco probablemente los reyes de los grupos Balint sean los médicos generales en Inglaterra que siguen.. sigue existiendo la asociación Balint en médicos generales y la... la *American Heart Association* la AHA que estableció uno de los cursos internacionales más exitosos, todo mundo quiere tomarlo, que es el *Advance Cardiac Life Support*, la AHA es la Asociación Americana del Corazón y el *Advance Cardiac Life Support*, que es el Soporte Cardíaco Vital avanzado "eh" una de las cosas en las que más hacen hincapié en el curso el que yo tome porque estaba de interno cuando estaba haciendo mi internado en medicina es "eh" la necesidad de que los grupos que atiendan urgencias cada tanto cada dos semanas, cada cuatro semanas dependiendo de las posibilidades de la institución a la que pertenece y acuérdate que las instituciones en Estados Unidos son inminentemente privadas, son predominantemente privadas, entonces cada tanto se reúnan a puerta cerrada los miembros del grupo y hagan un trabajo que es idéntico al trabajo Balint se toma un caso que sea polémico que se sospeche que se trató mal al paciente o que podía haberse hecho otra cosa a... un caso polémico entonces se le permite a un grupo interactuar entre ellos la única regla es que no se agarren a golpes "no" y se pueden mentar la madre, se pueden decir cosas más... más feas y el chiste es que se desahoguen y conforme van avanzando y a lo mejor las gentes al principio quedan medio resentidas de lo que fulano dijo se van acostumbrando, se van acostumbrado a este tipo de interacción y van adquiriendo tolerancia a las críticas pero además también van permitiendo que las emociones fluyan y no se atorán en el grupo entonces eso debería ser,

eso podría ser un remedio pero las sesiones clínicas no deberían serlo, no deberían serlo porque además se vuelve una situación de agresión inútil... si la agresión es útil porque vamos ahora hay una... una moda que todo es violencia "no" pero somos una especie violenta de donde se supone que no debemos ser violentos, osea, entonces no vamos a respirar porque respirar "este" contamina el aire de los demás pues ni friegues "no" este y bueno si hay situaciones de violencia muy graves en... en nuestro medio , intervenimos en ellas tratamos de corregirlas pero "eh" es como hablar de la ansiedad no tengas ansiedad te mueres la ansiedad se pasa de lo normal entonces ya es patología "este" una... una técnicas.... Las técnicas paradójicas de intervención en psicoterapia sistémica "no" uno llega a ser francamente agresivo para el paciente, sarcástico, grosero y sin embargo se está buscando el mejor bien para el paciente es con un objetivo positivo y se logra no es una agresión inútil, pero cuando la agresión no logra una mejoría pues espérame no tiene caso y es una agresión que hay que parar entonces no realmente no debería de ser de psique la sesión clínica.

I: ¿Qué haces para liberar el estrés?

E: Hay cosas que no te puedo decir por qué no me sentiría cómodo (risas) no si pues mira para liberar el estrés casi siempre trato de hacer algo divertido... "eh" y hay muchas cosas que me divierten "este"... mmm generalmente ¿Qué sería lo más común?... leer... leo mucho y lo disfruto mucho y me desestresa "este" pasear, disfruto mucho pasear, pero así horrores, soy una persona poco física, soy más "este" mi paseo es no hago ejercicio, mi paseo voy pajareando haciéndole al guey "no" "este" me gusta caminar pero caminar poco por periodos breves "no" no es por hacer ejercicio, me gusta caminar por distraerme pajareando ver a la gente me entretiene mucho ver a la gente cuando estoy en un paraje solitario generalmente no me paro a caminar, me paro a caminar cuando veo gente "este" disfruto mucho viajar, manejar en la carretera lo disfruto mucho me desestresa mucho, estar con mi hijo me desestresa mucho jugar con mi hijo es... es muy, sumamente placentero "no" bromearlo, molestarlo que me moleste es muy

divertido, platicar con los amigos cotorrear entonces “este” por ejemplo yo me salgo me veo con los cuates allá afuera “no” entonces ya tengo mis cuates del grupo con los que generalmente me encuentro allá afuera y estamos diciendo tonterías pero eso es divertido y eso a mí me ha costado mucho trabajo aquí en el D.F. me falta el grupo de amigos que hice durante toda la vida tengo muchos amigos y son de amistades muy profundas entonces yo... suena... le digo a mi mujer, ahora que fuimos a Veracruz, le digo: yo sé que esto va a sonar muy puñal “no” pero tengo un amigo mis dos mejores amigos de la vida así de... son por su apodo el borrego y el burro, entonces le digo: es que Veracruz no es lo mismo sin el pinche borrego, yo sé que suena muy puñal pero es la neta, eso me desestresa mucho.

**I:** Bueno la siguiente pregunta es ¿tú crees que los médicos sean cautelosos en la administración tanto de por ejemplo opiáceos para aliviar el dolor, como de ansiolíticos? estoy hablando en este caso del psiquiatra.

**E:** ¿Cautelosos? yo creo que en general los médicos y el psiquiatra está más o menos en el mismo nivel que las demás especialidades y que los médicos generales, en general los médicos son miedosos para manejar los medicamentos pero una vez que se hacen de un arsenal médico, de un arsenal de médico, o sea, que ya se hacen de sus medicamentos más recetados “fulano receta mas esto, fulano receta más esto” “este” “no” pierden el miedo “eh” no se no estaría seguro de si... de si podemos hablar de manera indistinta de miedo y cautela, creo que la cautela es una... es una consecuencia es una conducta entonces la... la caución que es como detenerse “no” “este” creo que esa él medico en general no es cauteloso “eh” no somos muy escrupulosos una vez que empezamos a recetar en la forma en que seguimos recetando por eso viene desde las primeras recetas, desde el internado y el servicio social, como que al principio la mayoría de los estudiantes yo te puedo decir soy maestro de medicina hace muchos años bueno profesor pues “este” ... la mayoría de los estudiantes tienen miedo antes de empezar a recetar y tratan de ser cautos al empezar a recetar pero cuando se dan

cuenta de que a los pacientes generalmente no les pasa nada dejan de ser cautos y eso es muy pronto, entonces no creo que haya cautela creo que si hay miedo y creo que hay una resistencia fuerte de la mayoría de los psiquiatras a cambiar de medicamentos, si tal medicamento le funciona se queda con ese y a lo mejor eso no es mala idea pero en general creo que no hay cautela.

I: ok bueno voy a decirte cual es la intención de esa pregunta, la intención de esa pregunta es bueno hay fármacos que pueden causar dependencia entonces ahí está la pregunta, o sea, la pregunta es yo psiquiatra se que tal fármaco puede causar dependencia en mi paciente entonces soy cauteloso, o sea no lo doy por que se que puede ocasionar ese cuadro “no”

E: A lo mejor en esto te puedo dar un ejemplo de lo que... bien específico de lo que estaba yo queriendo decirte antes que a lo mejor fui muy extenso tiendo a serlo se nota “este” no los psiquiatras en general igual que lo que te acabo de decir antes no, no son cautos en esto, pero además hacen cosas muy graves...”eh”... he revisado mucho el tema de las *adicciones* fui asesor en materia de *adicciones* para CONADIC en 2003 estuve contratado un año con ellos. Las *benzodiazepinas* que son probablemente los medicamentos más recetados por los psiquiatras junto con los *antidepresivos* pero es más probable que sean más recetadas las *benzodiazepinas* que los *antidepresivos* son medicamentos *adictivos* pero son poco *adictivos*... los psiquiatras por algún motivo la mayoría pero no solo los psiquiatras toda la gente de las neurociencias... quieren recetar dosis chiquitas de estos medicamentos y eso es un riesgo, las dosis fuera del rango terapéutico favorecen la... la... la formación de adicciones entonces uno dice “no la *benzodiazepina* es segura” si pero en cierta dosis bájala y entonces ya no es segura, súbela ya no es segura, mándala por razón necesaria que es cuando el paciente se sienta mal y si el paciente se está sintiendo mal dos, tres veces a la semana ya la está tomando muy seguido, estos tres factores a los que tiene que ver directamente el médico en la posología, dosis chicas, dosis grandes o dosis irregulares una posología irregular tienen que ver directamente con la.. con el

potencial *adictivo* del medicamento entonces “eh” no la respuesta es no... no son cautelosos pero además muestran la mayoría de los psiquiatras no todos, ni hablo de los de aquí hablo de los psiquiatras en general una... un amplio desconocimiento de las co... de las consecuencias *adictivas* de los medicamentos “eh” esto no es... no es tan anormal realmente los conocimientos sobre *adicciones* han avanzado mucho en los últimos 10 años entonces no se han difundido correctamente... eso es cierto es responsabilidad de los médicos estar actualizados pero es mucho más probable que un psiquiatra maneje bien un *antidepresivo* que maneje bien una *benzodiazepina* por esto que te estoy diciendo por el *potencial adictivo* y es muy común ver dosis chiquititas y además medicamentos que son *adictivos* “este” “señor le voy a retirar este medicamento” y entonces le empiezan a bajar en gotas “no” una gota cada mes y eso es terriblemente *adictivo* es acostumbrar al organismo, es sensibilizarlo al medicamento “no” “entonces” es un gran absurdo pero bueno eso te demuestra que no saben porque si lo hicieran sabiéndolo, si lo hicieran a propósito entonces es negligencia criminal “no” al no saberlo se convierte en mala *praxis* pero... pues mira “eh” es generalizado no quiero decir que...que “mal de muchos consuelo de tontos” el asunto es que tenemos que plantearnos.... plantearnos... plantearnos una realidad y la realidad social de los psiquiatras es esa...entonces no cautelosos de ninguna manera, “este” miedosos si igual que lo que te dije antes y creo... lo... el mejor manejo de *benzodiazepinas* que yo he visto... y a lo mejor te sorprenda no lo sé pero a mí me sorprendió mucho cuando me di cuenta pero si te estoy hablando de una situación anecdótica desde mi práctica médica es, de médicos generales...los neurólogos manejan las *benzodiazepinas* horrible, peor que cualquier psiquiatra, manejan las *benzodiazepinas* de un manera espantosa, los *neurocirujanos* ni se diga, esos cuates no saben medicina pero... pero los psiquiatras no las manejamos en general bien y el médico general las maneja muy bien, a lo mejor ahí si por cautela no lo sé a lo mejor porque entonces para recetarlos mejor se van al Vademécum “no” al diccionario y lo leen yo creo que es eso .

I: Bueno tal vez esa sería una hipótesis “no” pues la mayoría de los que conozco si son... si manejan mucho las benzodiazepinas como principal fármaco

E: El grupo principal lo más común “no” porque además ese es otro concepto generalmente no se maneja como el fármaco principal si no como el fármaco adyuvante entonces el ser el adyuvante como que le pongo menos atención “no” digo es otra idea.

I: No sé si alguna vez leíste algo que hace... un estudio varios estudios que hace el doctor Calabrese es un doctor Uruguayo.

E: No me acuerdo sinceramente

I: Pero bueno por el tema que... que él... él es anestesiólogo y hace estudios entre anestesiólogos y psiquiatras es muy concienzudo, es muy bien hecho, bueno con toda la escuela él es “este” me parece que es emigrado Argentino tiene en esta escuela son muy serios y él dice pues si de todas las especialidades medicas anestesiología y psiquiatría son los especialistas médicos que más consumen *psicoactivos* punto.

E: Yo pensaría que no yo te puedo decir que cuando estuve revisando y además tienes que definir psicoactivo... no se ¿Cómo defines *psicoactivo*?

I: Cualquier sustancia que altere el...

E: El alcohol también es *psicoactivo* y el cigarro es *psicoactivo*

I: Bueno si pero digamos que esos también entran, pero alcohol y tabaco y café aparte de ahí en fuera eso no los considero *psicoactivos*.



**E:** De ahí en fuera yo pensaría que unos grandes consumidores de *benzodiazepinas* son “este” los cirujanos y particularmente los *neurocirujanos* mira hay una buena cantidad de estudios europeos sobre depresión y *consumo de sustancias* te decía que yo revise lo de alcohol pero de *consumo* de sustancias en cirujanos y particularmente en neurocirujanas resulta que como grupo de... como género las cirujanas bueno como grupo profesional genérico las cirujanas tienen un alto nivel de estrés muy alto, mucho más alto que los cirujanos “este” por lo menos las europeas y creo que los estudios de los que estoy hablando no me acuerdo creo que son en Suecia “este” ya hace rato que lo leí y “eh” hay... hay.... Hay un nivel de intentos suicidas bastante elevado en cirujanas; “este” el psiquiatra en general yo creo que tiene una... un *consumo* de sustancias *psicoactivas* mayor que la mayoría de los médicos pero es una creencia mía “este” yo creo que los más los... que están más arriba son los anestesiólogos y lo que yo he visto en mí... en mi movimiento profesional como pacientes, como compañeros de trabajo “no” si los neurocirujanos, los neurocirujanos están quítate porque hay te voy “eh”

**I:** Yo creo que no es muy lejano... bueno los datos que yo he revisado y estoy hablando de datos recientes “no”

**E:** Sin embargo hay un dato muy interesante y esto lo demostró Medina Mora en Pachuca hace unos años, no sé si has leído a Medina Mora pero es la neta del planeta María Elena, tiene... siempre ha sido criticada por no ser psiquiatra pero yo creo que en alcohol difícilmente hay una persona importante en la vida “eh” y sus... sus... estudios en Pachuca fueron la maravilla son buenísimos entonces una de las cosas que demostró siempre se habla de que para las *adicciones* este riesgo, aquel y el de más allá, no es cierto “no” “este” hay que demostrarlo y lo que demostró respecto a la disponibilidad del *consumo* de *drogas* fue muy importante y desde que ella lo demostró ya la gente lo está estudiando en todo el mundo “no” están replicando sus estudios y esto no se ahorita pero te puedo decir que en 2000 en el año 2000, no 2001 si tu ibas a Yucatán, un año que estuve viajando

mucho a Yucatán porque mi esposa estaba haciendo su servicio social allá traté de comprar una cajetilla de cigarros en 2001 en Yucatán imposible, o sea, ¡deme unos cigarros! no hay, y entonces la gente la vez en la calle y no están fumando “no” “este” para comprar cigarros tenías que ir al súper a un súper grande a un Chedraui, una Comercial Mexicana o irte que tampoco me gusta mucho la idea, pero irte a una tienda de artículos para fiestas donde venden igual serpentinas, juegos para niñas o igual las botellas para la fiesta, los cigarros para la fiesta, pues se acostumbra en Yucatán en las fiestas poner cigarros en las mesas para que la gente fume pero dices que conducta más negativa, “no”, tu no vez gente fumando en la calle de Yucatán, Yucatán es extremadamente raro entonces es asunto de la disponibilidad. Es muy importante los anesthesiólogos tienen una disponibilidad de medicamentos *adictivos* brutal, los psiquiatras también entonces por eso no dudaría que lo que dices del Doctor Calabrese sea cierto pero “eh” mi experiencia que no deja de ser anecdótica es decir no tiene rigor científico me parece que hay otras especialidades que están mucho más arriba que los psiquiatras.

**I:** Debe de ser “no” la cuestión tenía que sería ser como un estudio más profundo más detallado

**E:** Sabes que quien ha revisado mucho este tema también...los judíos en Israel los médicos... los médicos en Israel han revisado mucho el asunto de las *adicciones* en médicos.

**I:** La doctora Medina Mora tiene un trabajo excelente entre residentes que es muy bueno “no” porque si es muy interesante no recuerdo en que hospital... no recuerdo en qué hospital hace su investigación pero si descubre cosas muy interesantes... esto que decíamos al principio los residentes le meten a todo “no” a todo.

**E:** Pero es que tendrías que preguntarte si es por residentes porque están bajo mucho estrés o ¿qué? o es una situación inherente al mexicano joven porque

cada vez ves como que más permisividad en el ambiente social respecto de las *drogas*, hablando de *drogas* refiriéndome a *drogasrecreativas* “no” es las que la gente *consume* para sentirse bien en grupo o porque es placentero “no”... pero igual yo te interrumpí que me ibas a decir del Doctor Calabrese

I: No era eso que él decía que si es muy alto entre los psiquiatras pero bueno aquí...

E: La pregunta es ¿Cuál creo que sea la causa?

I: Si... ¿cuál crees?

E: La disponibilidad del *fármaco*... hay mucho dicho al respecto dices bueno es que al estrés al que se someten “este” esto, aquello, lo de mas allá no es cierto, no es cierto o sea los... y esto está bien demostrado la psiquiatría en Estados Unidos está en pañales pero... pero bueno hay algunos centros que son muy buenos pero no es como las demás especialidades nuestro referente realmente es Inglaterra y España “no” son los mejores sitios pero en Estados Unidos no sin embargo ellos estudiaron mucho esto y de ahí salió... de ahí nació el rollo del concepto de la *resilencia* ¿no sé si lo conoces? bueno “este” los bomberos no consumen más *cocaína* “no” que la población y sin embargo y háblame del estrés, bueno los choferes de ambulancia no consumen más *psicotrópicos* aunque en las películas digan que sí y háblame del estrés, pero no es fácil conseguir una receta generalmente los choferes de ambulancia no son médicos entonces y si y se queman fácilmente se empiezan a crear recetar indiscriminadamente el que te diré el chofer de camiones de autobuses “no” no tiene facilidades de comprar recetas pero tiene un gran consumo de *psicotrópicos* porque se somete a estrés, esa es otra situación tiene que mantenerse despierto como que es una necesidad laboral y puedes hablar del consumo de *LSD* en los psiquiatras en los cincuentas me parece entonces dices bueno es una práctica profesional como... como en los choferes de au... de camiones entonces bueno hay muchos motivos seguramente

es multifactorial pero yo creo que el factor más importante es disponibilidad y eso tiene que ver con los trabajos de manera de una manera yo creo que ya lo demostró muy claramente.

I: Por supuesto yo creo que es como el factor más importante bueno de hecho también mi hipótesis es esa “no” por eso porque me dicen “no” de repente digamos eso te comento aquí es como la parte donde yo vengo a verlo en vivo o sea si es mi laboratorio pero yo trabajo con psiquiatras de cualquier lado o sea mi estudio no es del psiquiatra que trabaja en este centro es donde sea, o sea, tengo muchos conocidos en el Fray y en otras instituciones pero entonces aquí es el laboratorio porque en el Fray en el Fray curiosamente meto mi protocolo explico todo y entonces me dicen no, no puedes entrar, o sea, aun siendo después de un año pasando por el comité no lo han aprobado ni lo van a aprobar nunca “no “ y voy hace un par de semanas a la graduación de mis amigos que terminan psiquiatría ahí y estoy en la mañana, la ceremonia bonita y todo bien y en la noche un laboratorio paga la casa donde invitan a todos los graduados les pagan la comida y el alcohol entonces uno de mis amigos empieza a comentarle a los otros “no” Alfonso está haciendo una investigación sobre *adicciones* entre psiquiatras, de por allá pescan lo que dice una psiquiatra adscrita al Fray y dice “si corren a los adictos y a los homosexuales se queda sin psiquiatras el Fray ” entonces a mi me pega mucho por qué digo bueno en el fondo a lo mejor eso fue una exageración “no” muy probablemente pero ella no sabía de que yo estaba allí eran puros médicos eran puros psiquiatras entonces fue como que ante un comité y decir algo que es una verdad para todos en ese lugar “no”, o sea, todo mundo *consume*.

E: En San... en Rio Verde, San Luis Potosí hay un psiquiatra Toño su esposa es un... es un encanto, es un bombón Julia... yo los quiero mucho los conocí cuando estuve trabajando en CONADIC en *adicciones*, tienen probablemente el comité municipal de *adicciones* más importante del país, o sea, con más trabajos son impresionantes, ellos han apoyado a María Elena Medina Mora con el equipo de

Medina Mora han hecho estudios en Rio Verde obviamente estudios sin patrocinios “no” estudios pobres pero han hecho estudios muy interesantes y entonces ellos identificaron una ... un... un una cara del fenómeno que es me parece a mí muy interesante, antes de que el comité de municipal contra las *adicciones* el COMCA de Rio Verde San Luis Potosí empezara a trabajar bueno ellos hacen su diagnóstico más bien al empezar a trabajar y encuentran un problema de *adicciones* de este nivel... empiezan a trabajar y a los a los años... miden otra vez el problema y encuentran un problema más grave “no” y dicen “que paso entonces nuestro trabajo está haciendo... que haya más *adicciones*” porque está bien demostrado este asunto que a veces se trata como mítico y en realidad está bien estudiado de que mientras más la información le das sobre *consumo* de *sustancias* a los jóvenes más *consumen* hay una relación directa entonces dijeron bueno y a tratado de ser... han tratado muchos investigadores de demostrar lo contrario y no han podido “no” entonces cuando uno ve comerciales contra las *adicciones* que sacan a chavos hablando de que ellos *consumieron drogas* pero los pasan ahí vivos, sanos, fuertes y que ahora con un *mea culpa* “no” culpándose de haberlo hecho pero que no tuvieron consecuencias pues los adolescentes van a querer *consumir drogas* “no” entonces el asunto es que en Rio Verde dijeron... si nos está... si... si demostramos que el problema empeoró a lo mejor lo que tenemos que hacer es parar el trabajo comunitario y hacer otro tipo de trabajo, te digo que Toño y Julia además de que yo los quiero mucho son gente muy responsable, muy formal en lo que hacen entonces Julia es ahorita la jefa de enseñanza del Hospital General de Rio Verde, bueno entonces “este” ... diseñaron una cedula de encuesta y trataron de averiguar si era real o si en realidad lo que estaba... lo que pasaba es que su cedula original no media lo que ellos esperaban medir y efectivamente resulto que lo que estaban midiendo era la percepción del problema de la magnitud del problema, no estaban midiendo el problema en sí, si no que tanto la gente se preocupaba por la *adicciones*, pues resulto que entonces su trabajo había producido una gran expectación en la gente de la localidad sobre el *consumo* de *drogas* entonces no había aumentado el *consumo* si bien tampoco había disminuido sensiblemente pero lo que si había aumentado era la

preocupación de la gente sobre el tema y el nivel de información entonces con esto pues uno dice “este” ... ya me perdí un poco yo te decía te echaba todo este rollo porque me habías comentado me habías comentado ¿Qué, que?

I: Que la psiquiatra que decía que si se acababan los...

E: A si de manejar las cosas en *petitcomité* a veces tenemos una idea deformada de nosotros mismos, yo te puedo decir que es muy común que se piense que... hace rato te hablaba de los neurocirujanos que los neurocirujanos están hechos a mano “no” se sienten dioses y la percepción que de ellos tienen ellos mismos es una percepción agigantada también te puedo decir que... que hay una ... un estigma, lo que pasa que hablar de estigma siempre es medio latoso pero si hay una ... una imagen prefabricada, un cliché hacia los psiquiatras y hacia los psicólogos, a la gente de la psique en general sobre qué y... y .. y lo vives tu todo el tiempo todo el tiempo vas a una fiesta y hay que tal y estas cotorreando hay fulano es psiquiatra y ya nos estas analizando a todos sí.. si claro guey sobre todo voy a trabajar de gratis “no” “este” si hay un cliché al respecto y entre las mismas profesiones existe el mismo cliché, entonces si bien no son la mayoría de los psiquiatras, creo ni son la mayoría de los psiquiatras *adictos* a sustancias o tienen tan poco *abuso de sustancias adictivas* que no es lo mismo...sí creo que hay una visión mal generalizada del asunto “no” no creo que la mayoría ni siquiera la mayoría del Fray tengan *adicciones*, ni creo que la mayoría del Fray sean *homosexuales* estadísticamente estaría fuera de la regla “eh” pero... pero sí creo que su percepción está modificada y si creo que los psiquiatras... se crean *adictos* y homosexuales a que me refiero tendemos a tomarnos muy enserio a nosotros mismos los médicos y entonces “este” queremos ser lo mejor y queremos ser lo peor y si alguien habla de algo nos lo adjudicamos “no” somos muy *histriónicos* los médicos.

I: ¿Para ti es fácil el acceso a los medicamentos?

**E:** Muy fácil

**I:** ¿Y para cualquier psiquiatra?

**E:** En general para los psiquiatras que han trabajado en lo privado... el... el... el acceso a los medicamentos es brutalmente fácil lo que no podemos recetar porque no queremos "no" por qué bastaría con pedir un recetario foliado son los "este" los medicamentos los anestésicos "no" que esos los anestesiólogos obviamente si tienen mucho acceso la *ketamina*... la *ketamina*, o sea, no... no... no les encanta dicen " te metes tu *ketaliadito* y a todo dar" entonces sí, si es muy fácil el acceso, a lo mejor fíjate que he conocido psiquiatras que no han manejado lo privado o que lo han manejado muy poco y entonces en la institución buscan sacar de la institución el medicamento "no" cuando es muy fácil conseguirlo a fuera te haces una receta y tú mismo la surtes "no" y es legal entonces "este" si he conocido psiquiatras institucionales que como que lo ven muy complicado por eso te digo sobre todo los que tienen un ejercicio privado se dan cuenta de que no da cualquier problema, los pacientes cuando se dan cuenta de que no es ningún problema, antes cuando había menos control sobre los recetarios, porque ahora vas a la farmacia y te piden la receta del controlado, además las checan contra las bases de datos pero antes no había internet entonces antes los paciente hay pacientes que se mandaban a hacer sus recetarios... se inventaban una cedula la ponían hacían un recetario bonito y se hacían sus recetarios.

**I:** ¿Consideras que hay una diferencia entre un consumo de psicoactivos por prescripción médica y uno patológico?

**E:** Híjole habría que definir patológico, no... no si hay una diferencia "eh", por ejemplo, la diferencia es sutil, como muchas cosas en la clínica médica, desgraciadamente y esto de verdad lo lamento, en psiquiatría hemos avanzado muy poco en técnica mientras que otras especialidades demuestran sus enfermedades mediante estudios de gabinete y laboratorio, en la psiquiatría la

gran mayoría de las enfermedades no se pueden demostrar más que por clínica y eso significa que el dicho de un psiquiatra se convierte en la herramienta... clinimétrica, o sea, en la entrevista sigue siendo el estándar de oro en la mayoría de las enfermedades, estándar de oro, diagnóstico en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas, entonces si un psiquiatra piensa una cosa y otro piensa otra cosa esto es muy común pues bueno el que trague más pinole “no” que grite más fuerte o el que convenza al paciente entonces las *adicciones* son un diagnóstico psiquiátrico pero además han sido muy manoseadas y este eslogan de alcohólicos anónimos “este” de que ha funcionado por décadas de es una enfermedad progresiva y mortal “no” dices “perdón pero ha jodido muchas vidas” “eh” esto de que sea incurable...por supuesto que es curable la adicción el problema es que el paciente quiera, entonces “este” pero además particularmente en nuestro país... las adicciones en su diagnóstico dejan mucho que desear, la mayoría de los pacientes diagnosticados como *adictos* en realidad lo que tienen es un *abuso de sustancias* y tú ves que típicamente, por ejemplo el benchmark el asunto del mejor tratamiento en Europa de la *adicción* al alcohol es con alcohol se tiene que agarrar con el paciente aquí el paciente no lo acepta ¿Por qué? porque el paciente no es... no tiene una *adicción* al alcohol es muy poco común, entonces tiene una... un *consumo* de alcohol intenso de fin de semana “no” entonces dices “si pero mira te voy a tomar tu... todo lo que tomas el fin de semana y te lo voy a repartir en la semana” a que chiste “no” entonces no yo creo que no es lo mismo de ninguna manera *consumo* que *consumopatológico*.



## Entrevista 5

### Aplicación del instrumento (entrevista semi-estructurada)

#### A) Ficha

- Fecha: (23 marzo de 2011)
- Lugar: (Unidad de Atención Psiquiátrica)
- Profesión: Médico Psiquiatra
- Edad: 57 años
- Sexo: (H)
- Antigüedad en el ejercicio profesional: 27 años
- Estado civil: soltero

#### B) Contexto

- Ambiente

Antes de iniciar la entrevista, conversamos en el consultorio del Dr. sobre los objetivos y finalidades de esta, pero como es el momento de cambio de turno, le digo que si podemos ir a un aula que está junto al centro de día, el acepta pero me dice que lo espere un momento en lo que recoge sus cosas y va a entregar un formato a enfermería. Apenas hoy le dije que si podía conversar con él y acepto en el mismo día, solo me dijo que nos veíamos a las 2 de la tarde. El Dr. ha sido muy amable y me concede la entrevista, le pido que revise el consentimiento informado y hace algún comentario sobre él, pero no puedo escuchar claramente lo que dice debido a que estaban haciendo algunas reparaciones en el aula donde pensamos ir en un momento en el que el Dr. no tiene pacientes, después de muchos días de esperar por fin tiene tiempo y accede amablemente a la entrevista, se muestra tranquilo, amable, además modo optimista y colaborador.

- Aspecto del entrevistado

El Dr. es una persona sana, aparenta menor edad a la que tiene, aunque ya tiene algunas canas, su aspecto es cuidadoso, su voz, pausada y clara, usa una camisa de vestir y trae puesta la bata blanca.

- Dinámica de la entrevista

La entrevista se realiza en el consultorio del Dr. mientras no tiene paciente, días antes de la entrevista le había entregado el consentimiento informado, y le pedí que lo leyera detenidamente, no hace ningún comentario, salvo preguntar dónde debe de firmar, acepta y firma, yo hago lo mismo, lo hacemos en dos juegos, uno para él y el otro para mí, inicio preguntando los datos que desconozco de la ficha, edad, antigüedad en el ejercicio profesional y estado civil. Después comienzo propiamente con la entrevista, como su actitud es colaboradora no es necesario saltar preguntas, sus respuestas son breves, concisas, y va contestando amablemente cada una de las preguntas. Voy poniendo “palomitas” en mi formato impreso las preguntas que va contestando. En algún momento es interrumpido por una de las señoras de intendencia para preguntarle si tiene basura, pero él dice que no hay, continuamos con la entrevista, pero entonces al llegar a la pregunta 9 o 10 es nuevamente interrumpido por una enfermera que le lleva un carnet y le avisa que ya llegó un paciente, (dice ella textualmente: el paciente de las 11:45) deja el carnet en el escritorio y continuamos con la entrevista; al terminar de contestar esa pregunta le pregunto si continuamos con la entrevista o continuamos, él dice que aún podemos continuar un momento más, continuamos con la entrevista y al terminar la penúltima pregunta me dice que si continuamos después, le digo que ya es la última, acepta contestarla y ahora si al finalizar le doy las gracias y le digo que como terminamos un poco apresuradamente si después tiene algo de tiempo podríamos continuar conversando con más calma, y él dice que

claro con mucho gusto, doy nuevamente las gracias y me retiro. Durante todo el tiempo de la entrevista se escucha muy suavemente el ruido del demás personal de salud que pasa por ahí, los cuales platican, entran o salen de sus oficinas, llaman a los pacientes, etc. sin embargo, el Dr. no parece distraerse y se concentra muy bien en la entrevista; debo comentar que antes de iniciar la entrevista le pregunto al Dr. si dejo la puerta abierta o la cierro a lo que él contesta que la cierre “así no nos escuchan” entonces cierro la puerta y continuamos con lo que ya describí anteriormente. El consultorio es pequeño, solo hay un escritorio, una silla para el médico y una del lado del paciente, hay una ventana que da hacia un pequeño patio, el consultorio está ubicado en la planta baja, de la unidad de atención psiquiátrica, en el pasillo principal al fondo y a la derecha.

### C) Entrevista

- Transcripción de la entrevista

### 3. Registro semiótico-quinésico

- Gestual  
Gesticula de manera muy moderada: a veces abre más los ojos, o asiente con un movimiento de cabeza
- Corporal  
No está inquieto, no mueve las manos, pone mucha atención y contesta con mucha calma, parece bastante tranquilo y seguro.
- Paralingüístico  
Hay algunos momentos de la entrevista donde el Dr. hace pausas, hay silencios, en otros sube el tono de la voz, etc., por ejemplo cuando trata de recordar el nombre de un padecimiento frecuente entre los médicos, hace una muy larga pausa, pero al final si recuerda el nombre del padecimiento,

me parece que es muy moderado y no hay demasiadas variaciones en su voz, ni en el volumen ni en el ritmo, me parece una persona, sana y normal, serio, pero no demasiado.

## **Entrevista 5**

**I:** ¿Su edad doctor?

**E:** Tengo 57 años

**I:** ¿Qué antigüedad tiene en el ejercicio profesional?

**E:** Tengo... 27 años

**I:** ¿Su estado civil doctor?

**E:** Soy soltero

**I:** ¿Usted considera que su situación laboral es muy estresante?

**E:** ¿Mi situación personal?

**I:** Laboral

**E:** La... situación laboral si es estresante por las características del trabajo... he trabajado con personas “este” pues con trastornos mentales algunos graves que... que si provocan un poco de... de estrés... de estrés y “este” y el... muchas veces la demanda de los “este”... de las personas es son ... es alta la demanda de tal manera que pues si tiene uno que sacar el trabajo y pues si se estresa uno por supuesto y el ambiente laboral, pues en cualquier ambiente laboral yo creo que “este” se generan... “este” cierto nivel de estrés en las personas... yo creo que tanto en el ambiente de trabajo como en el trabajo mismo con los “este”... “eh” solicitantes de servicio “no” en este caso.

**I:** Y ya específicamente ¿Qué parte de su actividad profesional consideraría la mas estresante?

**E:** Particularmente la... la demanda de pacientes...la gran demanda de pacientes "este"... y las características de la enfermedad "este" es lo que lleva principalmente a eso... a veces también tiene que ver muchas veces el ambiente, el ambiente en gran medida, se juntas las cosas porque no solamente es sólo un factor "no" aquí yo creo que son muchos factores los que se... se combinan para... o los que intervienen de alguna manera para provocar estados de estrés... pero principalmente es la... el trabajo personal aquí "este" profesional con la carga del paciente que existe.

**I:** Si bueno yo estuve viendo ahí los he resultados que ponen y pues no sé, no recuerdo no, pero pues por lo menos 1600 pacientes al año atendió "no" no recuerdo el dato, o sea, recuerdo que aparecía el doctor... un doctor no está y después el doctor...

**E:** Ya no está ese doctor que en ese tiempo estuvo viendo una gran carga de gente porque le dejaron pues el... el lugar y él estuvo viendo más gente de la que... la que normalmente se le asigna diariamente a un médico, bueno porque se dan, se otorgan recetas médicas y él se dedicó a dar mucho tiempo recetas médicas, por eso tenía sus índices más altos, alcanzó la meta más alta, después el doctor... que también tiene mucha gente y después sigo yo, siempre salgo el segundo lugar en ésta... en éste...

**I:** Bueno si comentaba eso porque pues si también platicaba con ese colega suyo y le digo pues si es una enorme cantidad de gente "no", bueno "este" la siguiente pregunta ¿Usted considera que las relaciones entre el personal de salud aquí al interior del centro son cordiales o conflictivas?

**E:** Yo las considero que son conflictivas, "si" son conflictivas en su mayoría no... no son cordiales uno trata de manejar las cosas lo más o menos llevaderas "este" pero siempre resulta conflictivos...conflictos "eh" pues hay muchas divisiones, se

forman grupos “este”... y pues se provocan de alguna manera ese tipo de... de comunicación, información conflictiva.

I: Y eso de alguna forma ¿cree que repercuta en el estrés?

E: Si por supuesto, si es lo que decía “este” yo creo que son varios factores que “este”... influye para que se genere el estrés porque no solamente una cosa es decir el trabajo con los pacientes, para mí es muy gratificante es... es... me gusta el trabajo y “este” yo tiendo mucho a... a darles el mayor tiempo posible... “este”... y me gusta el trabajo eso no deja de estresarme, aunque me guste no deja de estresarme “eh” pero también, por otro lado, factores como “este” “eh” grillas “este”... problemas entre las personas de... de áreas por ejemplo, de servicios que de repente no nos sale de acuerdo con el... digamos el área de servicio social, trabajo social o psicología no está de acuerdo conmigo o que “este”... vamos personal administrativo “este” no siempre salimos de acuerdo “eh” y se generan conflictos en ese sentido, o sea, no hay un trabajo coordinado realmente donde todos los servicios conjuntamente trabajemos “este” a la par “no”, entonces se generan, si se generan conflictos.

I: Pero además también el tiempo “no” la mayoría por lo que he visto y he platicado pues la mayoría tiene muchos años aquí en el mismo centro lo cual eso implica conocerse pero también implica, pues, no sé cambia, o sea, están los mismos también puede generar roces “no”.

E: Si y como es un servicio digo de... burocrático, o sea, muy burocrático, donde se maneja mucho la burocracia y la burocracia siempre es así “si” la burocracia, hay gente que trabaja, gente que no trabaja, gente que coopera, gente que no coopera, hay unos que trabajan más que otros y “este” ahí viene la inconformidad “no” y la molestia que de repente hay “este” también mucho favoritismo “si” o proteccionismo, incluso sindical con algunas personas de acá que a veces resultan ser las más conflictivas y que son de alguna manera las más

protegidas...no solamente con el sindicato sino con la misma autoridad “si” que personas tienen, vamos “este” muchas concesiones “si” más concesiones de las permitidas “no” y eso genera por supuesto que genera conflicto con los demás, es decir, vamos, con los que tratamos de cumplir lo mejor posible y que de repente no sé... no... no le permiten a uno o no le otorgan a uno una concesión “si” o a veces ni el... ni a los permisos que están “este” dentro de las... de... pues del reglamento “no” “si” o de las condiciones generales de trabajo, “este” no se... a veces no se respetan y a uno si le ponen trabas, entonces es ahí donde se generan una serie de conflictivos y choques entre los demás que no... no trascienden, no trascienden porque, finalmente, uno trata de manejar esas cosas para no llevarla a... a hechos más grandes “no” más graves y quizás eso la represión, reprimir ese tipo de sentimientos que se generan “este” conflictivos los reprime uno y eso es generador... también de estrés, de ansiedad “si” y de otras cosas más, hay personas que empiezan a enfermarse, que lo puede llevar a uno a enfermar a enfermar, enfermar, enfermar y “este” físicamente “no” empieza uno a somatizar “si”.

**I:** Y usted ¿Qué hace para liberar el estrés doctor?

**E:** Bueno uno como médico aquí de la salud mental... “este” debería estar en un tratamiento, tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico, que sería lo más indicado para salvarse uno de muchas cosas que vive uno y de toda la carga que se queda uno con los pacientes “si”, porque uno es receptor también de muchas cosas de los pacientes y “este” y los propios conflictos de uno, pues las cosas se van agravando, entonces debería uno de... de llevar un tratamiento, no lo hace uno por que a veces por tiempo y otras veces también por la parte económica “no” porque también es lo que ... lo que cuenta, ¿Qué hace uno? Pues uno hace lo que puede, es decir, yo saliendo de aquí me voy a... a la consulta privada y el solo hecho de ese cambio ya me... me baja la tensión, me baja el estrés, si porque el trabajo a nivel privado es mucho más... menos estresante “si” me resulta más relajante... y “este” y realmente no hay así como una actividad que yo en... en lo

personal un actividad a la cual yo la dedique exclusivamente para desestresarme “este” realmente no hago nada...toda la semana es así de lunes a sábado incluso el sábado también estoy a nivel privado y ya por las tardes pues puede irse uno a comer con el amigo, con la amiga vamos a una casa “este” es la única forma “no” el domingo por ahí se va uno a algún lado “este” pero alguna actividad específica para descargar del estrés pues no...no... no la tengo en lo personal “si” uno va manejando las cosas hay más o menos como de acuerdo a sus capacidades y de acuerdo al conocimiento que tiene uno de las cosas le va dando uno un manejo.

I: Así es, como dice debería de pues de ser posible que estuviera bajo atención también psicoanalítica, tengo muchos amigos que unos ya terminaron la residencia en el Fray y otros aún están entonces para ellos si hay mucha presión ellos todo lo tienen que estar con su terapeuta porque justamente lo que dice alguien tiene que ayudar a descargar todo eso que está recibiendo entonces si todos me comentan lo mismo, o sea como que hay una presión muy fuerte así como para que... a ver tú tienes que ir al terapeuta “no” porque pues estas ahí pero pues tampoco se puede siempre ya trabajando.

E: Si yo estuve en tratamiento como unos 8, 10 años más o menos en tratamiento psicoanalítico pero lo tuve que hacer al principio cuando yo llegue acá.

I: ¿Cuánto tiempo lleva aquí?

E: Llevo aquí como 18, como 18, 19 años más o menos, entonces lleve como 8 años de análisis y “este” pues eso le ayuda a uno a manejar cosas, aprende a cómo manejar situaciones y aprende uno a manejar sus propia conflictiva, su propia conflictiva personal también, aprende uno a manejarla a saber de alguna manera a manejar las situaciones aquí laborales con los compañeros de trabajo “este” con los pacientes mismos, como maneja uno situaciones que a veces son conflictivas con los pacientes, hay pacientes muy conflictivos, muy difíciles “eh” vienen con... muy agresivos “este” algunos muy violentos y pues todo eso uno lo



tiene que aprender a manejar y no absorbérsele, si lo absorbe uno se acaba uno “no” .

I: Le voy a hacer una pregunta que no está dentro de mi cuestionario pero me queda la duda ¿usted se considera reconocido aquí por... o sea que su actividad profesional es reconocida por sus compañeros, por los pacientes?

E: Esa es una de las grandes satisfacciones, esa es una de las grandes satisfacciones que a uno finalmente le ayuda a uno a sentirse bien... de que con los pacientes... yo tengo muchos pacientes y tiene que ver con eso precisamente de que hay gente que solicita estar conmigo, pasar conmigo... “eh” aclaro la... la idea de ellos a lo mejor no es tan real pero la idea de ellos es que... que se sienten bien con uno... que se sienten bien con uno y que uno si los atiende bien entonces de alguna manera es una percepción de los pacientes, no digo yo que sea una realidad pero de cualquier manera mientras uno haga sentir bien a una persona “si” la persona se siente bien con uno ya es un avance, es un avance para el mismo y eso es motivo de satisfacción para nosotros, en este caso para mí y con los compañeros me llevo y trato de llevarme lo mejor posible con la mayoría, con algunos si ya es imposible, aunque yo quisiera resulta imposible y si afortunadamente tengo el reconocimiento...“eh” pues sobre todo de mis compañeros psiquiatras, tengo la aceptación de las psicólogas el reconocimiento también de mi trabajo profesionalmente hablando, habrá por ahí uno o dos que no les parezca como trabajo pero bueno pues “este” eso es normal, estaría mal si también todos dijeran que yo soy lo mejor “no” y como sería malo también que dijeran que soy de lo peor de todos pues no, no puede ser uno tan peor ni tan mejor tampoco “no” .

I: Doctor le voy a contar algo anecdótico el otro día estaba sentado generalmente la primer etapa de mi trabajo pues es observar “no” ver cómo funciona la unidad y todo entonces llega un paciente y va al archivo entonces le dice que quería... iba a pedir una cita y le dijo con quién: con el fabuloso doctor... y dijo su

nombreenonces me pareció muy... y se expresó muy bien o sea no... dos o tres cosa más no es muy bueno es excelente entonces yo dije bueno... además otra parte de mi trabajo yo les pregunto “no” no solo a los médicos que he entrevistado pues les pregunto pero también le pregunto pues a Carlos, le pregunto a los administrativos, a las enfermeras a quien pueda ¿oiga usted quien piensa que es el mejor médico, o quién es el mejor psicólogo? Entonces creo yo le diría ahora de manera externa no como miembro de esta unidad que si yo veo que si hay un reconocimiento importante de su trabajo “no”

**E:** Si yo lo he sentido... uno con honestidad lo siente... lo he sentido “este” me lo han hecho patente de alguna manera “no” “este” y pues si yo lo ... yo me siento bien, me siento agradecido “este” y con los pacientes, pues, mayormente que son los que reciben mi atención y “este” afortunadamente habrá uno, alguno otro, dos, tres que de repente no estén de acuerdo, que no les parezca que tiene que ver con su propia enfermedad también y que no les parezca mi actitud, de repente yo soy muy “este” directo y claro en mis informaciones, las cosas que yo percibo del paciente se las hago saber “este” yo tengo una formación psicoanalítica... y de alguna manera eso me permite a mí ser como más... más profundo y más analítico en ... en “este”... mis conceptos, mis “este” mi trabajo, mi información, mi orientación para con los pacientes “este” “eh” de alguna manera eso me permite un poquito más... entonces “este” tal vez por eso la gente se engancha.

**I:** Pero pues ¿ayuda no?

**E:** Si y es bien en ese sentido pues finalmente el objetivo para nosotros aquí es que el paciente se sienta bien, si a lo mejor no es el medicamento el que le está favoreciendo mucho pero si una palabra de aliento para el paciente es... es mucho mejor que una pastilla... mucho mejor y en ese sentido si honestamente si lo he sentido.

I: ¿Usted cree que sea común para los médicos que sean cauteloso en la administración o bien por ejemplo no es el caso creo de *opiáceos* para aliviar el dolor, pero sí de *ansiolíticos* de *antidepresivos*, et. “no” o sea si son cautelosos no en cualquier caso los receta?

E: Si por supuesto yo creo que con cualquier medicamento el que tenga conocimiento plenamente de lo que es la medicina se tiene que manejar con mucho, con mucha responsabilidad, con mucha cautela “si” desde una *aspirina* que puede ser mortal para una persona incluso una *aspirina* “si” si uno la receta y uno dice que tiene que dé una *aspirina* al paciente, que todo mundo se lo receta o se lo auto receta y la compra en la farmacia sin ningún problema, tiene que ser uno cauteloso siempre, siempre, y con los *antidepresivos* y los “este” *ansiolíticos* con mayor razón, porque tienen un efecto... estamos trabajando con el sistema nervioso...y trabajar con el sistema nervioso pues es el que gobierna nuestro sistema general...”si” , es decir, todo para el cardiólogo el corazón es lo vital es lo más importante, pero finalmente el cerebro es el que.. el que guía “no” el órgano rector “este” y por eso se tienen que trabajar con mucha cautela y manejar los *fármacos* con mucho cuidado “si” todo aquel medicamento que tenga un efecto sobre el sistema nervioso central hay que trabajarlo con mucha responsabilidad “si” ser cautelosos al manejarlos y no medicar al paciente solamente de primera intención “este” si no hay que estar verdaderamente convencido de que el paciente lo necesita que son medicamentos, finalmente, como cualquier otro no tienen nada de extraordinario, son finalmente, son compuestos químicos... que todos tienen su grado... su grado de toxicidad o “este”... de alguna manera carga “no” pero estos por el efecto que tienen a nivel de sistema nervioso central uno tiene que ser más cuidadoso .

I: En Uruguay hay un psiquiatra que se llama es el Dr. Calabrese que ha hecho varios estudios con sus propios medios y él dice en uno de su... bueno en varios de sus trabajos que es muy alto el consumo de psicoactivos entre psiquiatras ¿Cuál cree que sea la causa?

**E:** Yo pienso que la causa es principalmente si no el trabajo que lleva uno con los pacientes “eh” muchos pacientes son...“eh” muy difíciles y que se carga uno mucho de esa de la problemática de ellos... “si” se involucra uno demasiado a veces cuando uno no es cuidadoso, cuando uno no tiene las herramientas, cuando uno no tiene el conocimiento previo “este” se puede uno involucrar fácilmente o también cuando... si ya uno trae conflictos no resueltos... “eh” al trabajar con los pacientes es mucho más vulnerable uno... “si” se hace uno más vulnerable y va uno de alguna manera involucrándose con la problemática del paciente o involucra uno también al paciente con su problemática por eso hablábamos al principio de que es tan importante el análisis para que yo no ni me involucre ni involucre a mi paciente con mi problemática... de hecho yo creo que por algo elegimos esa carrera esa profesión, por algo la elegimos...”si” ¿por qué nos gusta trabajar con la locura? Pues por algo, algo traemos “si” algo traemos que nos identifica con todo eso “no”... y “este” y pues bueno eso nos lleva a desarrollar quizás episodios de ansiedad “este” episodios depresivos “este” y otras cosas “no” que pueden aparecer, también “este”... por ejemplo el alcoholismo es muy común en los médicos altamente común en los médicos y uno se pregunta por qué, pues porque tienen problemática en cada uno de los médicos y que por alguno se metió a esta ... a este trabajo, a la medicina queriendo resolver problemas ajenos que a veces no es capaz uno de resolver los suyos, los propios y uno quiere resolver afuera “no” entonces como que yo considero que mucho tiene que ver lo personal, lo individual que ya trae uno como historia y por otro lado tiene que ver mucho la influencia del trabajo profesional con los pacientes “si” y eso es lo que lo lleva al *autoconsumo* y a la *autoreceta* porque finalmente uno mismo dice “ a bueno me estoy sintiendo ansioso ya sé que tomarme” se me hace fácil y empiezo a *consumirlos* pocas veces uno consulta...pocas veces uno consulta uno mismo se *autoreceta*, dice no pues ando deprimido me voy a dotar mis *antidepresivos* los que yo más confiaba... confianza tenga y si se puede pues algún “este” *somnífero* o algún *hipnótico*, algún “este” *ansiolítico* lo que está a mi alcance y que yo conozca más, desafortunadamente así es y tiene que ver mucho.

I: Bueno creo que en parte ya contesto la siguiente pero de todas maneras se la hago ¿usted cree que haya un mayor consumo de psicoactivos entre los psiquiatras comparado con lo de otros especialistas médicos pensemos en pediatras, ortopedista?

E: Yo creo que sí, yo creo q si por la misma... por el conocimiento que se tiene a cerca del *fármaco* “no” que a veces se abusa de eso “si” no siempre se *consume* uno se *autoreceta* ya lo... ya lo había dicho, ya lo había mencionado pero creo que si pasa eso y si mucha gente que yo conozco pues si... si lo hace de repente no lo dice pero de repente descubre uno que si está tomándose por ahí su *tafil* o *rivotril* “verdad” o su “este” *prozac* por decir algo “no” está tomando y bueno pues... con lo que se tiene a la mano y a lo mejor eso es lo que propicia que ... que no sea más “este” tentadora a *autorecetarse* y a manejar más los *sedativos* con... con uno mismo.

I: Pero entonces está diciendo una... es muy interesante su análisis porque bueno coincido con algunos, otros por ejemplo, el jefe de enseñanza me dijo cosas muy similares por un lado el acceso al *fármaco* “no” pues cualquier médico puede tener acceso a cualquier *fármaco* pero otra cosa importante que dijo es el conocimiento de... de la acción del *fármaco* y el tercero pues la intensidad digamos del trabajo que es más complejo creo yo que el de un ortopedista de un pediatra que no creo que le genere tanta ansiedad “no” bueno creo yo no sé entonces y además como tú dices la parte interna y luego el contexto “no” como que eso puede llegar a desencadenarlo.

E: Si en otros... en otras ramas de la medicina otro tipo de especialistas por ejemplo... son personas que... que a lo mejor como no tienen acceso a...a y ni conocimiento a este tipo de *fármacos* “este”... pues no los... no los toman pero si vemos mucho... mucha depresión, vemos mucho alcoholismo, vemos mucho

infarto al miocardio que es mucho es muy frecuente ver... escuchar que el médico se infarto y yo digo ¿bueno pues quiénes? los mismos cardiólogos.

I: Claro la principal causa de muerte del cardiólogo es el infarto

E: El infarto “sí” es muy común saber que el... la enfermedad ga... “este”... “eh”... ácido péptica que es la úlcera gástrica en las gastritis, esofagitis que son muy comunes que yo escucho entre los médicos que siempre se están quejando de problemas gastrointestinales de colitis “sí” frecuentísimamente, muy frecuente entonces “este” pues también es eso muchas veces ellos entran en depresión, entran en ansiedad y no se atienden su estrés es tan gran... alto y no se atienden y es cuando viene el infarto o también los accidentes vasculares cerebrales.

I: Bueno la otra pregunta creo es como muy obvia pero se la hago ¿para usted es fácil el acceso a los medicamentos?

E: Si lo es, si lo es fácil porque... si yo bueno pues me llegan a mis manos... y si a nosotros los laboratorios nos facilitan eso porque nos dan muestra médica y la tenemos a la mano, pero como además la conocemos pues cuando creemos, la queremos necesaria vamos a la farmacia directamente “sí” entonces “este” pues sí, sí, es accesible... es accesible por muchas... por varias razones, la principal es que tenemos, las tenemos a la mano “sí”, todos los días nos llegan gran cantidad de medicamento usted se ha dado cuenta “no” nos llega cantidad de medicamento yo lo que hago es guardarlo “este” acumularlos y dárselo a la gente, a la gente que lo necesita, pues si se los doy se lo estoy dando “sí” “este” traigo la cajuela atascada de medicamentos y luego “a espéreme tantito” corro y saco y “aquí esta para que empiece no puede comprar ándele aquí empiece con esto ” y se los doy “sí” pero yo hacer uso del medicamento para mi personal no, además de que paradójicamente...soy médico y no me gusta la medicina para mí, no me gusta tomar, no me gusta tomar, no es aunado de la *automedicación* si no es que no me gusta yo soy el peor de los pacientes o sería el peor de los pacientes, fui con el

gastroenterólogo por problemas de gastrocolitis y “este” me manda el medicamento, me prescribe, me nada algún tipo de alimentación especial y no lo llevo soy absolutamente indisciplinado no acudo a mis citas responsablemente como se las dan entonces “este”

I: Si... si esto lo utiliza más bien todo esto para el paciente.

E: Si... si... si...si pero lo que si he visto es que si *consume* tiene acceso a él.

I: Pero hay quienes pudieran no estoy diciendo que los haya “no” que haya pruebas pero si alguien quisiera pudiera usarlos “no”

E: Si por supuesto porque ahí lo tienen a la mano aquí mismo “oye no tienes esto, no tienes aquello” pues ahí está “no” y yo sé que no son para los pacientes son para ellos mismos que para un familiar como dicen los adolescentes “no” “no pues es que a una amiga de una amiga le paso tal cosa”, aquí también es no pues que para mi suegra y como es la tía de mi esposa y para todo mundo menos para él “no” siempre se maneja así la información.

I: Ustedes aquí los psiquiatras ¿Cómo valoran el alto *consumo* de *psicoactivos* o de cualquier sustancia *psicoactiva* no solo fármacos? Porque por un lado ustedes lo recetan pero por otro lado también tienen muchos pacientes con problemas de *adicciones* entonces es ¿Cómo lo valoran positivo, negativo, malo, bueno o neutro o cómo?

E: ¿El... la *prescripción* de *psicoactivos*?

I: No el *consumo*... el *consumo* es decir el *consumo* entre cualquier persona o el *consumo* entre conocidos o profesionales “no” o entre médicos, en general o bien puede darse el caso que digan “bueno un paciente pues si está mal que *consuman* eso “no” pero pues entre nosotros “este” bueno yo conozco y yo lo

controló, yo sé cómo funciona, como a lo mejor pueden ser dos formas diferentes de evaluar “no” entre pacientes a hacerlo entre médicos “no”.

**E:** Bueno el paciente por ejemplo “este” si vienen, por ejemplo, *sobredosificado* con algún tipo de *fármacopsicoactivo* “este” uno tiene que buscar la manera de regularlo e irle “este” quitando la... de alguna manera la *dependencia* que tiene al *fármaco* si es que la tiene “si” si es un paciente *farmacodependiente* no solamente a los *psicoactivos* si no a otros “este” tipo de *drogas* “este” uno tiene que ser cuidadoso ahí manejar... el manejo principalmente es que medicamento no le va a provocar *dependencia*, ni que medicamento no lo va... no va a reforzar de alguna manera la *adicción* que trae ya, entonces ahí tiene uno que manejar medicamentos que bajen, disminuyan sus niveles de ansiedad y “este” algo que regule su estado de... de ánimo, su depresión por ejemplo, eso “este” de alguna manera va a limitando en ellos el *consumo*... de... de otro tipo de *drogas*, de otro tipo de *tóxicos*, va disminuyendo el *consumo* por que bajan sus niveles de ansiedad y su depresión se... se estabiliza... sea alcohol, sea *cocaína*, sean *solventes*, sea *marihuana* cualquier *droga* que sea disminuye el *consumo* empieza a disminuir con el manejo de los *fármacos* adecuadamente, son pacientes que obviamente no les voy a mandar medicamentos que los puede... les puede ser *dependientes* o *adictos* en este caso los *ansiolíticos* no se pueden manejar... así con toda libertad con este tipo de pacientes al menos de que los veo uno en riesgo en alto riesgo suicida, los ve uno en un alto riesgo en que personas con alto riesgo también de no... no pueden dormir, son altamente violentos entonces a veces tiene que hacer uso de medicamentos para bajar ese... esas... eso niveles de ansiedad, eso niveles de agresividad y ayudarlos a controlar y manejar la agresión pero nada mas era como muy especial a determinado tipo de pacientes pero no siempre va a tender a quitar eso, a retirar eso “si” si viene una paciente me dice” sabe que yo tomo *tafil* desde 10 años y ya tomo 3 pastillas diarias de *tafil* de... 1 gramo o de 1 miligramo “si” “este”... pues de ahí vamos a empezar que tengo que hacer es cambiarle modificarle por otra cosa, no se lo puedo quitar así de tajo yo tengo que meterle un sustituto que sea menos *adictivo* que el que está tomando



para quitarle su *adicción* al medicamento, le mando otra en su lugar que sea menos *adictivo* “si” y se lo voy a ir regulando, regulando acompañado de algún *neuroestabilizador* o un *neuroregulador* “si” que va ayuda también a bajar los niveles de ansiedad y que no va a requerir del *consumo* elevado de las *benzodicepinas* o de los *ansiolíticos* “no” entonces uno tiene que manejar esto.

I: Bueno pero toda la experiencia les permite a ustedes hacer esto “no”

E: Si, si por que dice uno bueno pues *adicto* a tales cosas... ya es muy ansioso, no puede dormir y “este” entonces le mando ahí su *rivotril* o le mando ahí su *tafil*... estoy cometiendo un error.

I: Usted en lo personal ¿Qué piensa del consumo así en general del consumo de drogas o de psicofármacos cualquiera osea como lo valora, piensa que es algo malo, que es algo... osea un consumidor o un adicto es un enfermo o es alguien... no se... no sé cómo lo valore?

E: Si yo considero que es un enfermo, es un enfermo porque el cuerpo en condiciones normales no necesita de sustancias externas... para su funcionamiento...”si” “este”... sobre todo sustancias *psicoactivas* “si” o “este” *narcóticos* no necesita el cuerpo para funcionar fisiológicamente no necesita el cuerpo para... para funcionar bien otro tipo de *sustancias*, si es un enfermo que la *droga* simplemente es un... una forma de refugio del paciente o de la... de las personas que las *consumen* de refugio, es vamos como un soporte que tienen a sus ansiedades, a sus depresiones, a sus frustraciones, a sus limitaciones, a su miseria, a su pobreza “este”... pues de alguna manera toman la *droga* como una forma de ... de escape “si”... y después se convierte en placer porque la *droga* finalmente es placentera hasta cierto grado, hasta llevar a la muerte “si” por eso es un placer pasajero “este”... y destructivo a largo plazo, a largo o a corto plazo dependiendo que la como se esté manejando la *sustancia* “no” pero si es la búsqueda del placer porque es una forma de obtener placer muchas personas que

aparentemente no la necesitan, vamos no... no tienen una conflictiva severa, grave y la *consumen* por... por juego, por experimentación y como así como se empieza con el alcohol, con el alcohol así se empieza probando y de copita en copita y de coctelito en coctelito, de un brindis por ahí se empieza... hay personas que bueno mientras más conflictuadas estén, mientras más problemas traigan más fácil son presa de... de la *droga* "sí" pero si básicamente la *droga* es una *sustancia placentera* pero destructiva, si la... las personas que la *consumen* son personas que tienen poca tolerancia a la frustración... y que buscan el placer o el bienestar rápido, fácil, cómodo hasta ahí y que no toleran digamos pues toda la... la frustración y el dolor que provoca la misma vida... porque la vida es... gozo y dolor, pero el ser humano solamente tiende a buscar el placer por el placer y "este" desecha el... el displacer... esa es la tendencia del ser humano entonces es buscar un factor que me de placer inmediato, rápido a costa de lo que sea.

I: ¿Usted alguna vez bajo alguna circunstancia ha *tomado psicofármacos*?

E: Si, si levemente porque tuve algún evento cardiológico hace como unos 10 años más o menos tuve un vaso espasmo coronario estuve internado en el Centro Médico Nacional y "este" en cardiología y "este" y bueno pues... que cardiópata no es depresivo o no es ansioso "no" "este" ese tiempo pues si yo si andaba muy ansioso caí en depresión también en un cuadro depresivo importante porque deje de trabajar me dieron incapacidad... por tres meses y no aguante, osea, para mí el trabajo es la mejor medicina ya no puedo estar sin trabajar nunca, pero entonces el cardiólogo mismo me dice "usted sabe que *ansiolítico* se puede tomar" porque yo me quejaba de muchas cosas de malestares "no", dice "usted sabe que" además no podía dormir tampoco "que *ansiolítico* se puede *prescribir* mejor que yo" y le dijo "bueno pues ¿Cuál sería? sería un *clorazepam*, un *diaxopam* por ejemplo " "a ese tómelo" el mismo me lo prescribió me lo empecé a tomar y "este"... bajó mi ansiedad y yo no utilice todo el tiempo ya de... de incapacidad que me dieron porque pues estaba encerrado me vine a trabajar y dije "aquí no yo quiero trabajar" y me vine a trabajar y... y lo único que les pedí es que bueno que

me tuvieran ciertas consideraciones con la carga de trabajo y “este” ya si no me mandaban tantos pacientes me mandaban uno o dos y no me permitían subir escaleras, ni bajar escaleras, nada más estar tranquilo y “este” dos o tres pacientes...o sea, eso fue pero ya así empecé a trabajar y se me quitó el problema de ansioso que traía y depresivo nunca tome *antidepresivos*, pero si “este” *ansiolíticos* un tiempo junto con el...el medicamento “este” de cardiología que me prescribió los tomaba juntos.

## Entrevista 6

### A) Ficha

- Fecha: 26 de abril 2011
- Lugar: Consultorio
- Profesión: Médico Psiquiatra
- Edad: 68 año
- Sexo: (M)
- Antigüedad en el ejercicio profesional: 30 años
- Estado civil: casada

### B) Contexto

- Ambiente:

La entrevista se realiza en el pequeño cubículo de la Dra. éste es un espacio mínimo como de dos por dos metros, a penas y cabe un escritorio, dos sillas (una donde se sienta la Dra. la otra donde me siento yo), hay dos pequeñas vitrinas del lado donde estoy sentado en la pared, la cual da al oeste. Las vitrinas tienen libros. En un costado de una de las vitrinas hay un papel con dos pinturas de Eduard Munch, una es “el grito” y la otra no la conozco pero también es de Munch, este famoso pintor expresionista alemán.

Antes de iniciar propiamente la entrevista conversamos algo sobre arte, arte moderno y el vínculo entre arte y medicina.

Un dato que recuerdo es que la Dra. me dijo que había hablado con el Jefe de Difusión Cultural de la escuela de medicina donde trabaja y que él a través de un sondeo había descubierto que alrededor de 80 alumnos tocaban hábilmente el piano

- Aspecto del entrevistado

La doctora esta impecablemente arreglada, pelo corto, peinado como de salón de belleza, blusa oscura y bata. Se muestra demasiado amable, tranquila durante la entrevista, su voz es suave pero clara, a veces hace pausas, o más bien habla con mucha calma y seguridad. Tiene un amplio dominio de sí misma comparable con el de otros psiquiatras que además son docentes. En ocasiones gesticula sensiblemente: abre más los ojos, sonrío o aprieta los labios; como en otras entrevistas la Dra. sonrío nostálgicamente al hablar del periodo de la residencia.

- Dinámica de la entrevista

La entrevista transcurre sin interrupciones o ruidos externos molestos; el ambiente es cordial y de relativa calma y confianza. Las preguntas fluyen tranquilamente hasta llegar a la pregunta siete, pues en este momento noto un tanto inquieta a la Dra. debe ser tarde y se acerca el tiempo de irse a dar su clase, además llega otra Dra. Entonces le digo a la Dra. qué si quiere cortamos la entrevista y la continuamos otro día, acepta y me cita para el próximo viernes a la misma hora.

### C) Entrevista

- Transcripción de la entrevista

### 3. Registro semiótico-quinésico

- Gestual

Ya mencioné que la Dra. gesticula en ocasiones, sobre todo cuando comenta cosas del pasado o de su familia, al parecer cosas que le hacen recordar buenos momentos.

- Corporal

Me parece que su postura corporal a primera vista parece suave y relajada, pero ya viéndola con más atención me parece un poco rígida. Al conocer algunos de los eventos generales de su vida puedo interpretar ciertos elementos y actitudes, por ejemplo su corte de cabello, su peinado es típico de las mujeres que han estado en la milicia, aunque pudiera ser coincidencia. Cuando hablamos sobre arte también observo cierta rigidez en sus ideas, una especie de conservadurismo, por último cuando habla sobre su familia me doy cuenta que es muy controlada, como la mayoría de los psiquiatras.

- Paralingüístico

En este caso este registro es el más difícil de realizar, pues por un lado no me fue permitido grabar la entrevista, sin embargo anoto que la Dra. muestra una gran uniformidad en su discurso, no hay muchos altos o bajos en la voz, hay unos pocos silencios, etc.

## Entrevista

I. ¿Considera que su situación laboral es muy estresante?

E. En el hospital sí, cuando estuve en el hospital, la actividad ahí es altamente estresante. Hoy día combino la docencia, con la consulta externa. Yo creo que todos los médicos deberían estar en terapia, es algo que siempre le digo a mis alumnos, y aun más los psiquiatras. En el Hospital Militar era obligatorio que todos los residentes estuviéramos en terapia.

I: ¿Qué actividad dentro de su práctica profesional podría considerar como la más estresante?

E: ¿Qué será? La limitación de los pacientes para entender sus propios procesos, además de las trabas de la familia. Nosotros no solo vemos lo orgánico sino también lo mental, esto es más complicado. Trabajando con psicoanálisis es más largo el proceso de curación, pero más efectivo, la terapia puede durar mucho tiempo, años incluso, y es así poco a poco como va avanzando el paciente, conociéndose. Nosotros no trabajamos como los demás médicos que son autoritarios e impositivos, nosotros tenemos que trabajar muy cerca y con la cooperación de los pacientes, esto a veces es complicado porque las personas están acostumbradas a ver al médico como una figura de autoridad.

I: ¿Trabaja usted en algún hospital o unidad de atención psiquiátrica?

E: Yo me formé en el Hospital Central Militar, en el pabellón de Psiquiatría. Estuve muchos años trabajando en los Centros de Integración Juvenil, y haciendo trabajo comunitario en Santa Fe, poco a poco nos fueron conociendo y respetando, yo podía estar a cualquier hora en Santa Fe y nunca me hicieron nada ni a mí ni a mi coche. El programa de trabajo comunitario era preventivo, se buscaba informar sobre cómo evitar las *adicciones* y sus múltiples consecuencias, aunque a decir verdad nunca estuve con un paciente de esos hablando así frente a frente como estamos hablando usted y yo...A la gente le causa mucho temor acudir al psiquiatra.

I: ¿Dra. Usted considera que los psiquiatras son cautelosos en el manejo de psicofármacos?

E: Yo en lo personal si soy cautelosa, por ejemplo llegan muchos chicos aquí, al Área de Salud Mental de la escuela, de 17 años a los que no se les pueden dar fármacos porque son menores de edad y porque el reglamento lo prohíbe, además

aunque estén acompañados de un adulto se debe de tener una correcta evaluación antes de decidir a recetarles algún medicamento como *antidepresivos* o *ansiolíticos*. Además también hacemos un manejo de los pacientes con psicoterapia

I: El doctor Calabrese afirma que es muy alto el consumo de estimulantes entre los psiquiatras ¿Cuál cree que sea la causa?

E: Yo creo que los psiquiatras no estamos exentos de vivir situaciones de estrés, sobre todo si se trabaja en un hospital o si se tienen dobles jornadas laborales. A mí me han dicho, en realidad como un “chisme”, que algunos colegas llegan a consumir *benzodíacepinas*. Estas situaciones estresantes son cotidianas, por ejemplo ayer estando en consulta con una paciente le hice una pregunta y eso hizo que se destapara la caja de pandora, se puso mal, perdió el juicio, fue una situación muy drástica que me hizo sentir mal, invadida, llena de cargas... Tuve que tomarme 15 min de mi clase, salir a caminar a reflexionar, a descargarme un poco. Llegue tarde a clase y entonces les dije a mis alumnos la razón por la que había llegado tarde... es bueno hablar, para ir desahogando un poco lo que traes. Yo conozco a muchos psiquiatras que son buenos, que tienen un buen manejo clínico de los pacientes, que tienen una buena formación pero que jamás han tomado una psicoterapia y es que a veces tienen problemas en la relación médico paciente. En la psiquiatría, dentro de la línea psicoanalítica siempre hemos tenido el recurso de asistir con el terapeuta. Para el psiquiatra el recurso de asistir con un terapeuta es una verdadera necesidad preventiva. Tengo una amiga psiquiatra que trabaja en el H. Navarro, ahí pues ve a puros niños y yo le digo ¿Cómo puedes estar ahí? Ahí no solo ven niños con trastornos psiquiátricos, trastornos mentales, con retraso mental, etc., eso debe ser un trabajo muy estresante. Hace tiempo yo trabaje por más de un año con un grupo de niños, el grupo era llamado GIN4. De Grupo Infantil Natural en su cuarta versión. Primero trabajamos con los niños y con los juguetes para que desarrollaran ciertos aprendizajes; después les

quitamos los juguetes. A los niños se les permitía todo: pegar, besar, manosear, hasta que apareciera la voz cantante del padre... los niños me veían como un objeto erótico. Hay madres que les permiten hacer lo que sea a los niños, golpear, escupir, tirar las cosas, etc., así están hasta que aparece la voz del padre, esa que les dice que aquello no está bien, que no es correcto. En esa experiencia que le cuento de los niños hacían lo que querían, me pegaban, me besaban, me jalaban, etc. Pero entonces el terapeuta empezó a decirles con un tono muy alto, así hablando fuerte: a la doctora no se le toca, a la doctora no se le pega, etc. Poco a poco los niños fueron comprendiendo que eso estaba mal y que no lo deberían de hacer, fue una experiencia muy bonita.

**I:** ¿Usted cree que haya un mayor consumo de psicoactivos entre los psiquiatras, comparado con el consumo de otros especialistas médicos?

**E:** Yo creo que es mayor el consumo entre los anestesiistas, tienen mucho estrés, tienen acceso a cualquier fármaco y además su trabajo es totalmente impersonal, nunca se enteran quienes son los pacientes ni los pacientes quienes son ellos. En una ocasión me tenía que operar de un problema en la pierna y yo le dije al Dr.: Dr. no quiero anestesia general, es complicado, no me gusta, me hace sentir mal, además el post operatorio es horrible, búsquele doctor pero no quiero anestesia general. No sé que me puso, pero me puso anestesia local, pudimos platicar durante toda la cirugía, recuerdo que comentamos algo sobre los créditos para vivienda y cosas así, yo platicaba todo el tiempo con el Dr., y le decía al cirujano: usted jálele y haga lo que tenga que hacer. La cirugía salió muy bien, a la hora y media ya estaba caminando, ni mareada ni nada. Los anestesiistas tienen un trato muy impersonal con los pacientes, nosotros si conocemos a nuestros pacientes y tenemos la recompensa de verlos mejorar o al menos que cuando nos ven, vany nos saludan. En cambio ellos, no saben nada del paciente ni se recuperó o no etc., y el paciente jamás se enteró quien le pasó la anestesia pues llegamos, nos duermen, cuidan nuestros signos vitales, pero no sabemos más...



I: ¿Para usted es fácil el acceso a los medicamentos?

E: Si es fácil el acceso a través de las recetas de las muestras médicas que nos proveen los representantes de farmacéuticas, pero nosotros sabemos que no tiene uno consumir estos fármacos, pues sus efectos no son inmediatos sino que empiezan a actuar unos 10 días después como el caso de los *antidepresivos* ¿Qué psiquiatra consumiría *neurolépticos*? Además, conociendo los efectos de los fármacos: dolor de cabeza, aturdimiento, temblor fino...

I: ¿Considera que hay una diferencia entre un consumo de psicoactivos por prescripción médica y uno patológico?

E: ¿Consumo patológico y consumo por prescripción? Por ejemplo, las *benzodiazepinas*, les dan *valium* de 10 mg en el IMSS a las señoras que presentan depresión o ansiedad, después de consumirlas continuamente se acostumbran a dosis más altas. Los psiquiatras no consumían *valium* sino *alprazolam*, algo que los tranquilice pero que no los duerma, además tiene que ser una dosis funcional que no los delate, pues esos signos como marcha insegura, inquietos, temblor fino, etc., si somos capaces de reconocerlos en pacientes también lo podemos hacer con otros médicos, por eso es más probable que empleen *dosisfuncionales*. Ahora hay que tener mucho cuidado con las *benzodiazepinas*, si pueden causar *adicción*, el médico debe estar muy consciente, valorar su *prescripción*. Yo tenía un paciente paranoide que quería tener todo el control sobre su mujer y se tomaba 40 comprimidos al día. Antes de llegar a la *adicción* se debe de pasar por la etapa de *tolerancia*. Algunos psiquiatras piensan que la diferencia entre un *consumopatológico* y uno por *prescripción* médica es que en el primer paso se hace solo por placer, yo no creía tanta eso pues cuando alguien *consumedrogas* ilegales, aunque al principio lo hace por placer en el fondo sabe que lo está haciendo es algo más ilegal, entonces empieza a tener sentimientos de culpa y después tiene que consumir

más *psicoactivos* para controlar esos sentimientos de culpa, en fin no creo que el *consumo* sea placentero, solo los sociópatas que *consumen psicoactivos* no tienen sentimientos de culpa. Para algunas personas esto puede ser el infierno pues la necesidad de la *droga* genera una situación incómoda, molesta, como en el *craving* o en el *delirium*, para un alcohólico, es algo que no se lo desearían ni a su peor enemigo. El consumo de psicoactivos es una trampa de la cual es difícil escapar. En los Estados Unidos cuando se descubrió el *prozac* se vendía en los antros, fue muy popular pero se desprestigió, ahora los jóvenes consumen *tachas*, una especie de *anfetaminas*

I: ¿Qué diferencia hay entre consumo, dependencia y adicción?

E: Creo que los consumidores se pueden dividir en varias categorías: *Experimentadores*: son los que buscan sensaciones nuevas. *Social*: los que van a fiestas. *Ocasional*: el que llega a consumir porque un amigo lo vio. *Compulsivo*: los que caen en el problema y *consumir* les genera una *adicción*. Ahora la *dependencia* es aquella situación en la que trata de *consumir* la *droga* a toda costa para buscar el efecto que la *droga* le propicia o quitar las molestias que le genera la *abstinencia*. La *tolerancia*: cuando es necesaria una dosis mayor para generar el mismo efecto. Y la *adicción*: es después de todo este proceso de *consumo* *dependencia*, *tolerancia*, y es un *consumo* *incontrolado* y *compulsivo* de la *droga*

I: ¿Cómo valoran los psiquiatras el *consumo* de psicoactivos?

E: Yo considero que el *consumo* es dañino, puede llegar a ocasionar un daño severo o muy grave. Estamos acostumbrados a ver a la gente mayor deprimida y con una disminución de sus funciones cognitivas, pero que esto suceda en jovencitos me parece algo muy preocupante. Bueno termino con una cita de Borges que decía: "Confieso que he vivido pero ahora si tuviera una segunda oportunidad habría caminado más, disfrutado de más puestas de sol etc." Muchos

jovencitos empiezan a consumir drogas motivados por la curiosidad pero algunos que no tienen un apoyo familiar importante y tienen una baja escolaridad pueden llegar a psicotizarse al *probar* la *marihuana*, están más expuestos a la *adicción* que por ejemplo esos chicos del Tec y de otras escuelas que podrían consumir habitualmente *marihuana* y no les pasa nada o por lo menos no tienen tanta afectación.

## Entrevista 7

I: Lo primero que le pregunto es su edad, su estado civil, y cuanto tiempo tiene ejerciendo la actividad profesional.

E: Bueno yo tengo 51 años, soy casada desde hace 26 años y... empecé a ejercer como psiquiatra a los 33 años... entonces... serían 18 años.

I: Ok, bueno eso sólo como para el puro contexto antes de empezar; y la primer pregunta ¿usted considera su actividad profesional muy estresante?

E:... si yo, yo, "este" también debo decirle que tengo una maestría en psicoanálisis, eh de *psicoterapia* psicoanalítica de grupo y ahí vemos instituciones. Yo "este", yo si considero que es una... especialidad la psiquiatría muy estresante, porque nos enfrentamos... a el órgano que pues nos hace ser seres humanos que es el cerebro, y nos enfrentamos a él, estando enfermo en la patología, entonces es, "este", es bastante estresante ver a otro ser humano enfermo... y que tiene cosas patológicas, como delirios, alucinaciones... y "este"... y también... problemas psicológicos de relación...mmm, entonces sí, considero muy estresante.

I: Bueno pero... solamente sería por la parte de los pacientes, ¿y de la relación laboral, no es estresante?

E: Eh Ahora, ¿aquí en esta Unidad dice usted?

I: Si, o de cualquier hospital psiquiátrico, o una clínica

E: “Este” mire...; yo creo que de por sí la profesión médica, es estresante porque se va a tratar... de frente con otro ser humano... entonces no solo la psiquiatría todas... las especialidades médicas, y medicina general... yo creo que van a generar un grado de angustia bastante alto, de estrés bastante alto y que la psiquiatría en especial... va hacer más alto el grado todavía, porque tenemos que lidiar con cosas tanto físicas como psicológicas... Ahora en lo relacional, pues yo ya le digo, “eh”, no sé si usted sabe pero en los quirófanos por ejemplo, se usa mucho para bajar el estrés hacer bromas... si..., “este”... antes de entrar a las cirugías, durante los descansos de las cirugías. O sea, esto no es privativo de la psiquiatría, es en la medicina en general, eh, cuando se trata con otros seres humanos, con pacientes, es estresante. Ahora ya en lo particular de la psiquiatría, “este” yo creo que es un poco más, porque... eh, se va a tratar con el lado digamos, más humano del ser humano que es el pensamiento... y “este”, y en todos, en el Hospital Psiquiátrico en donde yo estuve 3 años.

I: ¿Dónde estuvo doctora?

E: En el “Hospital Fray Bernardino Álvarez”, “este”, es muy estresante, muy desgastante, porque ahí generalmente van, gente muy enferma, psicóticos, psicosis, esquizofrénicos, autismo, psicosis maniaco depresivas que ahora le llaman trastorno bipolar... “este”, y aquí he estado 6 años durante 6 años, y “este”, y también es lo mismo es algo muy estresante porque tratamos con, con “este”, pacientes... ahora entre el personal... yo creo que cada quien... le hace como puede para defenderse de ese estrés, de, aquí yo calculo que..., entre el, 60-80%

de la consulta es de depresión.... Actualmente yo pienso en lo social, y lo social... actualmente estamos muy angustiados... todos los mexicanos, “no”; tanto por la seguridad que no la hay, la inseguridad en las calles, en las casas; tanto por “este”... por lo económico, el dinero entonces, esto se va a reflejar en una consulta de depresión... básicamente, y eso, se va a reflejar en que los pacientes vienen con toda su depresión, con todas sus enfermedades, a consultarnos y como seres humanos pues no podemos decir, “este”, usted es el paciente, usted no, no me pasa a mí lo que usted trae de angustia, por supuesto que si hay toda esa interacción, de, de “este”, de sentimientos... entonces sí, yo, “este”, yo no sé cómo se defiendan los demás; pero... lo ideal es tener una psicoterapia. Por lo que yo sé, en este centro... solo hay una persona que va a psicoterapia, “este” una sola de ambos turnos.

I: O sea, de todo el personal

E: De todo el personal. Yo como soy psicoanalista, “este”, para ser psicoanalista se necesita estar en, en terapia, yo estuve en terapia 10 años, y me dieron de alta...eh, eso implica que yo sé manejar las emociones que me vienen del paciente, hacia, hacia mí... y si veo francamente mucha gente aquí en el centro, tanto en la mañana como en la tarde, gravemente estresada... gravemente; para mí creo que es más sencillo verlo; porque soy psicoanalista y porque he estado en el lugar del paciente, por 10 años con un psicoanalista... “este”, porque si no, no me dan el grado, de psicoanalista; pero a saber mío solo una persona va a psicoterapia de la mañana y de la tarde.

I: En gustos...

E: No sé, cómo se defiendan los demás verdad

I: pero ya que toca eso, y usted cómo, ¿qué hace para librar ese estrés?

**E:** Bueno yo estoy entrenada para eso, me entrenaron 4 años y medio, y “este”, para tener una atención flotante, para “eh”, saber cuáles son mis problemas y cuáles son los problemas del paciente. A saber también de aquí mismo yo soy la única psicoanalista, muchos de aquí dicen que son psicoanalistas, pero iniciaron la formación y no la terminaron; yo por lo que sé, soy la única.

**I:** ¿Él doctor... no es psicoanalista?

**E:** Hay una compañera psicóloga, que creo que está haciendo el Doctorado en Psicoanálisis... pero es más bien en investigación

**I:** Y, no es clínica

**E:** La mayor parte sí, de investigación, hay un poquito clínico; entonces mire a los psicoanalistas nos enseñan a tratar con eso, cuando uno tiene un problema grave, puede uno ir, volver a *psicoterapia*, pero ya no se va a tardar años, van a hacer 2 a 3 sesiones, nada más... si uno cree que no lo requiere pero, pero el entrenamiento psicoanalítico es bastante difícil, rara vez alguien lo termina... muchos inician están dos años.No es lo mismo “este”, estar en una Asociación reconocida que en una Asociación no reconocida, ¿por qué?, porque muchas veces las no reconocidas “eh”, no les importa mucho que sus alumnos estén o no, en *psicoterapia* o *psicoanálisis*..., entonces “este”, por ejemplo, la UNAM es una de ellas...Y hay diferentes tipos de *psicoterapia*, yo la que estuve, pues fue la que movía las estructuras psicoanalítica porque hay diferentes tipos, gestalt, sistémica, cognitivo conductual; por ejemplo la cognitivo conductual se basa en las conductas, y, y, y no es lo mismo ser un paciente a ser psicoanalista, verdad, porque uno tiene que saber... como lidiar con esas angustias; entonces yo, me entrenaron 4 años y medio... para saber qué es lo mío y que es lo del paciente, y aparte los 10 años de psicoanálisis personal...

**I:** O sea, que ya tiene una fuerte formación

**E:** Ah no si... y yo considero..., que todos los que se quieran dedicar tanto, psicólogos, como psiquiatras, es obligatorio estar en psicoterapia; mínimo 4 años.

**I:** Hoy día por ejemplo en el Fray, los obligan, a los psiquiatras en formación; no sé antes pero tengo amigos que acaban de egresar, en Febrero, o sea, hace algunos meses, y todos ellos estuvieron obligados a estar en psicoterapia, todos.

**E:** Que bueno... cuando yo estaba no... yo era la única de mi generación, acá tengo compañeros de generación y era yo la única, era la rara, la extraña, la que estaba mal por eso iba a terapia; “no”, los demás estaban bien, según ellos... y pues muchos, que bueno, porque muchos de los que están ahora de jefes en el Fray, no han ido ni una sola vez a *psicoterapia*, jaja; y si les nota a muchos, son pocos los que sí han ido pero si se les nota, no. Y acá es lo mismo, yo veo muchas angustias por parte del personal, haciendo actos fallidos, cometiendo locuras, “este”, pero con muchos es las angustias de los pacientes eh, que ellos no reconocen los terapeutas, los doctores, los psicólogos; su locura y su locura del paciente.

**I:** ¿Y no se siente..., extraña en este lugar donde es la única que tiene esta formación, doctora?

**E:** “Este”, extraña no... yo me siento diferente

**I:** A ok

**E:** Diferente, extraña no... y, pero es una diferencia muy agradable, muy agradable, bastante agradable, “este” yo creo que mis compañeros, mi diferencia no les parece agradable, (risas), eso sí creo yo, eso creo yo; porque imagínese a alguien que sí se conocen, o se conoce un poquito más que los demás seres humanos, y “este”, no pues, puedo ver... muchas cosas que no pueden ver ellos,

además en mi formación como es *psicoterapia* psicoanalítica grupal, yo veo muchas cosas sociales, de los grupos, entonces yo me siento diferente pero con una diferencia muy agradable; siento que puedo manejar... muchas cosas, siento que a veces ellos si me ven “este” diferente, extraña, y que les parecen muchas de mis, de mis conductas, “este”, ¿que por qué no soy igual a ellos?, no, ¿qué por qué no hago lo mismo que ellos?, ¿qué por qué los pacientes conmigo hacen tal o cual cosa?, pero yo la verdad, “este”, si es difícil ser diferente, si es difícil..., eh, pero creo que yo he sabido sortear esa diferencia, y eh sabido sobrellevar las cosas que me ha..que me ha llevado esa diferencia; porque son cosas fuertes, y difíciles; y creo que ya con estos años que llevo aquí, los compañeros ya saben que... que no se puede... jugar sucio conmigo, que, que, si ellos quieren hacerlo perfecto, pero yo no, yo no, yo estoy aquí contratada pues para, para ver pacientes para verlos lo mejor que yo pueda y si hay algo este medio raro, pues lo analizaré y veré haber qué. Pero si, yo creo que el clima entre los psiquiatras y los psicólogos es, especialmente patológico. (Risas), sí.

I: Bueno es que, se está adelantando a la otra pregunta

E: Ah, (risas)...

I: Pero está perfecto, está perfecto, parece que ya conoce mi guion, porque me va diciendo lo que, voy a preguntarle. La siguiente pregunta es ¿usted considera que la relación aquí al interior del centro; que es parte de lo que me acaba de contestar, es cordial o conflictiva?

E: Eh, “este” es muy agresiva eh, la relación entre compañeros es... de una alta agresión considero yo, por ejemplo aquí todos tenemos apodos... todos... eh, yo no, yo no le entro a llevarme así, pero aquí todos tenemos apodos, aquí siempre se anda viendo... quien es peor que los otros.

I: En lugar de quien es mejor



**E:** No, aquí la agresión, creo que, que está aquí en el centro es una agresión alta, alta, alta, yo, yo así lo he sentido, “este” generalmente la crítica aquí no es para mejorar ni para ayudar a un compañero, generalmente la crítica es para que él se vea peor que yo y entonces no me hagan algo a mí, y no estoy hablando como... paranoia de mi parte, que podría decir alguien, no pues es que podría decir no es paranoia; creo que, me conozco bastante... para ver cuando estoy paranoica y cuando no; pero los niveles de agresión aquí en la relación interpersonal son altos, muy altos “eh”. Otra de las cosas que yo veo aquí, la medicina es jerárquica como la iglesia y como el ejército... aquí en especial... la gente trata de que esas jerarquías, no procedan; otra vez en mi caso no... yo soy la doctora y soy la doctora porque muchos aquí, y no tengo nada en contra de que se hablen de “tu”... pero malinterpretan... que si se habla uno de “tu”, ya le puede decir la enfermera al doctor; y le voy a contar un caso, sin dar nombres; para que vea hasta dónde va la agresión, el no poner límites, del todo. En una ocasión uno de los médicos de la mañana determino que uno de sus pacientes, un adolescente se quedaba aquí con él, y él lo iba a tratar... y una de las enfermeras que, nada más tiene primaria, porque la mayor parte del servicio de enfermería

**I:** ¿Son técnicos?

**E:** Son técnicos... “eh” esa enfermera le fue y le dijo al paciente que “este”, que no, que se fuera al Hospital Psiquiátrico “Juan N. Navarro” que es de niños y adolescentes; y ella le hizo... todo el trámite para que se fuera... en contra del doctor... de la orden médica, entonces yo veo eso algo grave

**I:** Por supuesto

**E:** Algo muy agresivo y algo que no, donde no hay límites. Entonces “este”, sí yo creo que eso depende mucho; yo no solo hablo del personal médico que vaya a terapias, sino también de los psicólogos del personal de enfermería, porque la

gente que esta psicótica y muy deprimida viene y agarra parejo... o sea, es gente enferma... que tenemos que tratar, que tenemos que ver, entonces... si "este", aquí faltan... lineamientos que se cumplan, porque la secretaria tiene sus lineamientos, yo hice el programa de trabajo para psiquiatría del año 2010 del turno vespertino; y ahí decía... que teníamos que ir a terapia... sin embargo, no se cumple, no se cumple.

I: Creo que sería útil para el propio médico, "no", o sea, no solo para los pacientes

E: A no, si, si....

I: Si no fundamentalmente para él

E: Para uno, si...si... si...entonces

I: Ahora, hasta lo que me ha dicho; yo confirmo lo que usted me dice, porque a todos los que he entrevistado ni uno solo me ha dicho que va a terapia, ni uno; y no llevo uno, he entrevistado varios psiquiatras y ninguno va a terapia

E: Dicen que han ido..., eh, mire para que una psicoterapia haga efecto, se debe uno de comprometer... mínimo 4 años, si va hacer uno terapeuta, mínimo 4 años; en este caso psicólogos y psiquiatras debimos ya haber ido 4 años, no, por lo menos... y ya... sí uno quiere más pues ya, no..., ira para beneficio de uno; pero como lo exige la profesión, la formación, es más la Secretaría de Salud nos da..., "este"... dinero en el cheque quincenal... para... dice para ayuda didáctica... que son cursos. La terapia yo la tomo también como un autoconocimiento como un... conocimiento de los demás, como un curso, y no nos da poquito la Secretaría, nos da bastante... podría alcanzar para una psicoterapia... medianamente cara...o hasta cara... nos da bastante la Secretaría... entonces... yo no veo cual es el problema verdad.

I: (Risas)

E: Las compañeras también, las compañeras trabajadoras sociales tendrían que ir... porque sí...están con... con muchas agresiones

I: Ah le voy a contar algo, un día, tampoco le voy a decir el nombre de quien

E: No, no

I: Pero una trabajadora social de aquí, pues ya tenía un tiempo, 15 días, 1 mes, viniendo, y me dice oiga doctor; porque el jefe de enseñanza cuando me presento con todo el personal, no les especifico si era médico o no, les dijo va hacer una investigación aquí, y ya, entonces me dice: usted que estudia a los drogadictos; a mí, me pareció de tal agresividad eso... bueno después entiendo que tiene una muy mala formación académica, pero me pareció de lo más agresivo, y le digo no mire fulanita; yo estoy haciendo un estudio para ver cosas como el estrés pero si me pareció muy agresivo, las personas, ni siquiera hablas con ellos, pero si hay una

E: Si se siente

I: Sí...

E: Yo cuando llegue aquí hace 6 años vi 2 cosas; la primera... que los compañeros me quedaban viendo a los ojos y no me hablaban; la segunda... que para llamar al personal se ponían a medio patio..., el personal de enfermería a gritar el nombre del doctor, o de la psicóloga, para, porque no estaba en su consultorio, entonces le gritaba, a medio patio... lo siguen haciendo, lo siguen haciendo. Y la otra ya "este", cuando los conocía más, a veces me saludaban, a veces no; de todas maneras la mirada en los ojos seguía ahí, como un reto (risas)

**I:** Ah sí...

**E:** Sí, sí, sí, sí, aquí es... es muy poco probable que lo saluden a uno... Yo siempre llego y lo primero que digo es "buenas tardes"... pocos me contestan, no he perdido... esa costumbre en los 6 años que llevo... de 6 personas contesta una, pero ya es mi costumbre

**I:** Yo lo he vivido (risas)

**E:** (Risas) sí; pero esa agresión, es la agresión... que se forma tanto por los pacientes... las agresiones que traen los pacientes, como es el no, saber manejar esa agresión por parte del personal de este centro

**I:** O sea, que...

**E:** Ahí está la agresión en el ambiente, ahí se siente, ahí se ve....

**I:** Que interesante lo que me dice porque hablando con otros de los compañeros de aquí, psiquiatras, no pasa nada, somos la familia feliz, no...

**E:** No....

**I:** Y yo digo no... o sea, yo que... yo que afortunadamente estoy fuera, pues si puedo percatarme de muchas cosas no, porque a lo mejor estando uno a dentro, uno se pierde, no, pero sí... Puedo ver, mucha agresividad, mucho descontrol..

**E:** No hay límites.... Por ejemplo, los pacientes vienen, si usted se da cuenta aquí no hay ningún cuadro que diga derechos de los médicos y de los trabajadores de este centro... ni uno solo

**I:** Todos son de los pacientes...

**E:** Aquí en este lugar no hay nada que diga, si usted está satisfecho... con la atención que se le ha brindado deje aquí sus felicitaciones... Solo hay buzones para dejar quejas... acerca del personal... eh, solo están los derechos de los pacientes... eso es algo muy agresivo... Porque la gente que venimos aquí, a lo mejor un paciente viene un día y ya no vuelve a venir, no, nosotros estamos acá todos los días..., y creo que en nuestra casa debemos de procurar y, y, y esta, aquí pasamos 8 horas... es nuestra casa también, nuestra casa laboral... Yo creo que uno debe estar contento... debe de estar tranquilo, debe de, y apoyar a los compañeros; la agresión también se nota en otra cosa... A usted llegan y le dicen por ejemplo, o a cualquiera de aquí, este fulano me trato mal... en lugar de tratar de calmar al paciente de decirle a verqué fue lo que le dijo; no me dijo eso, no mire es que hay una regla que dice esto y a lo mejor... lo primero que dicen... es vaya a, allá... está fulano denúncielo, y no sé qué. Y ya entonces no se hace nada... porque los pacientes vienen a que uno los contenga... la psicosis es cuando se salen de esa contención... Entonces sí alguien viene gritando, señora... “este”, no grite por favor... mire esto, lo otro, no...

**I:** Vaya

**E:** Aquí “este”, cuando a uno le... le... le... a mí me han gritado, me han alzado la voz... yo les he dicho...a 2 pacientes les he dicho... Mire sabe que... ya no podemos continuar la consulta, usted me está faltando al respeto y yo, no se lo voy a faltar... le pido por favor que se salga del consultorio... Cuando salieron y fueron con, con el doctor, así... sí... “eh”, ponga acá todo lo que quiera y... y... ya... y yo... bueno...

**I:** En vez de apoyarse, pero es parte de...

**E:** De la agresión... sí, es la agresión

I: Doctora le hago una última pregunta porque yo sé que ya tiene paciente, y si quiere la otra semana continuamos, ¿usted cree que los psiquiatras son cautelosos, en la administración de *psicofármacos*?

E: Mmm... "este"... mire afortunadamente... cada día tenemos mas psiquiatras con formación en *psicoterapia*, verdad, y entonces tenemos un... una visión más amplia... de la mente humana... "este", yo creo que... algunos psiquiatras no son cautelosos...eh...yo sí, creo que los *fármacos* si sirven... y sirven mucho... Y hay ocasiones y diagnósticos, en que hay que dar *fármaco*... a fuerza.... O sea, no hay de otra, hay que dar *fármaco*, ¿para qué?, para bienestar del paciente y para proteger su integridad física... claro que también mental pero primordialmente la física... y la de él y la de sus familiares... hay esas ocasiones, si hay que dar... yo no... soy tampoco antipsiquiatra... ni creo que no se deba de dar *fármacos*, creo que los investigadores son gente fuera de serie, los investigadores del Sistema Nervioso Central... y que... han investigado con unos *fármacos* buenísimos... que tenemos ahora, buenísimos... *los fármacos*. Nunca antes había visto, ni cuando yo era estudiante, había *fármacos* tan... buenos como los que hay ahora... sí creo que no son cautelosos algunos de los psiquiatras porque los he visto..."eh", extender los tratamientos... más del tiempo requerido... "eh", no... darles... mm... el medicamento sería, yo lo tomaría como unas muletas... para que el paciente pueda seguir caminando a lo largo de su vida, no... de su trayecto de vida... pero... hay que entrenarlo para dejar esas muletas... y una de las cosas que sirve... para que puedan dejar felizmente las muletas.. Aparte... de todo, es la *psicoterapia*... yo creo... que alguien que no toma en cuenta la *psicoterapia*, o una *psicoterapia* bien dada... El paciente va a seguir dependiendo... por años de los *fármacos*... y eso no está bien...

I: Entonces, usted lo combina,

E: Yo lo combino...

I: O sea, por lo que dice utiliza como de entrada el *fármaco*...

E: Aja

I: Y después continúa con la *psicoterapia*...

E: No... yo los mando derecho a *psicoterapia*, luego, luego de entrada; es más yo aquí, no, no doy *psicoterapia*... yo solo estoy contratada como psiquiatra... yo aquí soy médico psiquiatra.... Pero si los mando inmediatamente a *psicoterapia*, es más... cuando veo que es un problema tan, tan específico... que aquí no hay la especialidad *psicoterapéutica* que se necesita... Yo a muchos los mando a la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo... para... *psicoterapia* de pareja...de familia...*psicoterapia* individual... “este”... sí no a todos los mando, pero... si les explico que pueden ver en el internet... las diferentes paginas de *psicoterapia*... ¿Por qué?, porque aquí no hay *psicoterapia* de familia... aquí no hay *psicoterapias* especializadas, como por ejemplo; en *adicciones*... sí, yo trabaje 4 años en Centros de Integración Juvenil, que es una Institución que se dedica al control, *tratamiento*, *rehabilitación*... de las *adicciones*... y... allí si hay psicólogos con maestría... para tratar a gente con *adicciones*... entonces yo los refiero para allá. Aquí hay un solo psiquiatra que da *psicoterapia* de pareja... no puedo mandarlos a todos... así con él... entonces los mando a otras instituciones pero, si les remarco.... y otra cosa que a mí... me ha resultado clave en el *tratamiento*; sobre todo en el de la depresión... que la gente haga ejercicio... y yo me lo aplico también... mmm ja... yo me lo aplico también eh... yo del diario hago media hora de ejercicio... yo creo que... “este”, si no lo hago, si... la... la ansiedad, la angustia también crecen... por el trabajo aquí sentada...

I: Claro

E: Entonces me ha resultado fabuloso

**I:** Pero me dice algo... muy importante doctora... ya con esto termino mi pregunta ¿los cardiólogos que tienen, cual es la principal causa, bueno de muerte entre los médicos?

**E:** Los infartos...

**I:** Los infartos verdad, entonces el cardiólogo que le dice no... Que usted tiene que tener una vida así... y así... pero él no lo hace no...

**E:** (Risas)

**I:** O él, “este”, especialista del INER, que está trabajando problemas de las vías respiratorias y fuma; y le dice al paciente no usted no... o él que trabaja con gente para bajar de peso y esta obeso, entonces; bueno lo que quiero decir es que usted lo dice a los pacientes pero lo aplica en sí misma, que es algo muy difícil no... entre los médicos, en general... no... solo en los psiquiatras..

**E:** No, si... en general los médicos somos difíciles, pero fíjese que yo... en mi familia, tuve una formación muy de deportista... yo jugué 10 años basquetbol... 5 veces a la semana... o sea, una hora 5 veces a la semana, o 1 o 2 horas... Después cuando tuve a mis hijas... “eh”, nadaba una hora diaria 5 veces a la semana de lunes a viernes, por 3 años nade... y ahora ya ni puedo jugar basquetbol, ni puedo ir a la alberca pero lo que sí puedo es poner un disco de aerobics... de media hora en mi televisión, y lo hago... (risas).

**I:** (Risas)

**E:** Y lo hago por lo menos... 3 veces a la semana por lo menos...

**I:** Que bueno



**E:** Entonces... sihe, si he engordado con la edad... con lo de las hormonas y todo eso, pero no como otras gentes... yo me doy cuenta

**I:** mmm

**E:** si, me doy cuenta que no he subido de tallas así como que ahora cómprate tal talla no....

**I:** *Ok*, porque ya no cabe uno no, (risas). Bueno doctora pues ya no le quito tiempo porque sé que tiene, que tiene...

**E:** Gracias

**I:** No, gracia a usted....

**I:** Dentro de la literatura que yo he consultado hay un doctor Uruguayo se apellida Calabrese y él ha hecho un estudio entre psiquiatras y anestesiólogos y descubre que es muy alto *consumo* él lo dice, no lo digo yo, es que es muy alto el *consumo* de *psicoactivos* entre los psiquiatras, la pregunta sería ¿Cuál cree que sea la causa?

**E:** Bueno para empezar “este” yo no *consumo* “este” medicamentos “no” pero si he estado “este” muy cerca pues de gente que *consume* “este” psiquiatras y anestesiólogos porque en el consultorio yo he tenido de paciente dos anestesiólogos y los dos *consumen fármacos*, uno para mi tiene un trastorno obsesivo compulsivo pero que conmigo fue como unas 6 veces y ya no quiso ir y o... y la otra que es una mujer fue como 5 veces y ya no volvió pero ellos antes de ir al consultorio *consumían psicofármacos* “o sea” yo les prohibí, ni les di, ni les quite porque apenas estamos conociéndonos y, entonces entre los psiquiatras “este” yo creo que es “este” porque saben los efectos y entonces “eh” por ejemplo aquí mismo hay un compañero que “eh”... que para mi tiene un trastorno

psiquiátrico y antes este, se la pasaba así moviéndose y todo y ahora dicen sus mismos allegados que toma medicamento y que por eso ya se relajó un poco y si es cierto a pesar de que sigue con sus movimientos si se ve el efecto de los medicamentos entonces una de las probables explicaciones podría ser que... bueno como sabemos los diagnósticos, más fácilmente nos diagnosticamos y por lo tanto más fácilmente se *consume* medicamentos que en la población en general, otra cosa que lo que hacemos si habla mucho de lo que tenemos en la cabeza entonces yo creo que pues la patología mental está distribuida entre todos los seres humanos pero que si frecuentemente hay más patología entre los psicólogos y entre los psiquiatras que en la población en general y que eso da pie a que estos médicos... y psicólogos *consuman* más medicamento “este” se lo digo porque somos lo que tenemos acá “no” la historia todo lo que tenemos acá y “este” y una de las fantasías recurrente que está en la memoria de los individuos que son psicólogos o psiquiatras de la mayoría es... el ánimo de curarse, entonces por eso estudian eso, pero esa es una equivocación porque para que uno mejore si no se cura para que uno se controle pues tendría uno que tomar un *tratamiento* “no” una *psicoterapia* en este caso o unos *fármacos* bien recetados por otro colega “no” no por uno mismo, entonces yo creo que eso es que una que por que se conocen las enfermedades mejor que la población en general y que entonces uno tiene a la mano que recetarse y otra que efectivamente entre los psicólogos y si lo englobo porque si es importante psicólogos y psiquiatras “este” esta hay mas índice de enfermedades mentales “si” y para muestra un botón... si... si ...o sea, yo “este” pues como usted sabe soy psicoanalista y..y.. nunca he tenido... a venido alguien a consultarme pero es como un arquitecto si se para acá pues nos podría decir cuál es la pared de carga “no” y yo ni sécuál es la pared de carga de este edificio pero el arquitecto si y nos podría decir los cimientos solo con ver y así los psicoanalistas vemos y decimos por acá, por acá hay tal cosa y si hay patologías graves acá la mayoría, una minoría tiene patologías menos graves como serian una neurosis entonces yo para mí esa es la explicación “no”.

I: Muy bien doctora “este”... pero esta siguiente pregunta sería ¿usted cree que hay un mayor o habría un mayor *consumo* de *psicofármacos* entre los psiquiatras comparado con el de otros médicos? Bueno ya ahorita estamos en parte comentando esto.

E: “Este”

I: O sea, no digo que sean los que más *consumen* si no que sea mayor por ejemplo a un pediatra, a un cardiólogo, no sé.

E: “Este” yo creo que no... yo creo que “este” que si los psiquiatras tienen mayor *consumo* de medicamentos psiquiátricos “si” pero “este” yo conozco a muchos médicos que *consumen* medicamentos así con singular alegría... si...si por ejemplo estos dos anesthesiólogos... si por que “este” conozco gente que no *consume*, gente que *consume* cuando es necesario y gente que *consume* siempre “no” entonces “este” si tengo varios amigos, varias personas conocidas de otras... otras “este” especialidades y no yo creo que “este”... que no, que es en general, es más aquí en México yo diría que en población en general “este” no solo los médicos la población en general se *autoreceta* increíblemente “eh” increíble “este” se *autorecetan* cosas aquí ya vienen como con 10 *fármacos*.

I: A *ok* bueno la otra me parece muy obvia pero se la hago dice ¿para usted es fácil el acceso a los medicamentos?

E: Pues si... sí.

I: Cualquiera aquí todo el tiempo están los representantes.

E: “Este” el acceso más fácil son las recetas... “no” tenemos recetarios y podemos pedir lo que sea lo podemos comprar.

I: Claro eso digo está pensado en el sentido justamente que usted comentaba hace rato “no” por un lado hay un conocimiento de cómo funcionan los *fármacos* y no solo un conocimiento teórico si no porque tiene pacientes y sabe... clínico... este medicamento si actúa si es efectivo por un lado además saben cómo funcionan pero es si quisieran pues ahí están los *fármacos* “no” tienen como usted dice la receta o lo que sea “no” o sea es como mucho más... más fácil el acceso “eh” usted ya... digo esto sería aparte ¿Cómo valoran... como cree que valoran los psiquiatras el alto *consumo* de *psicoactivos*? no solo de ellos si no de cualquier persona, cree que.... o sea en ¿psiquiatría se valora negativamente el alto *consumo* o no se valora?

E: Amm “este” mire mi opinión de los psiquiatras en general es de que... de que bueno yo creo... yo creo que si es... es a veces un poco excesivo el *consumo* “este” es particular yo no... no me gusta dar muchos medicamento pero no solo psiquiátricos sino de todo porque fíjese que yo “este tengo dos amigos internistas que tienen como 10 especialidades aparte de la medicina interna uno es el... el Presidente Mundial de neumo... de neumología es el internista, es cardiólogo , es neumólogo y entonces “este” es ... es mi *amigocho* del alma “no” hasta voy a ser madrina y padrino mi marido de su hijo de primera comunión entonces “este” ahí sí como que le restringimos nosotros como que decimos “este” si, si tienes esto te puede ayudar esto pero luego el pulmón y él sabe tanto y nos ha explicado tanto que yo la verdad “este” con cuidadito con los medicamentos “no” claro que bien recetados son excelentes “no” pero yo no doy muchos pero en general yo creo que los únicos médicos o sea como mi... mi amigo que sabe mucho y dice “bueno esto mejor no te lo doy por qué mejor esto primero y todo” o los geriatras que son médicos que también “este” como que le van midiendo por que actúan con viejitos o los pediatras pero los pediatras médicos como mi marido, los pediatras que operan no esos así como que... los pediatras médicos en cambio dicen “este” porque no le dejamos así 3 días la diarrea usted le da agua al fin no tiene fiebre, no tiene esto, no tiene lo otro pero en general yo creo que los psiquiatras “este” si se exceden un poquito.

I: Usted considera ¿Qué hay alguna diferencia entre un *consumo* de *psicoactivos* por *prescripción* y uno patológico?

E: Así o sea yo creo que el paciente viene porque “eh” ya hizo digamos *in say* de que... de que necesita una ayuda profesional, entonces es diferente a extender una receta, decirle porque yo creo que el profesional cuan lo es “este” está pensando en lo bueno y lo malo que hace ese *fármaco* “no” y entonces en medicina tenemos algo... porque todos los *fármacos* dan efectos colaterales, todos, ahí está la *aspirina* el efecto colateral de anti agregante plaquetario “este” sirve para los cardiacos “no” pero “este” la gente se lo toma para el dolor de muela, de cabeza pero da un efecto colateral que le encontraron ya cosas buenas “no” pero también puede dar un hoyo en el estómago “no” una ulcera gástrica fea, entonces yo creo si hay una diferencia entre que alguien venga al médico y reciba una receta a que alguien se la *autorecete* o sea, porque... ¿Por qué? por que mire uno puede decir “pues ya está curado a ver le vamos a empezar a disminuir “ lo que hacemos “no” le empezamos a disminuir se la quitamos yo cuando ya les voy a disminuir les meto mucho el ejercicio, por ejemplo le digo “mire usted tiene que hacer ejercicio porque así se produce serotonina y eso le va a ayudar a que ya no caiga y vuelva a *consumir* entonces yo creo que si hay una gran diferencia y que ahora que metieron esto de que con los *antibióticos* receta, esta excelente porque ya ningún *antibiótico* hace efecto porque cualquiera tomaba, el peor el *ciprofloxacina* y ya cuando se lo daba el médico ya no tenía efecto porque lo habían tomado de primera intención para unas anginas “no” entonces yo creo que si hay una gran diferencia entre una receta y una no recetada.

I: ¿Nunca usted ha tomado *psicofármacos* por ninguna razón?

E: A mire yo he tomado como tres veces “este” *alprazolam* “si” porque “este” una vez tenia... pero a mí la verdad me da miedo yo soy miedosa o sea, yo si tengo aquí la ley y para mi si funcionan las cárceles “no” a lo mejor para otros no pero a

mi si me da miedo entonces obviamente “este” yo sé lo que hacen... por ejemplo el *alprazolam* acorta ciertas fases del sueño y hace que uno se relaje el musculo pero le falta una fase del sueño entonces yo “eh” así como le digo he tomado tres veces así como le digo... no porque luego yo digo ay no y luego se hace un despapaye y luego esto y luego lo otro no... no...no yo sí que le he dicho a mis familiares tómatelo 7 días... pero... pero yo no, entonces “este” si hace pues 6 años que se enfermó mi hija yo toda la noche me la pasaba así... al otro día así por la depresión “no” de... de ... entonces yo dije “ay no yo tengo que hacer algo voy a hacer ejercicio y voy a tomarme esto” y me lo tome un día y me desperté a las 6 de la ... porque ese medicamento hace efecto 6 horas entonces digo a las 12 y a las 6 y otro día 12 y 6 y “este” ejercicio... ejercicio, cansarme, cansarme porque también digo “bueno si no me funciona esto pues entonces estoy deprimida y mejor tomo un *antidepresivo*” que es más.. biológicamente mejor que lo otro pero no nunca he tenido que tomar *antidepresivo* y a una de mis hijas a la mayor que se los recetaron le confié a una compañera le dije mira ella es paidopsiquiatra ve con ella y mi compañera la atendió y dijo “si necesita ¿cómo ves?” le dije “pues lo que tú digas” o sea, si... si y yo también esa vez que estuve muy deprimida le pregunte a mi psicoanalista que también era psiquiatra y me dijo “este” tú ve, tú dime cuando ya no aguantes entonces di ya no aguanto pero pues nunca llego el día si... si no yo... yo si con calmita y mejor me metí a nadar y de verdad si hace mucho efecto el... el... si de verdad y luego el ir debajo del agua así nadando es más hasta me beneficio mucho deprimirme “eh” porque ahora ya no hago ejercicio... debería de hacer.

I: Bueno tengo una última pregunta ¿usted cómo valora el *consumo* de *psicofármacos* o cualquier otra *droga*? A que me refiero, a que usted lo ve como una enfermedad, como algo malo o sea hay un juicio de valor, si tiene lo mismo un paciente que un colega, estoy hablando de cualquier persona que pueda *consumir*.

E: ¿Un *consumo* ya continuo?

I: Si... si un *consumo* continuo

E: A yo creo que “este” se debería de consultar con un profesional “este” para empezar, la otra ¿por qué esa persona está *consumiendo* eso? Y yo creo que si debiera de ayudarse y de ayudársele porque a veces *consumen* eso por un síntoma en especial que tiene yo lo veo como... como una enfermedad... como una enfermedad que habría que valorar “si” porque “este” uno a pesar de que hay un proverbio griego que dice “medico cúrate a ti mismo” yo pienso que no que siempre se debe de pedir otra opinión por que “este” si ... si yo... yo le digo ahí cuando me sentí tan mal que es la única vez que me he sentido tan triste “este” yo... yo si le dije al doctor por que dije haber y él me dijo “ haber tu ve hasta donde aguantas cuando digas hasta aquí yo aguanto y ya no entonces “este” pues te doy una consulta para eso” entonces yo sí creo que uno... puede ... que si se... es una enfermedad eso de tomar *fármacos* al... por ejemplo es lo mismo de que dicen las leyendas del *paracetamol* si le duele la cabeza tómese uno o dos días pero si ya va más de dos días consulte a su médico “no” o sea, yo... yo así le veo si ya lleva alguien tomando un mes algo ya... ya no... ya no “este” ya no está bien la cosa ya uno o uno falló en su diagnóstico como médico para sí mismo es más Freud hace más de un siglo dijo que uno no se podía autoanalizar y ... y “este” y fue genial porque es cierto dicen para ejemplificarlo físicamente que uno nunca se va a ver la parte de atrás con sus propios ojos se lo ve con un espejo o en el reflejo del espejo, se lo ven otros y entonces yo tomaría eso ya después de un mes como algo como una enfermedad de... o por decir algo yo creo que mi miedo a los *fármacos* hizo que yo le echara muchas ganas a la natación... “no” y al... y al... y a las curvas porque los días que no iba a natación iba a curvas a hacer aerobics y no sé qué y... y si no le voy a decir que no si algunos días de la semana seguía con insomnio pero yo decía “a ver ¿cuántos de 7 tengo insomnio? Tres todavía no estoy tan mal” y entonces en un mes yo me... me puse “este” ese tope a ver dentro de un mes y yo voy y mejor le digo “sabes que si recétame lo que tu creas conveniente porque ya no funciona esto” entonces “este” si yo lo

vería como una enfermedad en la que uno no acepta que está enfermo “no” porque pues si no hay de otra uno también se puede deprimir y uno... es mas yo creo fíjese que hay algo una tercera explicación del *consumo* de *psicofármacos* “este” todos los seres humanos tenemos “eh” digamos eso de dar terapia por el lenguaje o sea, cuando un amigo se nos acerca aunque uno no sea ni psiquiatra ni nada un vecino “oye pero ya no te pongas tan mal” lo de la palabra “no” entonces si tenemos, yo creo que en psiquiatría todos los seres humanos también vemos a alguien le ponemos de inmediato algo “no” por eso alguien “hay no se que tiene pero me cae re mal, hay ella me cae re bien y ni la conocemos “no” o sea, eso lo explican mucho en psicoanálisis “no” entonces “este” con el paciente es imposible no interactuar es imposible el que yo diga “yo soy el médico, tu eres el paciente” pues solo que yo fuera sociópata pero sociópata de las buenas de esas de que le quitan la cabeza a alguien y uno dice “hay se la cayo la cabeza ya me voy” y así tan... y de esos hay poquitos afortunadamente si... si porque muchos que cortan las cabezas “este” si sienten “no” hay.. hay bien poquita gente que... que no siente “aja” entonces “este” yo creo que uno de las causa también seria toda esa angustia que nos traen los pacientes del diario... del diario... del diario “si” porque son pacientes los pacientes psiquiátricos son pacientes muy difíciles, muy mal, quieren que se les atiendan cuando ellos dicen, que se les haga lo que ellos dicen, que se les de lo que ellos dicen, ayer mismo se estaba riendo Agustín y otra señora porque un paciente allí parado como 5 minutos y ¿no me va a dar *clonazepam*? quería le decía “no” ay pero de verdad y no se aburría, ni me lo decía mal ni agresivo y yo le quedaba viendo y le decía “no oiga ya vallase si no le voy a decir al policía que venga” si pero no es que mire yo me siento bien con ese “no... no se siente bien y no le pego a no sé quién” le decía yo “y ahora que ha pasado vea está usted bien” si pero la verdad es que me gusta y... y bueno yo ayer tenía calma y paciencia y todo, pero otros días “este” si son... son entonces yo creo que esas angustias mal manejadas harían también que los psiquiatras mismos *consumiéramos* medicamentos y los psicólogos... y los psicólogos *consumen* medicamentos y dan y recetan medicamentos muchos psicólogos recetan medicamentos en el Fray había un psicólogo no sé si ya se jubilo un



chaparrito que una vez me vine con él en la combi y me vino diciendo todos los medicamentos que recetaba ahí delante de todos y yo “ a si” y este pues yo le subí a 2 “no” porque no... ya ahí sí que dije pues bueno ahí sobre su conciencia y si no tiene pues no y no era como para pelearme porque si le empiezo a decir no me va a entender pero sí.

## **Entrevista 8**

I: ¿Considera que su situación laboral es muy estresante?

E: ...Honestamente ... no porque este pues yo acostumbraba ya a trabajar y a colaborar en otros ámbitos del trabajo “sí” y por haber sido en su momento obligatorio asistir a terapia entonces eso me dio pues algunas posibilidades como para poder manejarme en relación al estrés, amén de que aparte de esta experiencia que le comento “eh” pues yo hice mi internado... un segundo internado por qué un primer internado lo hice cuando el movimiento médico del 65 “eh” estuve en el 20 de noviembre en el internado en pregrado y participe en el movimiento médico de una manera muy activa entonces me anularon el año de internado y tuve que volverlo a hacer, entonces ya colaboré en uno de los hospitales campestres el José Salle allí hice el internado, servicio social y de ahí salió mi tesis, así que eso me permitió manejarme en otros ámbitos en donde por ejemplo cuando yo me quedaba de guardia “eh” pues 600 pacientes eran todas mías y la responsabilidad que ocurriera en el hospital era mía “sí” porque nos quedábamos solos entonces eso me dio pues como muchos elementos para poder manejar ese tipo de situaciones, después hice mi residencia también rote por hospital “eh” por entonces fue por el Dr. Zamora Ramírez Moreno estuve 6 meses “sí” y bueno era otro tipo de pacientes, el director me ahora sí que me asignó el pabellón 5 que era el de reos, entonces “eh” allí estuve 3 meses también hacíamos guardias y era uno responsable del hospital después ya entre a la

residencia en 1970 y ya en 70 “eh” “eh” hice mis 3... mis 3 años de especialidad porque en ese entonces era de 3 años y mi primer empleo ya como tal fue en lo que era el Centro Femenil de Readaptación Social *cárcel de mujeres* el que estaba en Iztapalapa entonces bueno ahí se viven muchas experiencias totalmente diferentes en donde si el nivel de estrés puede ser muy alto “eh” hay amenazas en fin porque yo era la persona encargada de hacer la evaluaciones de rehabilitación para que se aplicaran las normas mínimas que se les llamaba , entonces cuando se rechazaba un paciente que se decía “no todavía no se ha rehabilitado , sigue teniendo la misma conducta, sigue siendo igual , etc. “ pues se enteraban “no” porque pues era uno quien lo hacía y se enojaban, entonces después fui delegada titular de menores infractores o sea que ... que ese tipo de experiencias después director de un centro como estos coordinadora de un programa nacional en Puebla “si”.

I: ¿De qué era el programa doctora?

E: “Eh” del programa tenía yo dos programas a mi cargo que eran el del menor en situación extraordinaria se le llamaba así que era el niño en y de la calle “si” y el desarrollo integral del adolescente, entonces eran otros tipos de exigencias pero también las tenía, también colaboraba con la Procuraduría de Defensa del Menor y hacia uno análisis de... de los casos que se iban presentando, luego ya como directora de una institución pues lógico que tiene uno otro tipo de... de... de demandas y de situaciones de estrés, entonces lógicamente el desempeñar un puesto como el que yo tengo en este momento pues ya es menos estresante, no le digo que no haya sus...pues vamos, sus dificultades porque si las hay las relaciones interpersonales en instituciones de gobierno no son fáciles pero esto se dan en todos lados entonces bueno pues tiene uno que desarrollar ahora sí que formas de reacción para no emboletarse en los problemas “si” y de esa manera poder de... pues conservar la tranquilidad, la estabilidad todo lo demás.

**I:** Muy bien doctora ¿Qué actividad dentro de su práctica profesional podría considerar como la más estresante? Y estoy entendiendo que aparte de atender pacientes usted es asistente de la dirección ¿no? entonces tiene una doble función ¿Cuál considera más estresante doctora?

**E:** Los bomberazos del área administrativa no me gustan, aún la atención a pacientes “he” digamos que llegan de urgencia está bien “si” pero los bomberazos de “lo quiero para ayer” de las área administrativa es lo que no me agrada eso puede ser que sea lo que más me estresa.

**I:** Y aparte de estar aquí doctora usted ¿está en algún otro lugar, tiene consulta en la tarde?

**E:** No... no....no...no...”eh” precisamente desmonte el consultorio cuando me fui a Puebla y no he podido volver a armar porque después regrese estuve apenas acomodándome otra vez y me fui a la dirección del CECOSAM Zacatenco y ya no tuve tiempo de tener mi consulta privada; resulta que mi mamá es una persona mayor tiene 94 años y se angustia mucho cuando se queda sola entonces eso ya no me permitió como yo soy la única persona que vive con ella entonces ya no me permitió.

**I:** Claro pero el estrés justamente estar aquí en esta actividad y luego tener la tarde la carga de trabajo todo yo creo que es un poco más relajado estar así bueno porque pues por ejemplo he platicado con algunos de los médicos y yo los veo más relajados sin tanta... solamente están aquí pues están como más...más a gusto más tranquilos, que los que además tienen doble jornada

**E:** No mire doble jornada de tipo psiquiátrico tiende a ser difícil yo la tenía pero pues era mucho más joven y aguantaba, como todo la edad también tiene su peso “no”.

**I:** Pero la experiencia la recompensa doctora porque pues ya no comete los errores que pudo haber cometido.

**E:** Ah no, errores que cometí en otra épocas de mi vida no ya no.

**I:** A muy bien doctora ¿usted como considera las relaciones al interior de la Unidad entre el personal son cordiales o conflictivas o cómo?

**E:** Pues en general y desafortunadamente hay grupitos “sí” se forman grupitos y esos grupitos se van contra otros grupitos y así están todo el tiempo o sea desafortunadamente el hospital ocupa mucho tiempo en ver que es lo que hacen los demás y “que por qué no me dan a mí las ventajas que le dan a aquel” o sí, “el aquel se sale ¿Por qué yo no voy a poder salirme?” “sí” y eso hace que pierda mucho tiempo en eso y no tanto en trabajo y eso conflictúa las situaciones difíciles.

**I:** Y dentro de las aéreas de aquí de la Unidad ¿Cuál cree que sea la más conflictiva? Psiquiatría, psicología, enfermería o todas...

**E:** Es que por las mismas características del servicio todas son conflictivas por ejemplo entre el psiquiatra y el psicólogo siempre ha habido una cierta pugna el psiquiatra porque se cree el rey del universo “sí” porque es el especialista y él es el responsable, y el médico y el que dice lo que hay que hacer y el psicólogo defiende su posición también y no quiere ser nada más un auxiliar del psiquiatra “no” sí no que ellos también tienen entonces eso genera también “eh” dificultades de relación “sí” y son a veces inconscientes porque conscientemente sabemos cuál es la posición de cada quien pero en nuestro inconsciente “verdad” pues nuestras necesidades de reconocimiento, nuestras necesidades de... que nos aplaudan, que nos digan que, qué bien hacemos las cosas pues alteran mucho.

**I:** Claro, muy bien doctora usted en lo personal ¿qué hace para liberar el estrés? Aparte de esto que me digo que ya está capacitada.

**E:** Bueno aparte de esto antes hacía ejercicio físico ahora pues no me alcanza mucho el tiempo pero generalmente oigo música, me doy la oportunidad de tocar un poco la guitarra, me gusta leer “si” ir al cine, conciertos, en fin “eh” tengo otras actividades aparte, tengo reunión de amistades de... de hace ya tiempo nos vemos por lo menos una vez por semana vamos a cenar platicamos y de mas así que...

**I:** Pues está muy bien o sea que no tiene forma de estar muy estresada con estas cuestiones, bueno ahora cambiando ya un poco acercándonos a la temática ¿usted cree que sea común que los médicos sean cautelosos en la administración de... de psicofármacos con los pacientes en general?

**E:** En general si, debe ser porque son productos de empleo delicado y finalmente tienen como todos los medicamentos reacciones secundarias, a veces en la interacción entre productos podemos reforzar la patología de un paciente en vez de... en vez de aliviarla “si” entonces tenemos que estar muy a las vivas saber reconocer cuando si se requiere el uso de un medicamento y cuando es otro tipo de terapia y que hace falta, o sea no siempre somos la última coca cola del desierto, hay ocasiones en que un psicólogo puede ser más efectivo y ganar más con un paciente por ejemplo con un trastorno límite de la personalidad que un psiquiatra que receta medicamentos “no”.

**I:** Ok y en esos casos pues los mandan a ...

**E:** Enviarlos a las aéreas que pueden manejar este tipo de paciente, más bien con los psicoanalistas.

I: Esta pregunta va a sonar extraña pero... pero no lo invente hay un psiquiatra Uruguayo que se llama... se apellida Calabrese el hace una investigación entre los psiquiatras en Uruguay y entonces en sus conclusiones dicen que es muy alto el consumo de psicofármacos entre los psiquiatras ¿Cuál cree que sea la causa doctora?

E: La misma patología y el mismo estrés o sea realmente existe lo llaman ahora el reconocido síndrome de Burnout “si” pero a veces también o por ejemplo alguien que no tenga una... que no haya tenido una terapia con mucha frecuencia se engancha en la patología de los pacientes y entonces se desgasta mucho tratando de ayudar, corregir pero entonces ya entra una situación de referen... ahora sí que de... de... referencia... entonces de transferencia y entonces se involucra, se afecta y se daña.

I: Y usted cree ¿Qué comparado con otros especialistas médicos haya mayor consumo de estos psicoactivos de estos psicofármacos entre los psiquiatras por ejemplo muchos hablan de los anesthesiólogos y eso es algo muy común o sea todos los médicos saben que los anesthesiólogos por su cuestión profesional también son grandes consumidores.

E: Bueno lo que pasa es que entre los psiquiatras “verdad” también existe la *automedicación* entonces como que de repente uno disque reconoce síntomas de tal o cual problema y empieza uno a ingerir el medicamento si este que creo que me va a ayudar y cuando menos se lo piensa ya está metido también en un rollo de *dependencia*.

I: Esta muy complicado bueno solamente a usted le preguntaría algo por qué no voy a decir pero yo sé que usted ha llevado a uno de los médicos de aquí al hospital y también me han dicho que bueno el tenía un problema médico anterior no lo se le pedí platicar con él y acepto pero ha estado siempre incapacitado entonces...

**E:** Pues si lo que pasa es que pues efectivamente pues este médico en el estrés del trabajo “eh” pues si tuvo un pues un brote psicótico transitorio “si” esta bajo tratamiento del ISSSTE y el ISSSTE lo ha incapacitado aun que ahorita no está de incapacidad si no se le dio una licencia.

**I:** Doctora yo sé que aquí también esta pregunta puede parecerle un tanto obvia pero de todas maneras se la hago ¿para usted es fácil el acceso a los medicamentos? A los psicofármacos para usted como para cualquier psiquiatra la pregunta es... yo veo todo el tiempo los señores...

**E:** Los agentes de laboratorio mire esta bolsa son medicamentos “verdad” hay otra bolsa por ahí que también o sea que si uno tiene en un momento dado si así lo quisiera el paraíso en la mano, el médico tiende más a tener otra patología no es tanto el uso de *psicofármacos* “eh” más bien bebe y es muy bebedor el psiquiatra es eso creo que es más y a lo mejor el uso de *drogas ilegales* más que los *psicofármacos*.

**I:** Aquí uno de los médicos me conto justamente esto que dice que los...dice “he ido a no sé cuántos congresos de psiquiatría dice deberías de ver al terminar el congreso en la tarde, en la noche todo el mundo estaba... Decía es impresionante.

**E:** Si el consumo de alcohol entre los psiquiatras es lo más frecuente más que los *psicofármacos*.

**I:** Claro hay más... a lo mejor hay más control ¿Por qué cree que alcohol si psicofármacos no?

**E:** Pues porque uno conoce el resultado o sea cuando uno acude a un medicamento es porque cree necesitarlo pero medicamento al fin, como no, yo ahora sí que soy el especialista me voy a medicar un antidepresivo o un

*antisicótico* o un *ansiolítico* “no” hay si una buena copa además los psiquiatras somos... muy obsesivos, también somos... muy, muy, muy “eh” platicadores nos encanta andar platicando de nuestros casos y con grandes necesidades de reconocimiento también por que como especialidad ese es uno de quizás de nuestros traumas que el resto de la medicina no nos reconoce muy bien apenas nos empiezan a reconocer “si” entonces bueno pues como vamos a tomar medicamento entonces acudimos más al alcohol, a las reuniones a ese tipo de cosas que al consumo de *psicofármacos*.

I: Esto que me dice es muy interesante, esto porque si para muchos médicos aun hoy día yo soy profesor también en la escuela de medicina aquí del poli para muchos médicos la psiquiatría sigue siendo como... pues como no científica como...

E: Exacto somos los patitos feos y sin embargo vendríamos a ser rama de la medicina interna.

I: Claro...claro no además yo creo que hay un altísimo valor y como contra parte yo le diría doctora porque conozco pues a psiquiatras tanto del Fray como del Instituto Nacional de Psiquiatría también hay unos psiquiatras que no pisan el suelo o sea que se sientenufff, o sea con un ego enorme, grandísimo y que son que para ellos ni los cirujanos ni médicos son, dicen ellos.

E: Así...así es si tenemos pero en realidad es un mecanismo compensatorio (risas) de que no nos reconocen y nos duele eso es algo que nos duele.

I: Los psiquiatras ¿Cómo valoran el consumo de psicofármacos o de alcohol? En general no estoy hablando del de usted... del que pudiera tener ustedes “no” como grupo como profesional si no que viene pacientes o conocen tienen familiares... todos tienen familiares que consumen alcohol y que alguna vez han consumido droga.



**E:** Bueno yo creo que “eh” pues por ejemplo a mi manera de ver es un problema social no es un problema médico realmente, son problema social y educativo no médico y que en la medida en que menos oportunidades hay en que no hay trabajo, en que lo... el nivel para alcanzar estudios es realmente son muy pocos los que llegan y luego los que terminan no tienen manera de trabajar entonces todo eso pues conlleva el problema *deluso y abuso de sustancias* de ese tipo “no” yo no lo considero un problema, medico son las repercusiones y las consecuencias “si” pero el *uso de drogas y el alcohol* no, porque es un problema social que se inicia, tiene multifactorial y que parte desde la estructura familiar.

**I:** Claro... si... si mientras no esté resuelto eso con mayor... eso no es médico, o sea, el trabajo, lo que usted dice las personas se quedan sin trabajo, vienen de familias disfuncionales, con muchos problemas, desempleo, entonces pues esos no los puede resolver el médico, el médico puede resolver la parte médica.

**E:** La parte médica o sea, las repercusiones, las consecuencias pero todo lo demás es un factor educativo y social que esta fuera de nuestro alcance.

**I:** Doctora usted ¿cree que hay alguna diferencia entre un consumo de llámese psicoactivos, fármacos, drogas por prescripción médica y otro patológico?

**E:** Yo pienso que más que nada es el *uso o el abuso* lo que ya es francamente patológico es el *abuso* por ejemplo yo tengo aquí un paciente que yo atendí desde los... que le gusta desde los nueve años ahorita ya tiene cerca de 40 sigue tomando *metilfenidato* 20 mg de las pastillitas de... y nunca he modificado la dosis y le sigue funcionando “si” su *uso de droga* a lo mejor la va tener que tomar el resto de su vida muy probablemente porque si no luego, luego, empieza a notar las repercusiones, pero es justificado yo le llamo *uso*, el problema verdad es cuando empieza con un... con una *pastillita* de 20 y se sigue con una de 40 porque ya no siente el mismo efecto y luego esto y luego lo otro o las razones por

las que uno acude a los medicamentos por ejemplo hace años era muy conocido que tomara uno *anfetaminas, Ritalin* en este caso para no dormir y estudiar un día... una noche antes del examen “sí” entonces pues era un *uso* indebido para el... del producto y de ahí a incrementar las dosis yo conocí ya una persona médico psiquiatra por cierto que llegó a tomar un frasco diario de tabletas de *Ritalin* que se bajaba con alcohol en la noche... y asistía a clases, asistía...fue compañero mío en la residencia, era funcional pero si llegó el momento en que el asunto lo rebasó y acabo pues con un cuadro alucinatorio severo, un cuadro psicótico, “eh” propiciado y con ideas delirantes propiciado por las *anfetaminas*, así que ahí está la diferencia entre el *uso* y el *abuso*, el *abuso* es el que yo creo que ya..

I: Claro esto que me dice yo creo que también hay una variante que tiene que ver con la edad “no” porque también conozco a muchos psiquiatras jóvenes algunos que acaban de terminar la residencia entonces he ido a muchas reuniones con ellos son amigos gente con la que convivo y ahí no es de que me cuenten yo he visto el altísimo consumo de marihuana, de...

E: Si le digo más bien la psiquiatría hace uso de *drogas ilegales* (risas) no de fármacos.

I: Pero también de *anfetaminas* pero... pero creo que se da eso durante ese periodo “no” de la residencia, después como que...

E: Después como que se tranquiliza el asunto y ya, si como que es algo más de tipo social por eso le digo hay cosas que son de tipo social y que finalmente si estamos en el grupo y el grupo lo hace pues le entramos y lo hacemos también, dejamos de pertenecer al grupo ya tenemos una posición laboral pues ya no vamos a estar haciendo lo mismo solo se va a quedar engan... enganando el que tiene otros factores “sí” que van a dar lugar a ese enganche patológico.

I: Claro aquellos que están más expuestos por algún otra razón “no”

E: Exacto si

I: Híjole eso esta terrible ¿usted jamás ha consumido algún fármaco?

E: Bueno en alguna... le voy a decir, en laguna ocasión se me ocurrió tomar una *anfetamina* para no estu... para no dormirme y estudiar me dormí... me dormí y es que yo digo que debo a ver tenido en... y a lo mejor tengo todavía un trastorno por déficit de atención pero en esa época no se... no se sabía pues de estas cosas entonces en vez de hacerme daño me durmió, entonces me dormí feliz pero cuando desperté que era que ya tenía que irme al examen tenía yo una ansiedad y me paraba, me sentaba , me subí y me baje del camión no sé cuántas veces, jurada quede de volver a *usar*, fue tan desagradable no puede presentar el examen ... lo único que si de en alguna época pues me echaba mis alcoholes y mi cigarrito pero eso fue nada más.

I: Eso... eso aquí me dijo uno de los compañeros psiquiatras dice” no hay ninguna prueba de que el alcohol produzca adicción pero pues obviamente como usted dice esa cuestión de beber social, alguien que toma una vez al mes o cada quince días no creo que llegue a ocasionarle un problema.

E: Pero fíjese que cuando uno por ejemplo a mí me ha pasado que ahora ya no se me antoja... ya no... entonces... no mire deme pues un cafecito otra cosa ya... ya la ingesta alcohólica ya no... no me agrada entonces es lo que va pasando que uno va cambiando en sus hábitos al respecto.

I: Usted en lo personal ¿cómo valora esta cuestión del consumo de drogas, de alcohol, de lo que sea? Hace rato le comentaba ¿usted cómo lo considera como bueno o como malo?

**E:** Pues yo creo que en realidad “eh” ... no es ni bueno ni malo las cosas están ahí y uno es quien decide si las *consume* o no, no podemos tipificar esto de bueno o malo, ahora en el aspecto de las *drogas* sobre todo en el aspecto de *drogas ilegales* entra en juego mucho el... pues el consumo la misma propaganda que se hace, los medios de comunicación, que ya, que el narco, que esto, que lo otro, que se vuelve un... pues ahora si yo me voy cuenta que el dedicarse a la *droga* es así como antiguamente era el bandolero, el zorro alguno de estos que iba en contra de la... en contra de la autoridad “si” y que por eso era un héroe, una especie de héroe romántico, ahora usted ve el los narcos, la mara, la... todo eso así como que los chicos se visten incluso de acuerdo con esto entonces tiene mucho que ver con esto, no tanto con las *sustancias* en si buenas o malas.

**I:** Claro ahorita que me dice eso fui hace como un mes había una reunión de comunidades terapéuticas a donde iban... hablaban sobre ex consumidores de drogas y una de las personas que fue...fue la esposa del presidente en calidad de presidenta del DIF “no” y el discurso oficial también de este comisionado nacional contra las drogas el Dr. no recuerdo Ángel Córdoba creo... no ese es el secretario ... bueno otro personaje, entonces me quede doctora porque me mandaron de la escuela “no” me dijo mi tutor “quiero que escuches esto” y dije bueno pues es la versión oficial y comparar entonces decían “hemos creado quien sabe cuántos miles de centros nueva ayuda, hemos ayudado a quien sabe cuánta gente, hemos hecho todo eso” entonces yo dije eso es puro discurso “no” o sea no están como quienes yo veo todo el tiempo todos los días trabajando y no escribiendo sus papelitos ahí diciendo que ya salvaron al país “no” y es puro... para mi es puro discurso “no” el oficial.

**E:** Pues es que en realidad ¿Qué estamos haciendo? Si es un problema que las mismas autoridades han creado “si” que el gobierno está en conocimiento de ella, que se sabe qué bueno pues ha habido arreglos, transacciones y demás “si” y que cuando por ejemplo Calderón declaro la guerra contra el narcotráfico pues estamos declarando una especie de guerra civil en el interior, ¿Quiénes son los

que más han...? Pues vaya ¿de dónde nos viene toda influencia? De Estados Unidos, ¿Dónde está el mayor número de consumidores? En Estados Unidos, cuando ya no pudo pasar allá o ya pasa allá con más dificultades entonces se empieza a desparramar aquí con nosotros, pero que México era un... lugar de paso, pues estaba reconocido como lugar de paso “sí” ahora que los narcotraficantes les hicieron la guerra allá en su país pues ya de vinieron acá.. “no” aquí era lugar de paso pues ahora ya tienen la puerta abierta, ahora les declaran la guerra abiertamente pues ellos están mejor equipados que nuestros soldados inclusive y entonces ahora es una guerra casa por casa, pueblo por pueblo, ciudad por ciudad estamos viviendo una real guerra, solapada pero guerra al fin y al cabo “no” entonces “he” pues es todo es cuestión de política, de discurso, de.... Y lógico que tienen que responder con algo, o sea, que digan que se hizo algo entonces se abren centros nueva vida ok pero ¿Qué van a tratar? ... la problemática emocional real del...de que *usa las drogas* pero pues eso es poner un curita... no sirve.

**I:** Pues no para la problemática que no lo va a resolver lo que decíamos no lo va... bueno ya no consumas esto pero pues llegas a tu casa y no tienes donde vivir y no tienes trabajo y bueno un chico “no” y tus padres te golpean.

**E:** Claro entonces ¿Cuál es el asunto? O sea ¿me vas a resolver eso? Eso es principalmente mi problema ¿me lo vas a resolver? Entonces déjame como estaba no me quites... yo siempre por ejemplo este centro fue centro de rehabilitación de alcohólicos cuando yo llegue a este centro era eso. Antes de ser una Unidad de Atención Psiquiátrica, entonces “verdad” era y la tónica era “no le quites algo si no le puedes dar algo a cambio”, por ejemplo yo tuve el caso de un señor que jamás en su vida había trabajado, jamás había salido a la calle era el hijo menor y se había dedicado a cuidar a su mamá toda su vida, sus hermanos mayores se casaron y entonces le dijeron “tú que eres el más chico mira te mantenemos y tu cuidas a mi mamá” la mamá lo tenía pero.... Se quedó con la mamá pues lógico que empezó... era bebedor solitario, empezó a beber, empezó... pues era su

apoyo, su compañía su botella, muere la mamá “si” se queda solo su alcoholismo empeora pero de repente así como que hace conciencia por que pese a todo estaba sano su hígado no estaba golpeado eran años de beber diario pero estaba bien, físicamente bien y me dice “sabe que doctora vengo porque quiero dejar de beber, nunca he trabajado, nunca he tenido una novia, nunca he tenido una experiencia de nada” a estas alturas va a salir a... aprender a vivir pues se lo van a comer vivo, sabe que usted tranquilo que lo sigan manteniendo los hermanos y siga con la botellita para que la deja, ya era una vida echada a perder.

I: Pero más si dejaba todo

E: Exacto el síndrome de abstinencia ¿Quién lo iba a cuidar? ¿Quién lo iba a estar con él? Nadie, no estaba preparado para vivir, entonces disminúyale un poquito nada más, oiga música, quédese en su casa, si sesenta y tantos de su vida... años de su vida los ha vivido así a puede seguir con esto, “si” ni estudio ni nada, nada, fue la ... el bastón de su madre, él llevo el momento que la bañaba, él la... o sea, todo, todo, todo entonces ya que, ni experiencias sexuales nada, ni una novia ni una compañía, no trataba gente, nada, más que sus hermanos que lo iban a ver y le daban el dinero para la manutención y ya, por eso entonces llega el momento en que uno dice bueno “¿a partir de que tengo derecho de entrometerme en tu vida y quitarte lo que tienes para ofrecerte qué?”

I: Eso que me dice es muy fuerte pero es la verdad

E: ¿Qué te ofrezco a dónde vas a vivir? O que le vas a decir a tus hermanos que vas a salir a trabajar a los sesenta y tantos años o ¿vas a tener novia y te vas a casar? ¿O te vas a poner a estudiar? Cuando ya tienes la cabeza toda golpeada por el alcohol ¿Cuál es el ofrecimiento real? No hay mejor que dejarlo tranquilo para que se mete en broncas, disminúyale un poquito que no se sienta y quédese como está, salga a la calle, pásese haga sus cosas “no”.

## ENTREVISTA 9

I: Primero antes de las preguntas propiamente serian unas como contextuales, ¿su edad doctor?

E: 40 años

I: ¿Cuarenta? ¿Cuánto tiempo tiene en el ejercicio profesional doctor?

E: 12 años

I: ¿Su estado civil?

E: Soltero

I: Ok esas son solamente para empezar, ¿usted considera que su situación laboral es muy estresante?

E: Si

I: ¿Por qué doctor?

E: Porque trabajo directamente en Dirección, aunque voy a cambiar ahorita de servicio, trabajo directamente en la Dirección entonces todo lo que llega, llega ahí primero.

I: ¿Todo lo administrativo?...

**E:** Todo... todo lo que problemas de pacientes, problemas de cualquier cosa llega ahí a la dirección.

**I:** A *ok* y dentro de su práctica profesional “eh”... ¿Qué actividad practica considera como la más estresante? Me refiero por ejemplo ahorita se que está en la administración ¿no? pero también sé que fue Jefe de Enseñanza, que también está en consulta, o sea aquí ha desempeñado diferentes funciones pero dígame por ejemplo como médico en la consulta o como Jefe de Enseñanza, ¿Cuál ha sido la actividad más estresante que ha tenido?

**E:** Híjole, pues como Jefe de Enseñanza realmente es un... es muy grande porque se hicieron muchas cosas, se hizo mucho trabajo, hubo muchos compromisos, “eh” convenios con universidades tanto como la de la UNAM como la Universidad de Veracruz y tenía que estar uno en contacto con ellos... “eh” teníamos los pasantes, había... había demasiado cosas que se dejaron perder pero ya la están renovando.

**I:** Y ¿Por qué?... ¿Por qué no continuo doctor?

**E:** Porque estaba ya cansado de hecho estuve 8 años... 8 años y “este” creo... creamos le digo creamos porque a mí me toco también hacer... hacer los convenios en el Instituto de Psicoterapia Cognitivo Conductual de México que estaban aquí con nosotros pero decidieron irse le dieron un... le dieron luz verde para irse pero... sin preguntarse si se podía ir o no ir porque gran parte de eso yo lo hice... o sea, ellos pusieron los maestros y yo puse la institución entonces era venir los días sábados a trabajar también igual, igual checar la entrada y checar la salida sin reponerme nada de tiempo durante 4 años.

**I:** O sea, que si era mucho trabajo



**E:** Era mucho trabajo pero me gustaba, era, dentro de eso era mucho trabajo y aparte pues había que ver pacientes, había que dar recetas... y aparte hacer las actividades de enseñanza y aparte apoyar a la Dirección era mucho trabajo.

**I:** ¿Usted considera que la relación aquí entre el personal de salud en el interior del centro son cordiales o conflictivas?

**E:** Híjole son muy conflictivas es un lugar con mucha patología mental... son, son situaciones muy conflictivas muy... enfermizas..., “si” entonces “este”... aquí nadie apoya a nadie y cada quien busca su propia conveniencia, eso es bastante feo “no” porque pudiendo apoyar a alguien, ese alguien siempre le da la espalda a uno “no” y entonces...

**I:** ¿No hay solidaridad?

**E:** No... no hay son pocas las personas y hablando de pocas diría yo unas dos personas tres como máximo, porque ahí para allá se voltea usted y le dan la pedrada.

**I:** Pues eso es terrible ¿no?

**E:** Si es terrible por que inclusive en el mismo trabajo, el mismo trabajo es algo bastante difícil pero... pero es parte de la misma patología que hay aquí.

**I:** Muy bien ¿usted tiene... atiende pacientes en otro lado?

**E:** Actualmente no, “eh” trabajaba para el Grupo Ángeles, deje de trabajar para él hace un año precisamente porque pues muy... para mí era muy conflictivo el salir de aquí e irme hasta allá “si” está bastante lejos irme hasta allá hasta la Torre Diamante y “este”... y tuve que dejarlo porque realmente ya... ya era mucho

cansancio ya llegaba muy tarde a casa, ya eran la 1:30 de la mañana y levantarse al otro día para entrar aquí a las 7 de la mañana.

I: Muy desgastante

E: Muy desgastante era trabajar todo el domingo... domingo de 12 horas entonces... eran 12 horas entonces... era bonito el trabajo, es bonito “no” y es diferente “no” trabajar con tu paciente a nivel privado pero “este” muy desgastante... desgastante y actualmente pues lo único que hago es trabajar aquí.

I: Doctor ¿Qué hace usted para liberar el estrés?

E: Pintar, me gusta mucho la pintura, escuchar música clásica, opera me fascina la opera pero más que todo pintar.

I: Usted ¿cree que los médicos sean cautelosos en la administración de *psicofármacos*?

E: Eso si lo encuentro muy controlado

I: Bueno pero está controlado,¿pero eso quiere decir que si son cautelosos o no son cautelosos?

E: No, si... si muy cautelosos porque se manejan medicamentos a lo mejor no los medicamentos que se manejan a nivel de... de... ¿Cómo se llama? de anestesiología que se manejan como *opiáceos* “no” pero aun así se manejan medicamentos que son “este” muy *dependientes* “no” que hacen a la gente muy *dependiente* y como sobre todo las *benzodiacepinas* que son de lo más que... que la gente se vuelve *adicto* “no” a un medicamento y “este” y así va haciendo una *tolerancia* cada vez se... se... se va haciendo más o hacen una *toleranciacruzada* y ya no se le efecto ni ese medicamento ni otro medicamento de la misma línea

entonces si es... es muy difícil pero si se tiene cuidado en eso en eso se tiene mucho cuidado.

I: A ok hay un psiquiatra uruguayo que se llama Calabrese y el hizo un estudio allá entre psiquiatras y anesthesiólogos y el dijo en su trabajo bueno afirma que es muy alto el *consumo* de *estimulantes* entre los psiquiatras y llámense desde *psicofármacos* hasta bueno cualquier otro *estimulante* y usted ¿Cuál cree que sea la causa doctor?

E: ¿La causa? Bueno “eh” en si la patología lo... *consumo* de ¿entre ellos o entre...?

I: Si el *consumo* entre ellos, o sea los psiquiatras con... lo que él dice en su artículo es que estos psiquiatras comparados con otros médicos, con otros profesionistas médicos *consumen* más *fármacos* y no se tal vez alcohol y otras cosas “no”

E: Pues no fíjese que no ahí es un poquito más sobre todo porque yo he trabajado en el Hospital General, también, de México “este” es más el *consumo* en otras áreas sobre todo cirugía, medicina interna, tanto... si anestesia, osea, sobre todo los de medicina del dolor que tienen a manos llenas todos... todos los *opioides*, todos los *morfínicos* y aquí no se tienen ese tipo de medicamentos, aquí los mas que se manejan los más peligrosos pues son las *benzodiazepinas* podría decirlo así, de lo que más se... de lo que más se maneja que pueda hacer una *adicción* y “este” y es raro realmente que se ... bueno al menos aquí “este” es raro el que se *consume* un... exactamente.... sea... pues no ni... ni estado de... pues no sé si en estado de crisis porque... porque es muy diferente el manejo... se conoce bien el manejo de medicamento y por lo mismo se tiene mucho cuidado en eso.

I: Claro bueno “eh” esta siguiente pregunta está muy relacionada con la anterior y en parte ya me la contesto porque pues dice ¿usted cree que hay un mayor

*consumo* de *psicoactivos* entre los psiquiatras comparado con el de otros especialistas médicos? Usted dice que no cree.

**E:** No, hay más sobre todo en... en anestesiología son... y en cirugía son más “este” hay mayor *consumo* sobre todo porque hay medicamentos que solamente se le venden a anesthesiólogos o a neurólogos “sí” son los únicos, o sea la receta de... de él médico como tal está limitado para ciertos medicamentos sobre todo de tipo *opioide* y *morfínicos* más que nada para los anesthesiólogos que son los que más lo... y para neuro.

**I:** Pero usted ¿Por qué cree que lo harían? Me acaba de decir que cuando tienen ellos acceso o sea la medicina del dolor o un anesthesiólogo cualquier *fármaco* “no” pero ¿esa sería toda la razón por la que pudieran *consumir* más “eh” *fármacos*?

**E:** Pues siempre tiene... se tiene la... la duda o el decir ¿a qué sabrá? “no” ¿Qué pasará? “no” o muchas veces equivocadamente porque muchas veces lo recetan a otros pacientes que a veces no llegan y “este” en ese caso... hacen manejo de medicamentos que no “este”... pues que son muy raros para poder... para *prescribirse* “no” y realmente pues creo que solamente por... yo creo que comienzan por una por... por una... por una duda por decirlo así para ver que se siente, una curiosidad y son medicamentos pues altamente *adictivos* que realmente “este” pues todo lo que produce “no seriamente.

**I:** *Ok* doctor ¿para usted es fácil el acceso a estos medicamentos?

**E:** No

**I:** ¿Ninguno?

**E:** No ninguno de hecho no manejo ni recetario ahorita

I: Entre los psiquiatras o los encargados pues de atención psiquiátrica ¿cómo valoran el alto *consumo* de *psicoactivos*? no me refiero entre ellos, o sea, cualquiera, es decir tienen un paciente que es *adicto* a cualquier tipo de *fármacos* o tiene cualquier tipo de *adicción* ¿Cómo lo valora el psiquiatra como bueno o malo?

E: Nunca es bueno, o sea, nunca es bueno para el paciente entonces lo que se trata de hacer es ir reduciendo, de ser posible, el medicamento o hacer cambio de un... de un medicamento por otro medicamento obviamente con una dosis más baja aunque ya haya una *tolerancia* muchas veces la *tolerancia cruzada* “este” pues todavía, o sea pues no es tan marcado por que a veces ya no les hace... ya no les hace efecto otro medicamento entonces si se les tiene mucho control en ese sentido y entonces se les trata de ir bajando poco a poco hasta quedarse con lo mínimo, porque hay pacientes que prácticamente lo van a...lo necesitan “no” por una situación de ansiedad y desafortunadamente... desafortunadamente como médicos aquí utilizamos muchas veces... muchas veces la mayor parte de las veces el... el medicamentos han... “este” *ansiolíticos* como *hipnóticos* “no” “no puedo dormir” y le dan un medicamento no... no sé un *benzodiazepínico* o un *hipnótico* y eso los hace al paciente netamente dependiente y como no tienen cita... las citas no son a la siguiente semana muchas veces son citas que están hasta tres meses entonces el paciente está viniendo a consulta, está viniendo... está viniendo por medicamentos hasta que llegue su consulta entonces pues se siente bien por que toma el medicamento entonces creen que eso los está curando entonces es “este” pues es una... una *adicción* pero terrible, terrible “no” y “este” así hay muchos, hay muchos “no” yo veo que la situación sería tener un control... un mejor control sobre esos medicamentos.

I: Usted ¿cree que haya una diferencia entre un *consumo* de *psicoactivos* por prescripción y uno patológico, si haya diferencia?

**E:** Pues es que pues sí, o sea, por *prescribirlo*... y otro patológico ¿a que le llamamos patológico?

**I:** Patológico aquel que lo *consume* porque quiere “no”, porque le gusta una sustancia “no”, o sea, que no tiene que ir al médico si no la consigue en cualquier lado y la toma, entonces la pregunta es ¿si hay una diferencia entre esas dos clases de *consumo* o sería igual?

**E:** No claro que hay diferencias por que el paciente no sabe la... la cantidad que debe de tomar el nada más toma lo que le hace sentir bien y si ve que una tableta ya no le hace efecto se toma dos o a veces se toma tres y muchas veces por eso venían... hasta muchas veces más seguido a... a surtir recetas por eso se da un formato de receta cada mes para darle el medicamento que realmente necesita porque difícilmente un paciente se toma realmente el medicamento por decirlo así “este” en realidad una pastilla y... y rara vez se toma una pastilla nada mas “no” entonces la *prescripción* siempre es mejor el control o hay mejor control.

**I:** ¿Usted alguna vez ha tomado *psicofármacos* Doctor?

**E:** Actualmente me in.... me han indicado “eh” por un problema que tuve “este” un *benzodiazepínico* pero nada más como *ansiolítico* que de hecho lo... lo he ido abortando para... para deshacerlo, para deshacer el efecto.

**I:** O sea ¿Qué cada vez *consume* menos, toma menos?

**E:** Si... si una table... una tableta de... de por decirlo así de *clonazepam* que es el que *consume* por *prescripción* médica por que también es eso uno tiene que... si uno lo hace... le pide al paciente uno también tiene que hacerlo “no” entonces “este” “eh” pues ir bajando la dosis una tableta a la mitad y la mitad a un cuarto y así hasta... hasta retirarlo.

I: Ok entonces por ejemplo usted dice “si usted se lo pide al paciente que venga para que lo recete usted también lo hace”

E: Exactamente

I: Pero entonces también habría casos de otros médicos que no van a que los recete otro colega si no se *autoreceta* “no” y no estoy hablando de una cuestión *adictiva* “no” estoy hablando de que alguien se siente mal o tiene una crisis de ansiedad y dice “pues me voy a tomar porque yo sé que eso funciona” “no”

E: Y es válido... es válido siempre y cuando no se *abuse* del mismo, o sea una situación de ansiedad “este” es bueno tomarse un *ansiolítico* por decirlo que hay casos muy difíciles “eh” no sé, equis situación “eh” accidente de un familiar, un familiar en crisis, la muerte de alguno de los familiares sobre todo padres e hijos, cualquier cosa bien lo amerita “no” realmente y “este” el médico pues normalmente si tiene la facilidad lo *consume* “no” el problema está que lo llegara a *consumir* “eh” por ...como... como si se convirtiera en algo *adictivo* pero nuevamente no... no pasa eso.

I: Que fuera cotidiano ya sería otra cosa “no”

E: No nada más es por razón necesaria

I: Ok, ¿desde hace cuánto tiempo está bajo este tratamiento doctor?

E: Estoy desde... el mes de abril más o menos

I: Ok, usted en lo personal ¿Cómo valora el *consumo* de cualquier clase de *psicoactivos* o *drogas* o cualquiera de estas sustancias, como algo positivo, negativo? Osea, me refiero no nada más a los médicos si no a cualquier persona.

**E:** Cuando esta la patología hay que dar... hay que darlo, no podemos dejar a una persona como una situación de ansiedad sin medicamento sobre todo si tiene ideación suicida porque muchos de los pacientes que vienen, y obviamente que de los que más requieren son ellos, tienen ideación suicida si uno les da medicamentos realmente y no se les controla y les llega a pasar algo es responsabilidad de uno, entonces lo más que hacemos es apoyarlos en esa... en esa situación "no" independientemente la... por que la psicoterapia y todo eso no... pues como que no funciona para ese tipo de cosas "no" porque es algo... algo que se presenta "no" llega un paciente que...que intentó quitarse la vida lo mejor "este" obviamente internarlo y lo que se les maneja en ese momento son medicamento de ese tipo.

**I:** *Ok* ya con esta terminaría,¿Usted cuál cree que sea la situación más estresante de los psiquiatras o los médicos que trabajan en la salud mental en general?

**E:** La situación más estresante pues es... pues es que no... bueno hay paciente... no he tenido muchos paciente con crisis realmente... que nos vengan en crisis... pues no yo creo que solamente son los... los pacientes con... yo podría decir un paciente con ideación suicida, si yo pienso que es eso "este" y una ideación suicida o porque no tenemos "este" muchos casos de... que vengan muchos casos de... de que venga un paciente "eh" psicótico y que venga agitado... un paciente agitado todo eso normalmente no... casi no llegan aquí a lo mejor de las veces que... bueno del tiempo que he estado aquí a veces a llegado a lo mejor un paciente agitado una vez cada dos años no se o una vez por año, digo un poco lo demás que se trata son pacientes que corresponden a neurología como son crisis epilépticas que se tienen que... que controlar y que el paciente este convulsionando pero esa son totalmente neurológicas entonces no corresponde más que nada al área de psiquiatría aunque psiquiatría "este" trata ese tipo de situaciones.



## **Anexo 2**

### **Análisis de las entrevistas**

#### **El corpus**

En el presente anexo explicamos la metodología del análisis de las entrevistas realizadas entre los profesionales de la medicina sujetos de investigación.

En los estudios antropológicos es posible recurrir a dos tipos de fuentes: las directas y las indirectas, en el caso de la presente investigación, se puede recurrir a los informes, textos y otras fuentes indirectas o bien recurrir a las fuentes directas. Ambas tienen sus ventajas y desventajas. Nosotros utilizamos las fuentes directas aunque no fue nada fácil acceder a esta opción<sup>61</sup>. Finalmente realizamos 9 entrevistas semi-estructuradas a médicos psiquiatras de una Unidad de Atención Psiquiátrica pública.

En un primer momento del proceso de la investigación, dadas las dificultades para acceder a la autorización para realizar el trabajo de campo en una Unidad Psiquiátrica, pensamos en la posibilidad de realizar las entrevistas de manera individual a psiquiatras, fuera de su contexto laboral, pero afortunadamente nuestra solicitud fue atendida y nuestro proyecto fue aprobado por la Dirección y el Comité de Investigación y Ética de una de estas Unidades a las que acudimos.

#### **Las entrevistas**

Estas son las preguntas del instrumento para recolección de los datos:

---

<sup>61</sup>Como lo explicamos anteriormente en el capítulo 3

18. ¿Considera que su situación laboral es muy estresante?
19. ¿Qué actividad dentro de su práctica profesional podría considerar como la más estresante?
20. ¿Trabaja usted en algún hospital o unidad de atención psiquiátrica?
21. ¿Usted considera que las relaciones entre el personal de salud, al interior del hospital son cordiales o conflictivas? ¿por qué?
22. ¿Qué servicio, dentro del hospital sería el que genera una situación más estresante?
23. ¿Qué hace usted para liberar el estrés?
24. ¿Es común que los médicos sean cautelosos en la administración de opiáceos para aliviar el dolor de sus pacientes?
25. El doctor Calabrese afirma que es muy alto el consumo de estimulantes entre los psiquiatras ¿Cuál cree que sea la causa?
26. ¿Usted cree que haya un mayor consumo de psicoactivos entre los psiquiatras, comparado con el consumo de otros especialistas médicos? ¿Por qué?
27. ¿Para usted es fácil el acceso a los medicamentos?
28. ¿Entre los psiquiatras cómo valoran el alto consumo de psicoactivos?
29. ¿Usted qué opina?
30. ¿Considera que hay una diferencia entre un consumo de psicoactivos por prescripción médica y uno patológico?
31. ¿Usted consume psicoactivos?
32. ¿Cuáles?
33. ¿En qué contexto los consume?
34. ¿Cómo valora el consumo de psicoactivos?

Ejemplos de entrevistas:

A continuación presentaremos un ejemplo de las entrevistas realizadas, se encuentra el texto íntegramente.

### **Entrevista 1**

**I:** ¿Cuál es su antigüedad en el ejercicio profesional y su estado civil?

**E:** Soy casado, tengo 31 años de casado, la psiquiatría la inicié en el 79... ya tengo 31 años en esto.

**I:** ¿Su edad doctor?

**E:** 60 años

**I:** ¿Usted considera que su situación laboral es muy estresante?

**E:** No, como te decía hace un rato... a través de la carrera vas conociendo todas las áreas de la medicina, llega el momento en que te decides por una por ... tal continuidad en una de las áreas... a mí me pasó cuando estaba estudiando la...la carrera que me gustó el manejo del paciente psiquiátrico... pero no lo concreté hasta 4 años después que terminé la carrera y presenté el examen nacional para la residencia, antes tenías que hacer un año de residencia rotatoria, ahora ya no lo haces entras directamente a la especialidad, entonces todavía termine el año de residencia rotatoria, pasé las "eh" los exámenes o las "eh" las entrevistas y ya fui aceptado en el Bernardino, entonces es una idea que traes desde estudiante con la... te valoras en la habilidad del manejo, en internado y servicio social, la

habilidad y manejo de tales y cuales pacientes con tales patologías entonces te das una idea de por dónde vas a darle continuidad a tu ... a tu especialidad. Cuando algo te gusta y lo haces con gusto es todo un placer hacerlo y máxime cuando se trata de la salud mental de un paciente “no” aquí lo que tenemos que aprender es a saborear, a paladear, cuando ves que el paciente empieza a ser funcional porque llega en muy malas condiciones “no” y no te estoy hablando de los pacientes locos, esquizofrénicos, maniacos en general, pero muchos de los pacientes que llegan aquí ves que llegan en muy malas condiciones con depresiones severas, graves, niños con trastornos de conducta muy graves también y conforme vas viendo la evolución del tratamiento y vas mejorando, ves que la familia está muy contenta por los cambios que están sufriendo los niños, el paciente está contento porque está saliendo de su depresión, está entendiendo su... que está generando su depresión, está bloqueando las “este” los generadores de la problemática, en ese momento te vas metiendo con la confianza de que lo que estás haciendo lo estás haciendo bien y ya cuando ves los resultados, ves las respuestas en los pacientes te sientes gratificado, te sientes contento de hacer las cosas y sales de aquí cansado, porque a pesar de los problemas, de las piedras que te pone la dirección en el camino, en fin ... bueno pues es tu profesión y la estas ejerciendo con gusto, con ánimo y la estas disfrutando, definitivamente es un disfrute lo que estoy haciendo yo aquí... el... no es estresante, a lo mejor te estresas un poco cuando ves que el paciente no va evolucionando de acuerdo a lo que tu estas planeando, para la siguiente o la tercera entrevista que no hay cambios “este” muy obvios en el paciente entonces empiezas a... a... ponerte un poco ansioso, pero esa ansiedad te obliga a buscar más información sobre el paciente que estás viendo , sobre la sintomatología que estás detectando en el paciente y te metes a internet o vas a los libros, o vas a los clásicos en fin, buscas información para ver dónde estás fallando por un lado, o por otro lado, aquí hacemos pequeños corrillos y platicamos sobre un paciente ¡oye mira tengo este paciente en estas condiciones y ya le mande esto y esto otro y no está evolucionando en la forma en que esperábamos! ¡Bueno y por qué no le intentas con esto, porque mira este va a actuar a este nivel del cerebro, va a

actuar sobre las dopaminas! en fin, y esto te da la pauta, primero para la convivencia, segundo para la recreación entre los conocimientos... lo académico y tercero, pues para el bienestar del paciente; esos son los únicos pacientes que a mí me ponen ansioso, los que no van evolucionando favorablemente y esto me da la pauta para que esta ansiedad la canalice para buscar información y darle opciones al paciente.

**I:** Cómo en el caso que comentó en la sesión clínica sobre una chica, usted decía que ya ha buscado diversos...

**E:** Si es un caso especial porque es... tan especial... la familia ya no la aguanta porque grita, llora todo el día a raíz de la muerte del padre, es una paciente con retraso mental, con daño orgánico cerebral, para acabarla de amolar y luego "este" de por sí ya tiene sus problemas de conducta, sus alteraciones de la mente, es severo, muere el padre y entra en una depresión, una depresión psicótica, bueno como esta tan ... tan "este" con un cuadro de agitación psicomotriz severo la mando al Bernardino a internar y la internan pero no la aguantan... no la aguantan en el Bernardino y a los 10 días va para afuera, ¿Oye pero porque me la estas mandando en esas condiciones? y vuelvo, insisto en que se interne porque es una paciente que está ocasionando una gran problemática entre la familia y ya no la aceptan, que porque desorganiza el...el ... el... "este" el pabellón, es un caso extraordinario, yo nunca había tenido un caso así que me lo hayan corrido del hospital "no", en el hospital se seda a la paciente, se busca que esté en tranquilidad, se dan los medicamento agudos, por eso se manda a un hospital para que este allí a...a...a la vista de todo el personal especializado y que se den las indicaciones adecuadas para controlar a un paciente que esta "este" con un cuadro de agitación psicomotriz, bueno pero.. son casos extraordinarios y si esa paciente la presente, que por cierto tú te diste cuenta que nadie me dio opciones, y entonces bueno "pues " a buscarle, a buscarle a donde "este" por donde le tengo que entrar a la paciente, bueno pues ya empezamos a manejar inclusive medicamentos que tenía años que no manejaba, los empecé a investigar, bueno

en plan de investigación aplicada, ésta paciente mejoro y actualmente se ha controlado, si, con medicamentos que hace 15 años no usaba “eh” ya de los primeros antipsicóticos .

**I:** ¿Dentro de su actividad profesional, de manera práctica, hay alguna actividad más específica que pudiera ser más estresante?

**E:** Mira hay pacientes de psicoterapia específicamente... que no se abren a la posibilidad, no se abren al tratamiento, son gente muy hermética que tienes que trabajar y que sabes por dónde está el problema pero no... no hay esa apertura del paciente, tienes que ir por un lado, por otro lado, y hay pacientes que si definitivamente “este” no hay una apertura... algo pasa en la relación médico paciente que no se da esa... esa posibilidad y...y con todo... a todos nos pasa, entonces estás en la alternativa de cambio de médico, la alternativa de cambio de terapeuta, donde dices: bueno yo debo reconocer que en cuestiones de psicofarmacología soy bueno, es mi área, me gusta pero en la psicoterapia a lo mejor estoy fallando en esto y... y no estoy “eh” haciendo un buen trabajo, no me estoy desarrollando bien, me estoy topando con situaciones que no... que me bloquean y que bueno hay la alternativa de cambiar de terapeuta para que veamos otra técnica u otra escuela que nos abra los caminos del paciente, a veces si es pesado ese tipo de pacientes y especialmente son pacientes de... pacientes con psiconeurosis hacia los trastornos de personalidad y especialmente hay una entidad que se llama trastorno evolutivo de personalidad donde “eh” funcionan normalmente pero entran en cuadros micro psicóticos, suben, bajan, entran, salen de la psicosis, son gente que tienen una gran cantidad de conflictos... personales, laborales, sociales, familiares... pero ellos no entienden que tienen un problema... primero para que vengan aquí es porque ya pasaron... ya les recomendaron, alguien le grito, alguien le dijo ¡oye tu estas mal! y por ahí alguien le convenció de que viniera acá, a veces no vienen muy convencidos, vienen a ver que hay, ese sería uno de los pacientes que son un poquito difíciles de manejar en psicoterapia “eh”; yo creo que de los

más frustrantes definitivamente es un área muy, muy, difícil para el psiquiatra es las adicciones “eh” sabes de antemano que un buen porcentaje de ese tipo de pacientes va a recaer, entonces tienes que saber la calidad de la cocaína, por ejemplo, no es lo mismo la *grapa* de \$25 a la de \$250, va a salir mejor el de \$25 que el consume “eh” la... la *cocaína* más pura... los riesgos también los vas a ir tomando “no”, pero por ejemplo esto en cocainómanos en chavos que utilizan... pacientes jóvenes, principalmente, que utilizan las *anfetaminas*, las *tachas* famosas y el *cemento* o los “eh” *solventes* industriales, esos son muy difíciles, es muy frustrante trabajar con ellos... tienes la... en mente tienes la... el panorama del paciente “eh” y sabes que va a haber recaídas pero en fin, y de todos modos aunque sabes que va a haber recaídas y el paciente recae pues sientes “un” una sensación de fracaso “no”, pero vamos, esto lo puedes manejar muy bien porque tienes que hacer una racionalización, tienes que echar a andar los... tus propios mecanismos de defensa y decir bueno pues no, no fallé, es el entorno, es el medio, es la familia, es un tipo rechazado, es un tipo que... que... que nunca le dieron el afecto, la atención, nunca lo encaminaron o simplemente porque le gusta o el alcohólico crónico que le gusta la droga y que no le interesa dejar la droga, bueno son pacientes que realmente no son pacientes comprometidos con el médico ni con su salud, si vienen aquí es porque era un requisito, porque se les sorprendió en la escuela, se le sorprendió en la familia, se les encontró el cigarro ó el *polvito*, el paciente “eh” adicto a drogas que viene el con la intención de mejorar si mejoran y mejoran en un porcentaje un alto allí el...el promedio de recaídas es muy bajo él viene convencido de que necesita la ayuda y que va a salir adelante yo creo que esos serian mis 2 puntos más estresantes de la carrera, del área.

**I:** ¿Usted considera que las relaciones, aquí, entre el personal de salud al interior de la unidad son cordiales o conflictivas?

**E:** La... la... la mayor parte de la gente que trabajamos aquí, excepto 3 o 4, ya son una... es como una familia, ya ... la mayor parte tenemos muchos años trabajando aquí y eso nos lleva a tener, obviamente como toda familia, una... pues algunos

problemillas por ahí, algunos malos entendidos pero en general la relación es estable, creo que la inestabilidad, la problemática mayor en esta ocasión es... la... las autoridades... puede ser que sea la... la dirección uno de los factores más importantes, pero yo creo que también uno de... un factor muy importante son... y obvio también un factor de estrés, es un grupo de gentes que cada sexenio vienen que se les asignó una oficina donde no saben qué hacer y entonces vienen a hacer una serie de modificaciones al programa, a las actividades que desarrollamos y cada vez nos ponen cosas "este" raras, extrañas "no", la mayor parte de éstas gentes no tienen conocimiento de cómo se maneja un paciente psiquiátrico ¡porque se les tiene que dar 40 minutos de atención o 30 minutos, hay que bajarle el tratamiento!, eso sí estresa un poco porque te aumenta mucho el...el...la actividad administrativa y le resta tiempo al paciente y esto va en deterioro de la calidad de atención que le das al paciente; pero volviendo al tema de la...de las relaciones interpersonales... así como nos podemos agredir en un momento dado por algún una situación, un mal entendido, entonces no podemos ser tan cordiales como siempre y tu lo has visto las ocasiones que nos hemos reunido para una actividad, algún festejo de fin de año, "este" el aniversario, pues es un grupo muy compacto, muy cordial, con sus excepciones, pero son extremadamente raras y la ...la dirección pues si se mantiene un poco al margen y también, y es obvio que muchas gentes tienen problemas porque a lo mejor se les concede el permiso, a lo mejor no se le dio "este" no seleccionaron una actividad que tenían que desarrollar en fin , entonces si hay fricciones un poco con la autoridad; dentro de los compañeros hay mucha cordialidad, hay muy buena empatía con la mayoría, yo diría que el 90% o más tenemos una muy buena relación, ya nos conocemos muy bien "no" después de 27 años de estar aquí ya sabemos quién es quien, como podemos platicar, que tema no debemos de tocar, que situaciones debemos de manejar con calma y pues ya nos conocemos mucho, muy íntimamente y "este" no solamente dentro de la buena relación que existe laboral si no ya externamente también, tenemos relaciones sociales... entonces voy a calificar como muy buena la...la actividad dentro del personal de aquí del centro.



**I:** Bueno yo de manera externa sin conocerlos me da la impresión de que si es cordial pero también que hay muchos como grupúsculos “no”, hay un grupo de psicólogas que siempre están juntas, van a comer juntas, la mayoría de los médicos, de los psiquiatras yo los he visto más compactos comparados con el demás personal o sea como que están un poco, yo diría segmentados, pero eso no quiere decir que sea conflictivo “no”

**E:** Si ...si definitivamente los médicos con los médicos, enfermeras con enfermeras, psicólogas con psicólogas y trabajadoras sociales con psi... eso se ve muy, muy “eh” obvio a la hora del almuerzo... las enfermeras bueno porque están en grupo porque no pueden dejar enfermería sola, “eh” psicología si se puede salir todo mundo, trabajo social, los médicos siempre se queda una de guardia pero en general “este” “eh” como es poco el tiempo para... para el almuerzo entonces se van por pequeños grupos, obviamente se van por grupos de acuerdo a la...a la actividad que están desarrollando pero a veces si combinamos a veces vamos a comer a desayunar con las psicólogas o con las trabajadoras sociales o nos vamos a dar la vuelta por ahí al mercadito los jueves, que por cierto hay unos tacos de moronga exquisitos en fin, pero si hay...hay ...hay ... hay grupos pequeños que se “eh” que tienen actividades y “eh” muy individuales muy estrictas... pero ya cuando hay una actividad global la mayor parte par... mayor número del personal participa en estas actividades.

**I:** ¿Alguna vez estuvo trabajando en un hospital aparte del psiquiátrico o solamente desempeño esa actividad por ejemplo en la residencia?

**E:** En la...en lo profesional solamente “este” ya en la...la carrera si las actividades en hospitales generales estuve 2 años en hospital general con una actividad si “este”... fuerte, una actividad que te dejaba totalmente desgastado pero es parte de la formación del médico.

I: ¿Qué servicio dentro del hospital me refiero al hospital psiquiátrico sería el que genera una situación más estresante según usted?

E: Yo creo que urgencias, urgencias ahí si es estresante porque tienes que manejar con mucho cuidado al paciente que vas a utilizar por primera vez, a veces tienes que pedir una información previa a la familia de...de porque me lo lleva, en qué condiciones está, porque allí el paciente en cualquier momento puede ser explosivo... "eh" agresivo, que no tolera mucho la...la... bueno primero que sean llevados a fuerza, porque no hay conciencia de enfermedad mental y puede en un momento tener un cuadro de agitación psicomotriz y tener una crisis de agresividad indiscriminada y te rompe la cara "no", ahí si es especialmente en urgencias cuando recibes al paciente que no conoces "eh" y tienes que manejarlo con mucho cuidado; a mí me toco una vez por ejemplo "eh" llego un paciente y traía una pistola, un paciente psicótico, psicótico, delirante, alucinado, con grados de conducta y con un arma "eh" ya fui y lo reporte pero no podíamos sacarlo del hospital entonces llego un médico ya de experiencia, llego con un baumanometro, le avisó al paciente que le iba a tomar la presión arterial, el paciente colaboró muy bien "este" no vio ningún peligro, y cuando estaba tomando la presión arterial en un momento le sacó la pistola, para esto ya estaban algunas, no te digo un guardia de seguridad en esa época entonces "este" a veces entre los mismos compañeros apoyábamos y bueno le dimos atención al paciente para controlarlo en lo que la enfermera lo inyectaba, pero por el riesgo que representa el paciente desconocido, el paciente psicótico agudo, el servicio de urgencias es el...si es muy estresante... al principio porque ya después "este" como que reconoces fácilmente al paciente que puede dar problemas y tomar tus precauciones para evitar algún desaguisado "no" alguna agresión pero si a...a...a algunos agredidos allí en el hospital, a un compañero mío le aventaron la máquina de escribir en la cabeza, que por suerte no...no le golpeó pero de ese tipo de agresiones si recibimos yo creo que todos en algún momento dado "no", todos fuimos agredidos en esa forma pero salimos a delante todos, nunca sufrimos una lesión de consideración... en los pisos también "este" en el...un hospital psiquiátrico

también tienes que tomar tus precauciones por los pacientes nuevos especialmente, los pacientes ya conocidos los puedes manejar muy bien, platicas con ellos, los interrogas vas viendo la evolución de cada uno de los pacientes, pero los nuevos si hay que tener precaución porque como no están controlados no hay rejas, no hay pacientes amarrados, sujetados, los sujetas químicamente con medicamentos y esos son los pacientes que debemos de manejar con mucho cuidado, ahí tenías los factores estresantes del hospital... especialmente por la facilidad con que estás...puedes ser objeto de agresión estás muy expuesto.

**I:** Tengo un amigo que está haciendo la sub especialidad allá en el Fray y el dice que tiene el record de haber quitado la mayor cantidad de armas y me ha contado muchas experiencias “no” como estas cosas que me dice de una viejita, una señora mayor y que la llevó la familia porque había balaceado a una de las hijas o algo así y que al doctor le dijo sabes que te salvaste “no” me caías bien pero te iba a balacear bueno unas experiencias así.

**E:** Yo tuve una experiencia semejante con un... con un “este” con un paciente... y “este” me dijo ¡oye doctor me caíste bien me...me...me gusto como me atendiste por lo tanto antes de subirme a piso te doy este! me sacó una varilla con una punta... y en ese momento se me aflojaron los calcetines, el susto fue...fue mayúsculo, eso te habla del peligro que puede representar un paciente en urgencias, no solamente en el hospital yo estuve en Netzahualcóyotl y allá llegaron muchos pacientes heridos “este” alcoholizados o drogados que también se ponían con cuadro de agitación psicomotriz y muchas veces llegaron armados especialmente en Acapulco yo “eh” bueno, fuimos balaceados “eh” ... un paciente que llegó alcoholizado llegó muy, muy, intoxicado con alcohol y... pues se le dio la atención, se le pusieron soluciones “eh” se mejoró su estado de ebriedad y cuando mejoró su estado de ebriedad empezó a...a echar disparates entonces se le llamo la atención sacó la pistola y aventó un par de balazos “no” no...no hubo lesionados “no” pero si el susto fue mayúsculo... a dos pasos ya estaba del otro lado yo del hospital.

I: ¿Doctor y que hace usted para liberar el estrés?

E: Muchas actividades, desde muy pequeño práctico artes marciales *tai chi chuan*, *wushu*, *tai chi ko*, *kung fu* “este” me gusta mucho la artesanía oriental es muy relajante “este” tengo *bonsáis* y me dedicó a...a cuidarlos, a mimarlos, a que...no, no, les hago demasiado porque los dejo un tiempo...son muy silvestres, pues si cuando crecen realmente de más hay que podarlos, hay que quitarle algunas cosillas por ahí, cuidar de que no haya “eh” insectos dañinos en fin, yo tenía como 140 pero mi hija tuvo un accidente y fue muy grave una situación de crisis y los descuide, entonces se secaron la mayor parte, me quedaron 18 y esos 18 son los que me...si me dedico un buen rato a ellos, esos serian mis puntos de distracción, obviamente la familia “no” la familia es muy relajante mis hijos van bien en la escuela, uno ya esta titulado el otro se titula “este” a final de este año académico, la...la chica pues ya va muy bien, tiene excelente promedio, también ella está estudiando psicología, entonces ver...ver... todo eso “eh” esa “eh” evolución de mis hijos que van bien, que son muchachos que han aprovechado lo que se les ha dado, es muy gratificante, tener una esposa que a veces se aguanta el hambre hasta las 4 de la tarde que llego a tu casa y “este” si para comer juntos, si exactamente o de ahí nos vamos a comer ya los hijos como son mayores ya cada quien toma su rumbo y pocas veces estamos en... en compañía pero “eh” promovemos que haya comidas regularmente “no”, una vez al mes nos salimos a comer por ahí y eso es muy gratificante y pues la música... que la música que debería ser muy relajante para mí sería, bueno para muchos seria la música clásica, para mí el rock and roll, el blues, es mi relajante principal y el cine cuando se puede, algunas series de actividades “no” vamos a los museos que hay de...te puedo contar 15 museos de...del metro de hidalgo a...a el último museo que es el de José Luis Cuevas en ese inter hay 20 museos que puedes visitar, viajar también es un *hobbie*, no se puede “este” viajar muy frecuentemente pero los relajante principales son mi familia, mis árboles y mis actividades que desarrollo con, con mis hermanos también tenemos un pequeño negocio, nos va bien y todos

colaboramos en una forma armónica, algunos pleitecillos por ahí de vez en cuando, pero generalmente hay mucha armonía, entonces “este” primero no me estreso, procuro no estresarme, cuando me estreso procuro relajarme con...con ese tipo de actividades... ahora la práctica del *wushu* es muy...muy relajante o el *tai chi chuan* también es muy relajante, se conoce mejor como *tai chi* “sí” son ejercicios de...nada de violentos, no soy golpes, son ejercicios, “no” el *lima lama* también es un arte marcial, “no” el *wushu* es una serie de ejercicios de actividades, más que nada dinámicas de tu cuerpo, no es violencia, no es golpe, no es nada, son ejercicios de...que te producen energía, la captación del...del, de la energía universal.

I: Esto no está en el cuestionario pero le preguntaría ¿Usted conoce los temazcales doctor?

E: Si allá por el estado de México hay algunos lugares que son “este” “eh” hoteles...hoteles tres estrellas porque hay un *temazcal* y hacen todo el ritual allí y te ponen en medio de... de un lugar...en fin, si eso es muy relajante como puede ser muy relajante yo... mira cuando estoy muy estresado, o estoy muy enojado o no puede dormir, no tomo, no bebo no...no me gusta el alcohol, así me tomo una cerveza de un solo trago y eso me relaja pero magníficamente, me relaja me tranquiliza y en la noche, cuando me la tomo de esa forma, me produce un rico sueño, rápido me voy a dormir, ahora del alcohol me gusta el sabor pero no me gusta el efecto... me gusta y... y... entonces yo tomo muy poco porque no me gusta marearme pero si me gusta disfrutar desde un mezcal un buen aguardiente hasta un buen coñac pasando por todas las bebidas que tú quieras... pero si mi... el consumo de alcohol es muy ... muy leve... pero muy disfrutable.

I: Bueno le decía lo del temazcal eso ya es tema de otra conversación pero yo más bien mi actividad profesional la he hecho más con curanderos que con médicos entonces yo conozco temazcales en prácticamente todo el país bueno es una experiencia creo que muy relajante, por eso le comentaba y depende de los

lugares, del contexto, yo creo como cualquier consulta médica “no” depende del especialista, depende la enfermedad, la motivación pero muchas veces son curativos y son diferentes solamente desestresante “no”, relajante.

**E:** Si porque yo estuve en un lugar en el Estado de México no recuerdo como se llama no me...no me puedo acordar que el *temazcal* es un ritual y te inducen al *temazcal*, te hacen una plática, te...te ponen un... como un pequeño “eh” lugar con flores, no propiamente florero si no flores aromáticas, yerbas aromáticas “este” hay unciones, todo el ritual es muy rico, interesante pero definitivamente estar dentro de un *temazcal* es rico... antiguamente hace muchos, muchos, años acostumbrábamos el vapor, los baños de vapor que eran comunitarios hace muchísimos años que ya... ya no existen pero también era muy rico “no” meterte al turco, por ejemplo, ahí quedabas bien deshidratado pero muy relajado.

**I:** Doctor usted ¿Cree que sea común que los médicos sean muy cautelosos con el uso de por ejemplo opiáceos para manejar el dolor, no estoy hablando en el caso particular de psiquiatría si no en general los médicos por ejemplo oncólogos?

**E:** Si mira los angiólogos que son especialistas en dolor son los que manejan más este tipo de medicamentos... aquí no los usamos porque no tenían ninguna indicación, ninguno de los *opiáceos* ni sus derivados pero si se maneja con mucho cuidado tiene que llevar una receta especial, no con cualquier receta, te...te surten el medicamento, hay farmacias especiales también para que surtan estos medicamentos... “eh”, si hay un muy, muy, buen control pero si te vas a Tepito, te vas a Iztapalapa los pacientes mismos... te informan como... como consiguen... “este” *opiáceos* “no”.

**I:** Bueno le pregunto esto obviamente porque es parte del tema pero le he comentado que doy clase aquí en la escuela de medicina del poli, platico con los chavos “no”, los papás de algunos son médicos y tienen farmacias entonces allí hay un manejo, yo diría, poco adecuado los chavos pues extraen algunos

medicamentos para poder estudiar, para no dormirse cuando tienen exámenes o algunos incluso para venderlos o sea, allí hay un manejo pues poco....

**E:** Si la “eh” estos medicamentos que se utilizan para no dormir para supuestamente estar más activos y...y tener una alerta, hacían aprender más supuestamente, no ...no son *opiáceos* son “este” *fenidatos* y el *metilfenidato* y sus derivados, las *tachas* por ejemplo, “este”, son muy socorrido dentro de la...dentro de los jóvenes, entonces curiosamente no usan tanto los medicamentos por prescripción si no se van más al... al...al... a la... al mercado negro y entonces hay el... el... el *speed* el...el... inclusive el *Red Bull* y ese tipo de cosas pueden utilizar combinados con *tachas* y es lo que acelera a los jóvenes, este es muy usado... tengo amigos que son urgenciólogos, por ejemplo, me estaban platicando, “no”, están llegando muchos chamacos jóvenes entre los 12 y los 20, 25 años a urgencias con crisis graves de ansiedad... producida por “este” la...la “este” el...el...el estimulante doble, el medicamento o la *tacha* o la droga combinado con *Red Bull* o con... no me acuerdo como se llaman las otras marcas las bebidas energizantes que tienen *taurina* y que tienen algunos “este” una gran cantidad de cafeína, la combinación es delicada y el consumo entre los jóvenes es muy, muy, frecuente.

**I:** Le voy a contar “este”, ayer les envié a mis alumnos un cuestionario muy semejante a este, por cierto, pero adaptado para estudiantes entonces ya le contare los resultados tengo 35 alumnos, le contare, digo para que vea, veamos la comparación un poco de cómo...lo que el otro día platicábamos “no” también que me decía “bueno cuando yo era estudiante pues era otra cosa “no” y ahora cada vez hay mayor consumo y a edades más tempranas “no”

**E:** Definitivamente, definitivamente... “eh”... el... el mercado era poco accesible para un estudiante, por ejemplo ¿Quién fumaba *marihuana*? Pues fumaba *marihuana* la gente de...los ladrones, los criminales, ese tipo de gente, fumaba *marihuana* ¿Quién era? los que asaltaban o...o. “este” o gente... gente mala en

general “no”... a raíz de lo del movimiento *hippie*, del movimiento sesentero con todos los cambios se popularizó mucho la *marihuana* y empezó a consumirse por todos lados... lo vi en las drogas como el *LSD* que también empezó a tener mucho auge, el tenerla en las manos y... y decir ¿la consumo o no la consumo? Yo tuve una adicción al tabaco desde muy joven desde los 12, 13 años y...y pienso bueno si yo me hice adicto fácilmente al tabaco, bueno mi papá fumaba, entiende por ahí “este” no a lo mejor esto me va a gustar, mejor no le entro, si fue una... a pesar de que yo estaba joven entre 16, 17 años, empecé cuando iba hacia a la prepa pero además yo llevo ya la... carga de haber estudiado en una escuela *Lasallista* la primaria y la secundaria becado , “este” ya vas preparado para... para el rechazo “no” y la familia también el rechazo de ese tipo de cosas “este” pero si las tuve en las manos las *anfetaminas*, las *bencedrinas* , los *ciclopales*, ya no existen ellos, la *marihuana*, el *LSD* , los *ácidos*, pero no nunca me llamó la atención consumirlos, miedo, yo creo que fue miedo a...a...adquirir la adicción, entonces, pero ahora la ....

I: La conciencia de riesgo ¿no?

E: Si pero eso ya fue a partir del 67 con la...con el movimiento *hippie* en, en... su esplendor el consumo de *marihuana* que fue mundial y luego ya vino la... el *LSD*, que el laboratorio empezó a experimentar con pacientes psiquiátricos y no pues complicaba mas el problema pero de ahí paso a... a publicitarse por todos lados, en medios de comunicación que en Inglaterra se consumía mucho el...el *LSD* y la misma “este” “eh” necesidad de búsqueda y la curiosidad que lleva a uno a buscar el *LSD*, luego te vendían aquí porque veían que nunca te hacía nada compraban algunos amigos y no, jamás viajaron, ”este”... ahora... bueno eso era ya a finales de la prepa dentro de la prepa “este” que te diré muy por arriba de los 16, 17 años tomando en cuenta que entrabamos a...a... a primero a los 7, 8 años no como ahora que entras a los 6 entonces a la prepa entrabas a los 16, 17 años... y...y ese era más o menos el...el... la edad de inicio de consumo de algunas cosas, años un poco.. unos años después vino lo del *cemento*, *activo* y ese tipo de



drogas, pero el consumo de iniciaba entre los 17, 18 años, ahora los chavitos de 12, 13 años de...recién salidos de primaria o recién ingresados a secundaria que ya consumen *drogas* “no” y es muy socorrido, desgraciadamente es muy socorrido, “este” porque son de verdad dañinas el...los *solventes* y ya un poquito más después la *marihuana*... y las *anfetaminas*, que es también en ese orden de consumo, hace que será hace unos 12, 15 años comenzaron a haber los *rave* que son unas fiestas que duran 24-48 hrs., entonces “este” consumen muchas *anfetaminas*... y...y la combinan con bebidas energéticas..., tienen que tomar una gran cantidad de agua para evitar la deshidratación entonces consumen mucha agua... pero son *drogas socializadoras* “fíjate” principalmente las *anfetaminas* son *drogas socializadoras*, es tanta la actividad que no importa con quien estés a un lado lo importante es estar activo y platicar, y menearse y bailar... “eh” no los justifico, de ninguna manera, nunca he justificado ninguna *droga*... “este” eso con respecto a... a... este tipo de...a esta línea de *drogas* que no tienen nada que ver con los... con los “este” con la *morfina*, la *cocaína*, los *opiáceos* en general, que yo en si insisto “este” son *drogas* que puedes conseguir en el mercado negro pero no son tan solicitadas “fíjate” igual que... que el *rivotril* o el *robinul* que estuvo mucho de moda pues era para dormirse te atontabas, te quedabas dormido... digo que obviamente que no tenía ningún chiste tomar este tipo de *drogas*, entonces empezó a tener una ...una “eh” “eh” elevación en el índice de...de consumo de *drogas*, las *anfetaminas*, las *anfetaminas* siempre han sido muy socorridas, desde que tengo uso de razón académico he conocido gente que consume *anfetaminas* para “no” estudiar todo... en aquel tiempo todo el año para en una semana, 7 días poner en riesgo tu salud y no dormir para estudiar para tus examen “no”, no dormías presentabas el examen y el efecto te continuaba ya dormías un poco y te preparas para el siguiente examen, si era desgastante “no”, sabemos que uno de los “este” medicamentos que pueden... bueno de sustancias que pueden producir un cuadro tipo *esquizofrenia* principalmente las *anfetaminas* “eh” “este” principalmente las *anfetaminas* que son preparadas en el mercado negro que son más dañinas que las que son “eh” fármacos propiamente, se aplican muy bien son excelentes por que dan excelente

resultado, pacientes con *TDA* evolucionan fabulosamente con *anfetaminas*... y... bueno hay gente, jóvenes que se tomaban su *tacha* para acelerarse y resulta que se controlaban muy bien “no”, se desaceleraban (risas) los que tienen un problema de *TDA* que nunca supieron que tenían su *TDA*.

I: Hay un doctor uruguayo que escribe un artículo donde dice que es muy alto el consumo de psicoactivos en psiquiatras por lo menos en Uruguay, también... también entre las especialidades que el estudia pues están los anestesiólogos “no” entonces la pregunta es digo de manera general ¿Cómo? ¿Cuál cree usted que sea la causa? En ese caso en particular “no” que pudiera...

E: Lo que yo sé que aquí en México es que los principales consumidores de... de *psicotrópicos* son los “eh” odontólogos... en segundo lugar son los cirujanos en cualquiera de sus ramas cualquiera de sus especialidades y a veces los pediatras... dentro de los dentistas hay el más alto índice de suicidios, por ejemplo, que no se da mucho en psiquiatras, si de da pero el porcentaje es mucho menor... dentro del medio “eh” ...yo no tengo noticias de que algunos de mis compañeros ingieran *psicotrópicos*... si tenemos algunos familiares que “eh” por situaciones especiales se les maneja medicamentos inclusive intercambiamos medicamentos aquí, pero que alguien los utilice para consumirlos hasta donde yo sé no, hay poco... poca investigación al respecto en...en la bibliografía mexicana... que nos pueda orientar a ver cuál es el índice de consumo de... de *fármacos* en psiquiatras ahí si no te se responder, te podría decir del medio, el medio que yo conozco “no”, no tengo ningún dato de que alguien tome medicamentos, sabíamos de alguien “no” y que termino muy mal pero seguía siendo un caso muy conocido además no es psiquiatra... el abusó de fármacos por una enfermedad física que le llevo a consumir “eh” medicamentos “este” pues ya de tipo *morfínicos* ... por dolor pero que producen adormecimiento entonces para evitar el dolor se tomaba otro medicamento que para...para...el *metilfenidato* para activarse, hizo varias combinaciones que lo llevaron a una *psicosis*, está internado, está hospitalizado, pero a lo largo de toda mi experiencia en este centro

que he compartido con los psiquiatras no...no tengo conocimiento de alguien que los consuma.

**I:** Bueno, antes de continuar quiero explicarle que yo no estoy prejuiciando de entrada... antes, o sea antes si lo que por ejemplo lo me dice este caso de este doctor pues algo que ahorita es algo más que evidente pero también yo también entiendo que no es psiquiatra, entonces como que eso que me dijo uno de sus colegas “es que cuando te están formando si te dan elementos como para proteger tu personalidad para no hacer en muchas cosas” por ejemplo, habla él de su experiencia “no”.

**E:** No, no es verdad, nunca nos preparan para ese tipo de...de...de problemas de la medicina, cuando hace uno una especialidad desde el primer momento te ponen en contacto con el paciente y te ponen en manos de residentes que tienen un poco más de experiencia... y para entrar a la especialidad además de pasar el examen nos hacen una entrevistas y ven si contamos con...con la calidad humana, intelectual “eh” de conocimientos, de personalidad para poder ingresar a la carrera pero de ahí a que nos den “eh” formas para resistir embates de los pro... problemas psiquiátricos no es cierto, cada quien habla por su cuenta, yo estuve en psicoanálisis dos años y pues por mi cuenta, nunca tuvimos un área en donde “dijera y vamos a utilizar este tipo de herramientas para tener una mejor consistencia, una personalidad más fuerte, una personalidad con más firmeza para” desde el principios tienes que tener una barrera muy intencionada de ¿Qué es el paciente? De ¿Cómo es la problemática del paciente? Que es tu problemática, ver la mía, que algún momento alguien llegue con una problemática como la que yo tengo en este momento y me mueve cosas, si es cierto, pero tiene que estar preparado para esto y hacer una independencia total, el paciente es el paciente, tienes que darle la atención independientemente que este moviendo o no cosas y ya en tu momento si no... si te das cuenta de que te movió demasiadas cosas estas inquieto, intranquilo tienes que ir con tu... con tu... asesor para que lo... lo comenten “no”, ya no estoy propiamente en psicoterapia pero tengo un

asesor y “este” y lo llevo a asesoría en un momento dado... pero “eh” yo creo que he ido como un par de veces realmente no...no “este”... a través del tiempo vas empezando a...a...hacer la diferenciación entre la...la patología de un paciente independientemente de cuál sea si es leve, moderada, severa, si es un problema de personalidad, un problema neurótico, es un problema “eh” de una pérdida total y...y que tiene que adaptarse a la pérdida o es una psicosis “no”... pero son padecimientos, yo que soy médico internista llega un paciente con hipertensión o con una cardiopatía no voy a tratar la cardiopatía ni la hipertensión “no”, dentro de la medicina psiquiátrica así es y...y yo soy hipertenso y no me va a mover nada que yo trate de un hipertenso ¿verdad? Y así vamos a tener la patología, una...una gama de patologías impresionantes que no vamos a adquirir porque somos médicos y la... la psiquiatría somos médicos, somos médicos a...a... que manejamos emociones es cierto, pero manejamos situaciones en fin, pero que realmente no nos “eh” no nos perjudica en absolutamente nada, al menos que tengas conflictos muy graves “no” y si se dan que tengas conflictos muy graves y que el hecho de confrontarte con un paciente o...o no... o no.. “este” marcar tus límites, con las emociones, de la paciente seductora, que te atrae, que está “buenota”, que está bonita y que te esta “este” seduciendo, tienes patrones de conducta ya muy bien establecidos que nos “este” nos limita en ese aspecto “no” hay que tener mucho respeto por la profesión, hay que tener mucho respeto por el consultorio y mucho respeto, mucho respeto por el paciente... vienen muchas mujeres que son maltratadas, que son llevadas a la sumisión, que son... que viven solas, bueno viven en familia pero son mujeres totalmente solas y aquí el hecho de que le des la palabra, que le des atención que tenga ese contacto verbal contigo “este” hay muchas... frecuentemente hay un pseudo enamoramiento, entonces cuando te empieza a florear tienes que empezar a trabajar esos aspectos... bueno por ahí alguien sé que aprovecha de las circunstancias para... para tener inclusive sexo con una paciente “no”, es cuestión de personalidades, es cuestión de... de conciencia, es cuestión de ética, es cuestión de formación, yo creo que desde tu niñez, también interviene todo la...la... la calidad de... de la educación que te den desde pequeño y además tus propios “este” intereses, por

su supuesto no te puedes involucrar con un paciente absolutamente nunca... es involucrarte con alguien que te está seduciendo, es que esta.. tiene un problema que se llama histeria y si te pones a tener una relación con ella te expones a una gran cantidad de problemas y de conflictos y que te van a llevar... te pueden llevar hasta... hasta problemas personales, familiares, entonces no te puedes involucrar con alguien que tiene una enfermedad que tiene una... una patología bien identificada y te seduce y hay pacientes muy guapas y muy... muy bonitas figuras, cuerpos, pero que tienen su patología y sabes perfectamente que si te involucras con una gente de ese tipo te va a ocasionar problemas y pueden ser problemas muy graves pues entonces eso ya sería otro tipo de razonamiento “no”, pero vamos, estamos preparados para ese tipo de cosas, a la mejor allá en los tiempos de la residencia al menos nos estimulaba un poco “no” pero no nunca paso de... de pensamiento nunca paso a algún... algún hecho... “eh” “eh” entonces es cuestión de personalidad, es cuestión de carácter, es cuestión de información, es cuestión de educación, es cuestión de... de cómo manejes tus principios morales en fin, todavía tienes que muchas cosas para poder... definir exactamente lo que la paciente necesita, lo que la paciente requiere, lo que tú le puedas brindar, sin ir más allá de la mesa “no” del escritorio.

I: ¿Para usted es fácil el acceso a los medicamentos?

E: Si, por supuesto, por supuesto tenemos aquí acceso a los medicamentos nos traen muestras médicas, no de los medicamentos que... yo no entiendo, bueno si entiendo y se por qué pero muchas veces el hecho de consumir un *benzodiazepinico* es para dormir y uno lo que no quiere en esta vida es dormir tiene que disfrutarla, disfrutar esta noche y todos los cambios que...que se celebran en tu cuerpo o la obscuridad que te producen el sueño pero eso de tomar algún medicamento para andar somnoliento durante el día pues yo no, tiene su indicación y tiene una única indicación muy específica y tenemos acceso a una gran cantidad de medicamentos puedes tu hacer tus recetas, ir a la farmacia y tus o...o mandar a Enrique... a quique... el muchacho de aquí y que vaya a la

primera farmacia que encuentre y que te surta el medicamento y puede ser “este” *benzodiazepínicos* para ponerte *topi, lepi*, somnoliento puede ser “este” lo que tú quieras “no” benzo... “este” el *metilfenidato* que... que te vuelve activo, inquieto, bueno tampoco, la única sensación, puedes andar inquieto mejor me tomo una taza de café y...y me despierta pero en cuestión de...de acceso a medicamento tenemos toda inclusive a *morfínicos* también recetas especiales porque no tenemos recetas para...para opiá... para medicamentos de ese tipo de... de rango pero solo a los derivados si tenemos acceso y puedes encontrar tu receta y “este” te la puedes surtir fácilmente entonces el acceso a medicamentos tienes toda una gama excepto “este” controlados de...no me acuerdo como se llaman estos... bueno “eh” de cierta...cierta área de medicamentos que necesitas una receta especial para surtirlos “no”, *morfina, heroína*, este tipo de medicamentos.

I: Algo así me estaba comentando el jefe de enseñanza que me dice “pues si el acceso es libre” “no” pero de ahí

E: Pero no nada más nosotros cualquier médico que tenga alguna receta tiene acceso a todo tipo de medicamentos.

I: ¿Ustedes los psiquiatras como valoran el alto consumo de psicoactivos, de psicofármacos? en general, no me refiero como usted dice pues no al consumo que pueda tener algún compañero o algún otro médico si no en general.

E: Es una “eh” entidad nosológica muy “este” es multifactorial “eh” la yo en los últimos 10 años... más o menos a...a... a partir de mil... del 2004- 2005...yo creo que ese año de 2004-2005 más o menos en un promedio de 12 meses vi tal cantidad de...de adictos... que no había visto en todo mi historial “eh” profesional “si” a partir del 2002- 2003 empezó a incrementarse y aquí empezaron a llegar adictos a partir del 2003- 2004, pero entre el 2004 y el 2005 llegaron tantos que dije “jamás he visto tantos en tan poco tiempo más que en toda mi vida profesional” ... bueno desde la familia disintegrada, o la familia que vive en

conjunto pero hay violencia intrafamiliar, donde el padre es alcohólico o es adicto, “eh” “eh” el maltrato del menor, el maltrato del adolescente, “eh” el que no den los padres una imagen sana, donde el niño pueda reflejarse, aprender, el niño es una esponja que está aprendiendo todo lo que tiene a su alrededor, especialmente de los mas importante que son sus padres, si no das una...una imagen sana el niño va a tomar todos sus defectos y en un momento dado si mi papá es alcohólico, toma alcohol y mi papá es *superman*, es lo máximo bueno pues yo también lo puedo hacer en determinado momento y el alcohol puede presentarse a los 12 años a los 18 a los 21... “eh” yo creo que sería parte de la “eh” importante de la creación de la adicción, otra es la experiencia y quedarte no solamente en la experiencia si no quedarte en ya en la... en el consumo constante y eso es muy frecuente por eso los que se dedican a la venta de drogas es irse sobre el adolescente, sobre el niño se secundaria o el niño que está en quinto o sexto de primaria porque es el que puede ser un...un potencial consumidor de *drogas* y...y hacerlo dependiente “no” es al que le voy a surtir la *droga*... en... en la adolescencia pues vivimos en la tinado... la tina es parte de la esencia del adolescente que está adoleciendo de cambios estructurales de...de... de la... de la brecha generacional “este” el “eh” el...la apertura hacia una nueva forma de vida, el incremento de las hormonas y todas estas cosas que suceden el adolescente y...y buscan estar constantemente experimentando situaciones y dentro de esta gama de experimentaciones y situaciones porque entras nuevamente... inicialmente entra ya a la situación de la búsqueda del afecto del sexo opuesto, de tener la novia, pues tener algo para invitarle, tener... en fin aparte de toda esta serie de experimentos que está llevando el adolescente también puede ser caer en la *droga*, pero ahí ya no tiene la formación “eh” hablan de nuestra educación pública en el precio no en el desastre, no hay una formación de los maestros adecuada para poder transmitir la información de...preventiva contra las *drogas*, el maestro puede saber muchísimo pero no está preparado no le interesa el alumnado y entonces no hay una “eh” “eh” información adecuada con respecto a...a las *drogas*, a veces los papás ponemos el tabú de la drogas y no queremos hablar de eso porque a lo mejor si yo hablo de eso a lo mejor estoy impulsando a

que consuma *drogas*, entonces tenemos todavía esa serie de tabúes incluyendo el del sexo que es el que menos se habla dentro de la familia “eh”... caracteres con problemas... problemas acontecidos en la infancia o en la pre adolescencia que te llevan a tener alteraciones de carácter, alteraciones de iniciativa de la personalidad donde eres inseguro, donde eres tímido, donde no te puedes involucrar con las muchachas inclusive con...con los compañeros entonces el alcohol por ejemplo puede ser un buen socializador lo que se usa mucho es la...las *tachas* que es un derivado del *metilfenidato* que son *drogassocializadoras* y hay mucha soledad entre los muchachos, porque ya no le da la atención del padre, ya no juegan con ellos no tienen actividades deportivas o por lo menos caminatas en fin , en su casa los ponen a comer y hacer la tarea, comer y hacer otra cosa y a comer como una forma de... de disminuir la ansiedad o la misma... lo mismo acondicionamiento familiar que ... que te lleva a tener una... una sensación de... de inquietud que no sabes cómo manejar entonces lo hace por medio de la comida empieza a comer de forma desordenada totalmente... y... y estas todas estas características son muy propicias para...para la.. el consumo de la experiencia de la *droga* y el quedarte ya en el consumo “eh” crónico de la *droga* y también las situaciones políticas del país, la falta de empleo, es decir que estas visualizando dentro de tu futuro cuando ya empiezas a ser “eh” adulto joven, ya estás por ingresar a ser adulto joven... estás en la preparatoria que...que... qué ves en frente de ti como panorama de vida “no” y es un desastre, no, no hay modelo “este” “eh”... hay muchos profesionales que están teniendo actividades totalmente ajenas a estas “eh” ingenieros que son taxistas o que hay muchos comerciantes que son veterinarios, médicos en fin hay de todo, entonces muchas veces eso “eh” te lleva también a buscar ciertas alternativas y otro...otro también es la socialización con...con el grupo de la *droga* ”no” si “eh” dentro de mi entorno siempre hay cierto grupo deportivo a lo mejor y por el otro lado está el grupo de la *droga*, cuando tienes problemas de personalidad, cuando tienes problemas de timidez, que te cuesta relacionarte, esta gente te acepta fácilmente y te abriga y te cobija pero también “este” te invita al consumo para que estén al parejo... y “eh” son gente bien aceptada que recibe afecto, que recibe atención que.. que “este”



que ya es miembro de la pandilla del *gang* y... y es su refugio social “no” porque ahí se siente bien, se siente aceptado, lo que no siente dentro de la familia y como esa hay otras causas más pero es multifactorial “no” no tiene una... una génesis específica.

I: ¿Y usted considera que hay una diferencia entre este consumo de psicoactivos por prescripción médica y uno patológico?

E: Tienes que tener mucho cuidado con los medicamentos, sabes perfectamente... tienes que saber cuáles son los medicamentos que pueden causar una *adicción* y... y... y ya tienes tu “eh” al momento farmacológico bien definido todo este tipos de medicamentos... por ejemplo los *benzodiazepínicos* es muy común la *adicción* y podemos en serio “eh” llevar a un paciente a la *adicción* si no podemos manejar el medicamento, el medicamento no debe usarse por más de tres meses, debes de tener un programa bien específico, tienes que llevar inclusive un control de cuantas tabletas estás dando, para cuanto tiempo y cuando va a venir a consulta y cuando va a venir por medicamento la siguiente vez, precisamente para evitar que haya *consumo*... por ejemplo el *clonazepam*, el *domino* era en su momento la reina famosa, se consumía por todos lados y que era un medicamento que hizo muy rico al laboratorio porque dentro del mercado negro era muy fácil adquirirlo y a los chamacos les encantaba “no”, hace rato hablábamos de la... del acceso al... al medicamento controlado “no” yo he vivido experiencias aquí de... de... de personas que son traídas por sus familiares porque están consumiendo *clonazepam* por ejemplo de 2 mg 14-15 pastillas diarias y que ya no les hacía efecto, obviamente el cuerpo se adapta al medicamento y cada vez se necesita una dosis mayor para poder tener el efecto y estas gentes como consiguen una caja cada 2 días de medicamento tienen... tienen que tener poder económico o roban...o ...o dentro de la misma casa cogen objetos y las van y los “este” los empeñan o los venden para tener dinero... es muy fácil ir a una imprenta y sacar un... un recetario no hay ningún contrario al respecto entonces no solamente el médico tiene acceso al... al medicamento toda cualquier persona que sea “eh” un

poquito lista y vaya con un... con una... a una imprenta, a lo mejor tienes que darle una mordida para que hagan un recetario, esta señora ya... ya era una señora grande sesenta y tantos años tenía ya varios años haciendo eso, ella se hacía sus recetas y ella se surtía en diferentes farmacias y “este” un día fue sorprendida por los hijos y entonces ya porque se ponía... compraba ya frascos de 100.. de 100 “este” tabletas y se dividía entonces “este” se tomaba 15 diarias y pues ya más o menos veía para cuando tenía que ir a comprar otro, entonces se dieron cuenta que tenía un montón de frasquitos ahí y que consumía en grandes cantidades, le prohibieron, obviamente la paciente cayó en una situación grave de crisis porque le suspendieron el medicamento bruscamente, esa paciente sigue tomando *clonazepam* pero está tomando media tableta en la mañana y media en la noche, trabajas durante meses haciendo una reducción progresiva de cuartito por cuartito le cambias a punto cinco tiene que tomar 20 tabletas de punto cinco y luego 19. 18 es... es fácil “no” hacer un...un programa de ese tipo “eh” “eh” a veces se nos va de las manos el tiempo, el espacio o no estamos en el ánimo, no estamos en la situación, o el paciente esta quejumbroso , a pues tómesese su rivotril, tómesese su *clonazepam*, tómesese su... lo que tú quieras *clonazepam* y sus derivados... y ... y el paciente pues está tomando su tranquilizante y pues se siente medio atontado pero es funcional en fin, y ya cuando quiere retirar el medicamento ya no se puede le cuesta mucho trabajo entonces tienes que hacer la reducción muy, muy, específica del medicamento hasta suspenderlo definitivamente pero antes que nada tienes que tener la concientización de...de que vas a dar un medicamento y que tienes que tener cuidados y precauciones para “este” cuidar que el paciente no se acostumbre al medicamento y en cuanto el medicamento empieza a...a surtir menos efecto suspenderlo y “este” y trabajar más aspectos de ejercicio físico, de... de ejercicios respiratorios en fin, control un poquito de la ansiedad por otros medios hasta la bolsita “no” para...para los que hiperventilan, tienen su bolsita inhalando ya se calman “no” “este” pero yo creo que es más alto el consumo por no prescripción que por prescripción, ahora “este” yo veo, por ejemplo, gente que viene del seguro o del ISSSTE que viene al psiquiatra cada año, cada 8 meses entonces el psiquiatra manda *diazepam* para

un año entonces el médico general, el médico familiar perdón tiene que estar “este” obedeciendo las órdenes del especialista y cada mes va por su medicamento y tiene que tomar ese patrón durante un año, obviamente ahí caes más fácilmente en ese tipo de *adicción* por una prescripción .. por un mal manejo farmacológico del médico, pero si cuando llegan aquí los pacientes que abusan del medicamento es porque “este” alguien se los recomendó el vecino, la chava, el compañero le empezaron a dar medicamentos, pero he tenido como 4-5 pacientes que usan recetarios personales con su nombre y su dirección y todo, se hacen sus recetas, yo no sé si hay alguna ley que... que prohíba esto yo podría suponer nunca me he informado pero “este” en cualquier, en cualquier empleo no te pueden hacer tu... tu recetario.

I: Bueno ya estamos ahora si en el final aunque esto también ya me lo conto el otro día pero pues se lo vuelvo a preguntar ¿alguna vez ha consumido usted algún psicoactivo?

E: Cuando yo estaba en internado, el internado fue un... muy traumático, porque estás acostumbrado como estudiante a tener supervisión, algún médico especialista que este orientando o residentes que estén orientando o...o residentes que estás viendo como están trabajando, el ... el llegar a un hospital de concentración, un hospital general y yo ser el jefe de urgencias y yo pensé que era una broma “no”, yo era jefe de urgencias esa noche y a la siguiente noche iba a ser mi compañero ... “eh”... con la poca experiencia que tienes en el manejo ya personal, individual de poder atender un paciente, hacer un diagnóstico, una atención en fin “eh” no tener a lo mejor en ese momento te bloqueas “eh” “este”... se te olvida la medicina por completo y dices “bueno carajo que hice esto cinco años, cuatro años de...de carrera universitaria, donde estuve, yo no sé nada de medicina” a la hora que yo me quería regresar, yo no sé nada de medicina, no soy médico , de donde saque esto, te vamos a dar chance otra oportunidad y bueno dice te fiaron “no” por qué vas a regresar fracasado a tu casa, porque se va a condoler de ti, “este” bueno vas a quedar en vergüenza con todo el mundo,

entonces te dan la oportunidad, ya después te empiezan a florear los conocimientos y ya empiezas a conservar la calma, pelar guardia es espantoso de fines de semana y 48 por 48, 48 por 48 en urgencias es brutal, es criminal, de verdad, no tenía yo médicos que con quien recurrir cuando tenía una... una “este” inseguridad o un diagnóstico que no estaba yo plenamente identificado, no tenía a quien acudir que me supervisara, no había médicos de base los médicos de base trabajaban hasta... hasta las 3 de la tarde, de las tres de la tarde a las 7 de la mañana no tenías médico que te... que te supervisara absolutamente nada, si era muy traumante, una vez ya salí de guardia de 48 me fui a dormir estaba yo cansadísimo, rendido y “este” no podía dormir estaba muy inquieto y me sentía yo muy mal ya me estaba adaptando al... al trabajo hospitalario, me sentía yo muy mal, estaba muy ansioso y alguien me recomendó pues tomé un 5 mg de *diazepam* ya me lo tomé y si me quedé dormido esto fue como a las 11 de la mañana del sábado me despertaron al otro día en la mañana para comer, para desayunar por que “este” me había pasado todo el día dormido, me volví a... a quedar dormido y me despertaron para cenar y todavía me... me desperté... me despertaron para ir desayunar el lunes que ya tenía yo que entrar a trabajar, fue tan molesto, tan incómodo por qué vas quedando torpe yo creo “este” yo creo que debo hacerme un electroencefalograma porque a lo mejor tengo daño mecánico y por eso me percutió tanto el... el medicamento pero a partir de entonces jamás volví a tomar ningún...ningún *chocho* para los nervios, tomo mi hiper...antihiper... *antihipertensivo* porque tengo problemas de presión, tengo un problema del corazón y tengo que tomar mi...mi *antiarrítmico* ... pero esos ya son *drogas* que se tienen que tomar de por vida, ni modo, pero me mantiene muy sano, pero acudir a un... a un *psicotrópico* definitivamente se me hace... a lo mejor en un caso de ansiedad, ni cuando vi a mi hija tan grave y... y...y “este” porque sufrió un accidente muy grave no tuve necesidad nunca recurrí a los medicamentos tenía que usar el pleno uso de mi alerta para poder hacer lo que tenía que hacer, lo más conveniente y...y no nunca voy a tomar porque me quedé con muy mala experiencia, te dejan un sabor de boca terrible, una... me hizo mucha y cuando me levantara yo a guardia todo somnoliento no y fueron 10 mg

los que me tome, si hubiera tomado un cuartito por lo menos, no 10 mg jamás volví a tomar nada. Cuando yo tengo algún problema de insomnio tengo unas cervezas ahí en mi casa que casi no las tomo, yo tomo una cerveza de un solo trago y mira duermo rico, a mí la cerveza me relaja mucho pero eso es así ocasional y “este” nada más es una cerveza, una vez me puse una borrachera cuando era yo pasante me sentí tan mal que también dije jamás vuelvo a tomar y si tomo me gusta saborear un buen vino... saborear una copa pero no me gusta marearme, entonces es rico, el *whisky* puede ser un *Ballantines*, un *Johnny Walker* de etiqueta azul, riquísimo, o un buen tequila “no” inclusive un buen aguardiente de caña, que son muy sabrosos pero no me gusta marearme “este” la borrachera fue tan... nos tomamos 12 botellas entre 8 gentes de las 2 de la tarde a las 3 de la mañana y yo vivía en la calle principal donde pasaba todo tipo de vehículos “no”, me duro tres días la cruda y desde ahí jamás vuelvo a tomar.

I: ¿Cómo valora usted el consumo de psicoactivos? Hace rato le preguntaba bueno en general el psiquiatra pues trabaja con pacientes entre ellos adictos, me refiero a positiva, negativamente, es malo, es bueno.

E: “eh” también tienes que estar preparado para la frustración porque... curiosamente una etapa entre el 2003 y el 2006- 2007 que venían muchos *adictos* aquí... y ahorita estaba yo observando que...que en 2009-2010 disminuyo mucho la... la fluencia de *adictos*, se están abriendo otros centros de atención en otros lados a lo mejor es eso, el... el *adicto* es... es...obviamente tienes que atenderlo, tienes que saber muy bien qué tipo de...de consumo está haciendo, la cantidad, la calidad de lo que está consumiendo no es lo mismo una *grapa* de \$30 una grapa de 250 obviamente tiene mucho mejor pronóstico que el que toma grasas de \$25 por que la otra es una *cocaína* que está más pura y sale “este” más difícil el que consume cara, tú tienes la plena intención de poder ayudarlo y tratas de hacer lo mejor posible tu trabajo para que salgan a delante pero tienes que estar preparado para la frustración porque un gran porcentaje de pacientes recaen y te abandonan, la mayor de los pacientes que vienen aquí, yo creo que el 80 % de los pacientes

que vienen aquí vienen por que tienen la presión de la familia y te lo depositan aquí para que tú los a tiendas y muchas veces la...la familia te responsabiliza, ese tipo de pacientes va a renunciar y va a recaer en poco tiempo, pero el paciente que viene por su voluntad yo estoy consumiendo *pedra*, estoy consumiendo *cocaína*, estoy consumiendo esto quiero salir a delante, ese paciente tiene mucho mejor pronóstico definitivamente que el que es traído y...y...entonces tienes que estar preparado precisamente porque te van a abandonar, sabes de antemano que te van a abandonar un buen número de pacientes porque no... no vienen convencidos para salir adelante del problema, vienen presionados y “este” y... y el trabajo es mucho más difícil porque no cooperan, no cooperan, entonces vienen a cumplir porque su familia le exige, vienen aquí pero “este” son... son los que no... no...no expresan nada, no siguen tus indicaciones, en fin son muy conflictivos.

### **Análisis lingüístico-estadístico**

El análisis de las entrevistas se ha realizado bajo dos grandes orientaciones y tres ejes analíticos. Las dos orientaciones son la cuantitativa y la cualitativa. Para poder dar cuenta de la orientación cuantitativa se ha realizado un análisis lingüístico estadístico, y para el caso de la orientación cualitativa se han empleado dos tipos de análisis: en mayor medida el análisis del discurso y en menor medida el análisis paralingüístico

El análisis lingüístico estadístico es una herramienta que nos permite encontrar las regularidades del habla en cada una de las entrevistas realizadas, nos permite conocer la coherencia lógica del discurso de los informantes así como la riqueza o pobreza del léxico empleado por los entrevistados. Nos proporciona datos sólidos, medibles y comparables.

Ahora veremos paso a paso la técnica utilizada para hacer el análisis lingüístico estadístico.

- a) Contamos con un texto de referencia (en este caso la respuesta a una pregunta de la entrevista realizada a uno de los psiquiatras) contamos la cantidad de palabras
- b) Al texto original le quitamos las anotaciones hechas por el investigador, tales como (pausa), (risas), etc. También le quitamos las muletillas que emplea el entrevistado como: “sí”, “eh”, “no”, etc. Contamos la cantidad de palabras
- c) Después descontamos todas aquellas palabras gramaticales tales como preposiciones, pronombres personales, conjunciones, nombres propios, etc., solamente dejaremos cuatro clases de palabras: verbos, adverbios, sustantivos (nombres comunes) y adjetivos. Contamos la cantidad de palabras.
- d) Hacemos un primer listado con la totalidad de palabras (que deben pertenecer a alguna de estas cuatro clases antes mencionadas) en el orden en que aparecen en el texto
- e) Finalmente hacemos un cuadro con la lista en orden alfabético de esas cuatro clases de palabras, donde debe aparecer la cantidad de palabras, el número de menciones y la frecuencia.

Una vez realizado todo este proceso, podemos tener un panorama bastante preciso de las palabras empleadas, las que aparecen con mayor frecuencia, las palabras relacionadas, la riqueza o pobreza del lenguaje del entrevistado y aún otros datos más.

## Ejemplo de Transliteración

Ahora veamos un ejemplo, donde recorreremos uno por uno los pasos de esta técnica.

Entrevista 1 Pregunta1: ¿Usted considera que su situación laboral es muy estresante?

### Transliteración

E: No, como te decía hace un rato (pausa) a través de la carrera vas conociendo todas las áreas de la medicina, llega el momento en que te decides por una por ... tal continuidad en una de las áreas (pausa) a mi me pasó cuando estaba estudiando la...la carrera que me gusto el manejo del paciente psiquiátrico (pausa) pero no lo concreté hasta 4 años después que terminé la carrera y presenté el examen nacional para la residencia, antes tenías que hacer un año de residencia rotatoria, ahora ya no lo haces entras directamente a la especialidad, entonces todavía termine el año de residencia rotatoria, pasé las "eh" los exámenes o las "eh" las entrevistas y ya fui aceptado en el Bernardino, entonces es una idea que traes desde estudiante con la... te valoras en la habilidad del manejo, en internado y servicio social, la habilidad y manejo de tales y cuales pacientes con tales patologías entonces te das una idea de por dónde vas a darle continuidad a tu ... a tu especialidad. Cuando algo te gusta y lo haces con gusto es todo un placer hacerlo y máxime cuando se trata de la salud mental de un paciente "no" aquí lo que tenemos que aprender es a saborear, a paladear, cuando ves que el paciente empieza a ser funcional porque llega en muy malas condiciones "no" y no te estoy hablando de los pacientes locos, esquizofrénicos, maniacos en general, pero muchos de los pacientes que llegan aquí ves que llegan en muy malas condiciones con depresiones severas, graves, niños con trastornos de conducta muy graves también y conforme vas viendo la evolución del tratamiento y vas mejorando, vez que la familia está muy contenta por los cambios que están sufriendo los niños, el paciente está contento porque está saliendo de su depresión, está entendiendo su... que está generando su depresión, está bloqueando las "este" los generadores de la problemática, en ese momento te vas metiendo con la confianza de que lo que estás haciendo lo estás haciendo bien y ya cuando ves los resultados, ves las respuestas en los pacientes te sientes gratificado, te sientes contento de hacer las cosas y sales de aquí cansado, porque a pesar de los problemas, de las piedras que te pone la dirección en el camino, en fin ... bueno pues es tu profesión y la estas ejerciendo con gusto, con ánimo y la estas disfrutando, definitivamente es un disfrute lo que estoy haciendo yo aquí (pausa) el (pausa) no es estresante, a lo mejor te estresas un poco



cuando ves que el paciente no va evolucionando de acuerdo a lo que tu estas planeando, para la siguiente o la tercera entrevista que no hay cambios “este” muy obvios en el paciente entonces empiezas a.. a.. ponerte un poco ansioso, pero esa ansiedad te obliga a buscar más información sobre el paciente que estás viendo , sobre la sintomatología que estás detectando en el paciente y te metes a internet o vas a los libros, o vas a los clásicos en fin, buscas información para ver donde estas fallando por un lado, o por otro lado, aquí hacemos pequeños corrillos y platicamos sobre un paciente ¡oye mira tengo este paciente en estas condiciones y ya le mande esto y esto otro y no está evolucionando en la forma en que esperábamos! ¡Bueno y por qué no le intentas con esto, porque mira este va a actuar a este nivel del cerebro, va a actuar sobre las dopaminas! en fin, y esto te da la pauta, primero para la convivencia, segundo para la recreación entre los conocimientos...lo académico y tercero, pues para el bienestar del paciente; esos son los únicos pacientes que a mí me ponen ansioso los que no van evolucionando favorablemente y esto me da la pauta para que esta ansiedad la canalice para buscar información y darle opciones al paciente.

Si es un caso especial porque es... tan especial... la familia ya no la aguanta por que grita, llora todo el día a raíz de la muerte del padre, es una paciente con retraso mental, con daño orgánico cerebral para acabarla de amolar, y luego “este” de por sí ya tiene sus problemas de conducta, sus alteraciones de la mente, es severo, muere el padre y entra en una depresión, una depresión psicótica, bueno como esta tan ... tan “este” con un cuadro de agitación psicomotriz severo la mando al Bernardino a internar y la internan pero no la aguantan... no la aguantan en el Bernardino y a los 10 días va para afuera, ¿Oye pero porque me la estas mandando en esas condiciones? y vuelvo, insisto en que se interne porque es una paciente que está ocasionando una gran problemática entre la familia y ya no la aceptan, que porque desorganiza el...el ... el... “este” el pabellón, es un caso extraordinario, yo nunca había tenido un caso así que me lo hayan corrido del hospital “no”, en el hospital se seda a la paciente, se busca que esté en tranquilidad, se dan los medicamento agudos, por eso se manda a un hospital para que este allí a...a...a la vista de todo el personal especializado y que se den las indicaciones adecuadas para controlar a un paciente que esta “este” con un cuadro de agitación psicomotriz, bueno pero.. son casos extraordinarios y si esa paciente la presente, que por cierto tú te diste cuenta que nadie me dio opciones, y entonces bueno “pues “ a buscarle, a buscarle a donde “este” por donde le tengo que entrar a la paciente, bueno pues ya empezamos a manejar inclusive medicamentos que tenía años que no manejaba, los empecé a investigar, bueno en plan de investigación aplicada, ésta paciente mejoro y actualmente se ha controlado, si, con medicamentos que hace 15 años no usaba “eh” ya de los primeros antipsicóticos.

Total de palabras: 973

## **Texto sin anotaciones del investigador y sin muletillas:**

No, como te decía hace un rato, a través de la carrera vas conociendo todas las áreas de la medicina, llega el momento en que te decides por una por ... tal continuidad en una de las áreas, a mi me pasó cuando estaba estudiando la...la carrera que me gusto el manejo del paciente psiquiátrico, pero no lo concreté hasta 4 años después que terminé la carrera y presenté el examen nacional para la residencia, antes tenías que hacer un año de residencia rotatoria, ahora ya no lo haces entras directamente a la especialidad, entonces todavía termine el año de residencia rotatoria, pasé las los exámenes o las, las entrevistas y ya fui aceptado en el Bernardino, entonces es una idea que traes desde estudiante con la... te valoras en la habilidad del manejo, en internado y servicio social, la habilidad y manejo de tales y cuales pacientes con tales patologías entonces te das una idea de por dónde vas a darle continuidad a tu ... a tu especialidad. Cuando algo te gusta y lo haces con gusto es todo un placer hacerlo y máxime cuando se trata de la salud mental de un paciente, aquí lo que tenemos que aprender es a saborear, a paladear, cuando ves que el paciente empieza a ser funcional porque llega en muy malas condiciones y no te estoy hablando de los pacientes locos, esquizofrénicos, maniacos en general, pero muchos de los pacientes que llegan aquí ves que llegan en muy malas condiciones con depresiones severas, graves, niños con trastornos de conducta muy graves también y conforme vas viendo la evolución del tratamiento y vas mejorando, vez que la familia está muy contenta por los cambios que están sufriendo los niños, el paciente está contento porque está saliendo de su depresión, está entendiendo su... que está generando su depresión, está bloqueando las, los generadores de la problemática, en ese momento te vas metiendo con la confianza de que lo que estás haciendo lo estás haciendo bien y ya cuando ves los resultados, ves las respuestas en los pacientes, te sientes gratificado, te sientes contento de hacer las cosas y sales de aquí cansado, porque a pesar de los problemas, de las piedras que te pone la dirección en el camino, en fin ... bueno pues es tu profesión y la estas ejerciendo con gusto, con ánimo y la estas disfrutando, definitivamente es un disfrute lo que estoy haciendo yo aquí, el, no es estresante, a lo mejor te estresas un poco cuando ves que el paciente no va evolucionando de acuerdo a lo que tu estas planeando, para la siguiente o la tercera entrevista que no hay cambios muy obvios en el paciente entonces empiezas a.. a.. ponerte un poco ansioso, pero esa ansiedad te obliga a buscar más información sobre el paciente que estás viendo , sobre la sintomatología que estás detectando en el paciente y te metes a internet o vas a los libros, o vas a los clásicos en fin, buscas información para ver donde estas fallando por un lado, o por otro lado, aquí hacemos pequeños corrillos y platicamos sobre un paciente ¡oye mira tengo este paciente en estas condiciones y ya le mande esto y esto otro y no está evolucionando en la forma en que esperábamos! ¡Bueno y por qué no le intentas con esto, porque mira este va a actuar a este nivel del cerebro, va a actuar sobre las dopaminas! en fin, y esto te da la pauta, primero para la convivencia, segundo para la recreación entre los conocimientos...lo académico y tercero, pues para el bienestar del paciente; esos

son los únicos pacientes que a mí me ponen ansioso, los que no van evolucionando favorablemente y esto me da la pauta para que esta ansiedad la canalice para buscar información y darle opciones al paciente.

Si es un caso especial porque es... tan especial... la familia ya no la aguanta por que grita, llora todo el día a raíz de la muerte del padre, es una paciente con retraso mental, con daño orgánico cerebral para acabarla de amolar, y luego, de por sí ya tiene sus problemas de conducta, sus alteraciones de la mente, es severo, muere el padre y entra en una depresión, una depresión psicótica, bueno como esta tan ... tan con un cuadro de agitación psicomotriz severo la mando al Bernardino a internar y la internan pero no la aguantan... no la aguantan en el Bernardino y a los 10 días va para afuera, ¿Oye pero porque me la estas mandando en esas condiciones? y vuelvo, insisto en que se interne porque es una paciente que está ocasionando una gran problemática entre la familia y ya no la aceptan, que porque desorganiza el...el ... el... el pabellón, es un caso extraordinario, yo nunca había tenido un caso así que me lo hayan corrido del hospital, en el hospital se seda a la paciente, se busca que esté en tranquilidad, se dan los medicamento agudos, por eso se manda a un hospital para que este allí a...a...a la vista de todo el personal especializado y que se den las indicaciones adecuadas para controlar a un paciente que esta, con un cuadro de agitación psicomotriz, bueno pero.. son casos extraordinarios y si esa paciente la presente, que por cierto tú te diste cuenta que nadie me dio opciones, y entonces bueno, a buscarle, a buscarle a donde, por donde le tengo que entrar a la paciente, bueno pues ya empezamos a manejar inclusive medicamentos que tenía años que no manejaba, los empecé a investigar, bueno en plan de investigación aplicada, ésta paciente mejoro y actualmente se ha controlado, si, con medicamentos que hace 15 años no usaba, ya de los primeros antipsicóticos.

Total de palabras sin muletillas y sin anotación que indica pausa: 958

“eh” “este” “no” “pues”: 14

eh: 3

este: 7

no: 3

pues: 1

Anotaciones de pausa: 5

## **Texto sin anotaciones, sin muletillas y sin palabras, gramaticales:**

No, como, decía, hace, rato, carrera, vas, conociendo, todas, áreas, medicina, llega, momento, decides, tal, continuidad, áreas, pasó, estaba, estudiando, carrera, gustó, manejo, paciente, psiquiátrico, no, concreté, cuatro, años, terminé, carrera, presenté, examen, nacional, residencia, antes, tenías, hacer, año, residencia, rotatoria, ahora, ya, no, haces, entras, directamente, especialidad, entonces, todavía, terminé, año, residencia, rotatoria, pasé, exámenes, entrevistas, ya, fui, aceptado, entonces, es, idea, traes, estudiante, valoras, habilidad, manejo, internado, servicio, social, habilidad, manejo, pacientes, tales, patologías, entonces, das, idea, dónde, vas, darle, continuidad, especialidad, cuando, algo, gusta, haces, gusto, es, todo, placer, hacerlo, máxime, cuando, se, trata, salud, mental, paciente, aquí, tenemos, aprender, es, saborear, paladear, cuando, ves, paciente, empieza, ser, funcional, llega, muy, malas, condiciones, no, estoy, hablando, pacientes, locos, esquizofrénicos, maniacos, general, muchos, pacientes, llegan, aquí, ves, llegan, muy, malas, condiciones, depresiones, severas, graves, niños, trastornos, conducta, muy, graves, también, conforme, vas, viendo, evolución, tratamiento, vas, mejorando, ves, familia, está, muy, contenta, cambios, están, sufriendo, niños, paciente, está, contento, porque, está, saliendo, depresión, está, entendiendo, está, generando, depresión, está bloqueando, generadores, problemática, momento, vas, metiendo, confianza, estás, haciendo, estás, haciendo, bien, ya, cuando, ves, resultados, ves, respuestas, pacientes, sientes, gratificado, sientes, contento, hacer, cosas, sales, aquí, cansado, problemas, piedras, pone, dirección, camino, en fin, bueno, pues, es, profesión, estas, ejerciendo, gusto, ánimo, estás, disfrutando, definitivamente, es, disfrute, estoy, haciendo, aquí, no, es, estresante, mejor, estresas, poco, cuando, ves, que, paciente, no, va, evolucionando, de acuerdo, estás, planeando, siguiente, tercera, entrevista, que no, hay, cambios, muy, obvios, paciente, entonces, empiezas, ponerte, poco, ansioso, pero, esa, ansiedad, obliga, buscar, más, información, paciente, estás, viendo, sintomatología, estás, detectando, paciente, metes, internet, vas, libros, vas, clásicos, en fin, buscas, información, para, ver, donde, estás, fallando, lado, otro, lado, aquí, hacemos, pequeños, corrillos, platicamos, paciente, oye, mira, tengo, este, paciente, estas, condiciones, ya, mande, esto, esto, otro, no, está, evolucionando, forma, esperábamos, Bueno, por qué, no, intentas, esto, porque, mira, este, va, actuar, este, nivel, cerebro, va, actuar, sobre, dopaminas, en fin, esto, da, pauta, primero, convivencia, segundo, recreación, conocimientos, académico, tercero, pues, bienestar, paciente, esos, son, únicos, pacientes, ponen, ansioso, no, van, evolucionando, favorablemente, esto, da, pauta, para que, esta, ansiedad, canalice, buscar, información, darle, opciones, paciente. Sí, es, caso, especial, porque, es, tan, especial, familia, ya, no, aguanta, porque, grita, llora, todo, día, a raíz, muerte, padre, es, paciente, retraso mental, daño, orgánico, cerebral, acabarla, amolar, luego, sí, ya, tiene, problemas, conducta, alteraciones, mente, es, severo, muere, padre, entra, depresión, depresión psicótica, bueno, como, está, tan, tan, cuadro, agitación psicomotriz, severo,

mando, internar, internan, pero, no, aguantan, no, aguantan, diez, días, va, afuera, Oye, pero, porque, estás, mandando, condiciones, vuelvo, insisto, se, interne, porque, es, paciente, está, ocasionando, gran, problemática, familia, ya, no, aceptan, porque, desorganiza, pabellón, es, caso, extraordinario, nunca, había, tenido, caso, así, hayan, corrido, hospital, hospital, se, seda, paciente, se, busca, esté, tranquilidad, se, dan, medicamentos, agudos, se, manda, hospital, esté, allí, vista, personal, especializado, se, den, indicaciones, adecuadas, controlar, paciente, está, cuadro, agitación psicomotriz, bueno, son, casos, extraordinarios, si, esa, paciente, presente, por cierto, diste, cuenta, nadie, dio, opciones, entonces, bueno, buscarle, buscarle, a donde, por donde, tengo, entrar, paciente, bueno, ya, empezamos, manejar, inclusive, medicamentos, tenía, años, no, manejaba, empecé, investigar, bueno, plan, investigación, aplicada, ésta, paciente, mejoró, actualmente, se, ha, controlado, si, medicamentos, hace, quince, años, no, usaba, ya, primeros, antipsicóticos.

Palabras sin anotaciones del entrevistador, sin muletillas, sin palabras gramaticales: 513

### **Listado de clases de palabras**

Listado de palabras (verbos, adverbios, sustantivos y adjetivos) en el orden que aparecen en el texto.

No: adv  
Como: adv  
Decía: verb  
Hace: verb  
rato: sust  
Carrera: sust  
Vas: verb  
Conociendo: verb  
Todas: adj  
Áreas: sust  
Medicina: sust  
Llega: verb  
Momento: sust  
Decides: verb  
Tal: adj  
Continuidad: sust  
Áreas: sust  
Pasó: verb  
Estaba: verb

Estudiando: verb  
Gustó: verb  
Manejo: sust  
Paciente: sust  
Psiquiátrico: adj  
No: adv  
Concreté: verb  
cuatro: adj  
Años: sust  
Terminé: verb  
Carrera: sust  
Presenté: verb  
Examen: sust  
Nacional: adj  
residencia: sust  
antes: adv.  
Tenías: verb  
Hacer: verb  
Año: sust  
Residencia: sust  
Rotatoria: adj  
Ahora: adv  
Ya: adv  
No: adv  
haces: verb  
entras: verb  
directamente: adv  
especialidad: sust  
entonces: adv  
todavía: adv  
terminé: verb  
año: sust  
residencia: sust  
rotatoria: adj  
pasé: verb  
exámenes: sust  
entrevistas: sust  
ya: adv  
fui: verb  
aceptado: adj  
Entonces: adv  
es: verb  
idea: sust  
traes: verb  
estudiante: sust  
valoras: verb

habilidad: sust  
manejo: sust  
internado: sust  
servicio: sust  
social: adj  
habilidad: sust  
manejo: sust  
pacientes: sust  
tales: adj  
patologías: sust  
entonces: adv  
das: verb  
idea: sust  
dónde: adv  
vas: verb  
darle: verb  
continuidad: sust  
especialidad: sust  
cuando: adv  
gusta: verb  
haces: verb  
gusto: sust  
es: verb  
todo: adv  
placer: sust  
hacerlo: verb  
máxime: adv  
cuando: adv  
se: verb  
trata: verb  
salud: sust  
mental: adj  
paciente: sust  
aquí: adv  
tenemos: verb  
aprender: verb  
es: verb  
saborear: verb  
paladear: verb  
cuando; adv  
ves: verb  
paciente: sust  
empieza: verb  
ser: verb  
funcional: adj  
llega: verb

muy: adv  
malas: adj  
condiciones: sust  
no: adv  
estoy: verb  
hablando: verb  
pacientes: sust  
locos: sust  
esquizofrénicos: adj  
maniacos: adj  
general: adj  
muchos: adj  
pacientes: sust  
llegan: verb  
aquí: adv  
ves: verb  
llegan: verb  
muy: adv  
malas: adj  
condiciones: sust  
depresiones: sust  
severas: adj  
graves: adj  
niños: sust  
trastornos: sust  
conducta: sust  
muy: adv  
graves: adj  
también: adv  
vas: verb  
viendo: verb  
evolución: sust  
tratamiento: sust  
vas: verb  
mejorando: verb  
ves: verb  
familia: sust  
está: verb  
muy: adv  
contenta: adj  
cambios: sust  
están: verb  
sufriendo: verb  
niños: sust  
paciente: sust  
está: verb



contento: adj  
está: verb  
saliendo: verb  
depresión: sust  
está: verb  
entendiendo: verb  
está: verb  
generando: verb  
depresión: sust  
está: verb  
bloqueando: verb  
generadores: adj  
problemática: sust  
momento: sust  
vas: verb  
metiendo: verb  
confianza: sust  
estás: verb  
haciendo: verb  
estás: verb  
haciendo: verb  
bien: adj  
ya: adv  
cuando: adv  
ves: verb  
resultados: sust  
ves: verb  
respuestas: sust  
pacientes: sust  
sientes: verb  
gratificado: adj  
sientes: verb  
contento: adj  
hacer: verb  
cosas: sust  
sales: verb  
aquí: adv  
cansado: adj  
problemas: sust  
piedras: sust  
pone: verb  
dirección: sust  
camino: sust  
en fin: adv  
bueno: adj  
es: verb

profesión: sust  
estas: verb  
ejerciendo: verb  
gusto: sust  
ánimo: sust  
estás: verb  
disfrutando: verb  
definitivamente: adv  
es: verb  
disfrute: verb  
estoy: verb  
haciendo: verb  
aquí: adv  
no: adv  
es: verb  
estresante: adj  
mejor: adv  
estresas: verb  
poco: adv  
cuando: adv  
ves: verb  
paciente: sust  
no: adv  
va: verb  
evolucionando: verb  
de acuerdo: adv  
estás: verb  
planeando: verb  
siguiente: adv  
tercera: adj  
entrevista : sust  
no: adv  
hay: verb  
cambios: sust  
muy: adv  
obvios: adj  
paciente: sust  
empiezas: verb  
ponerte: verb  
poco: adv  
ansioso: adj  
ansiedad: sust  
obliga: verb  
buscar: verb  
más: adv  
información: sust

paciente: sust  
estás: verb  
viendo: verb  
síntomatología: sust  
estás: verb  
detectando: verb  
paciente: sust  
metes: verb  
internet: sust  
vas: verb  
libros: sust  
vas: verb  
clásicos: adj  
en fin: adv  
buscas: verb  
información: sust  
ver : verb  
donde: adv  
estás: verb  
fallando: verb  
lado: sust  
otro: adj  
lado: sust  
aquí: adv  
hacemos: verb  
pequeños: adj  
corrillos: sust  
platicamos: verb  
paciente: sust  
oye: verb  
mira: verb  
tengo: verb  
este: verb  
paciente: sust  
estas: verb  
condiciones: sust  
ya: adv  
mandé: verb  
esto: adv  
esto : adv  
otro: adj  
no : adv  
está : verb  
evolucionando: verb  
forma: verb  
esperábamos: verb

Bueno: adv  
por qué: adv  
no: adv  
intentas: verb  
esto: adv  
porque: adv  
mira: verb  
este: verb  
va: verb  
actuar : verb  
este: verb  
nivel : sust  
cerebro: sust  
va: verb  
actuar: verb  
sobre: adv  
dopaminas: sust  
en fin: adv  
da: verb  
pauta: sust  
primero: adj  
convivencia: sust  
segundo: adj  
recreación: sust  
conocimientos: sust  
académicos: adj  
tercero: adj  
bienestar: sust  
paciente: sust  
esos: adv  
son: verb  
únicos: adj  
pacientes: sust  
ponen: verb  
ansioso: adj  
no: adv  
van: verb  
evolucionando: verb  
favorablemente: adv  
esto: adv  
da: verb  
pauta: sust  
para que: adv  
esta: verb  
ansiedad: sust  
canalice: verb

buscar: verb  
información: sust  
darle: verb  
opciones: sust  
paciente: sust  
sí: adv  
es: verb  
caso: sust  
especial: adj  
porque: adv  
es: verb  
tan: adv  
especial: adj  
familia: sust  
ya: adv  
no: adv  
aguanta: verb  
porque: adv  
grita: verb  
llora: verb  
todo: adv  
día: sust  
muerte: sust  
padre: sust  
es: verb  
paciente: sust  
retraso: sust  
mental: adj  
daño: sust  
orgánico: adj  
cerebral: adj  
acabarla: verb  
amolar: verb  
luego: adv  
sí: adv  
ya: adv  
tiene: verb  
problemas: sust  
conducta: sust  
alteraciones: sust  
mente: sust  
es: verb  
severo: adj  
muere: verb  
padre: sust  
entra: verb

depresión: sust  
depresión : sust  
psicótica: adj  
como: adv  
está: verb  
tan: adv  
tan: adv  
cuadro: sust  
agitación: sust  
psicomotriz: adj  
severo: adj  
mando: sust  
internar: verb  
internan: verb  
no: adv  
aguantan: verb  
no: adv  
aguantan: verb  
diez: adj  
días: sust  
va: verb  
afuera: adv  
oye: verb  
por qué: adv  
estás: verb  
mandando: verb  
condiciones: sust  
vuelvo: verb  
insisto: verb  
interne: verb  
porque: adv  
es: verb  
paciente: sust  
está: verb  
ocasionando: verb  
gran: adv  
problemática: sust  
familia: sust  
ya: adv  
no: adv  
aceptan: verb  
porque: adv  
desorganiza: verb  
pabellón: sust  
es: verb  
caso: sust

extraordinario: adj  
nunca: adv  
había: verb  
tenido: verb  
caso: sust  
así: adv  
hayan: verb  
corrido: verb  
hospital: sust  
hospital: sust  
seda: sust  
paciente: sust  
busca: verb  
esté: verb  
tranquilidad: sust  
dan: verb  
medicamentos: sust  
agudos: adj  
manda: verb  
hospital: sust  
esté: verb  
allí : adv  
vista: sust  
personal: sust  
especializado: adj  
den: verb  
indicaciones: sust  
adecuadas: adj  
controla: verb  
paciente: sust  
está: verb  
cuadro: sust  
agitación: sust  
psicomotriz: sust  
son: verb  
casos: sust  
extraordinarios: adj  
paciente: sust  
presente: adv  
por cierto: adv  
diste : verb  
cuenta: sust  
nadie: sust  
dio: verb  
opciones: sust  
entonces: adv

buscarle: verb  
buscarle: verb  
donde: adv  
donde: adv  
tengo: verb  
entrar: verb  
paciente: sust  
ya: adv  
empezamos: verb  
manejar: verb  
inclusive: adv  
medicamentos: sust  
tenía: verb  
años: sust  
no: adv  
manejaba: verb  
empecé: verb  
investigar: verb  
plan: sust  
investigación: sust  
aplicada: verb  
ésta: adv  
paciente: sust  
mejoró: verb  
actualmente: adv  
ha: verb  
controlado: verb  
medicamentos: sust  
hace: verb  
quince: adj  
años: sust  
no: adv  
usaba: verb  
ya: adv  
primeros: adj  
antipsicóticos: sust



Cuadro de palabras por clases, y en orden alfabético:

No	Verbos	Menciones	Fx	Adverbios	Menciones	Fx
1	Acabarla	1	1/198	Actualmente	1	1/98
2	Aceptan	1	1/198	Afuera	1	1/98
3	Actuar	2	2/198	Ahora	1	1/98
4	Aguanta	1	1/198	Allí	1	1/98
5	Aguantan	2	2/198	Antes	1	1/98
6	amolar	1	1/198	Aquí	5	5/98
7	aplicada	1	1/198	Así	1	1/98
8	aprender	1	1/198	Bueno	1	1/98
9	bloqueando	1	1/198	Como	2	2/98
10	busca	1	1/198	Cuando	5	5/98
11	buscar	2	2/198	de acuerdo	1	1/98
12	buscarle	2	2/198	definitivamente	1	1/98
13	buscas	1	1/198	directamente	1	1/98
14	canalice	1	1/198	Donde	4	4/98
15	Concreté	1	1/198	en fin	3	3/98
16	Conociendo	1	1/198	entonces	4	4/98
17	controla	1	1/198	Esos	1	1/98
18	controlado	1	1/198	Ésta	1	1/98
19	corrido	1	1/198	Esto	4	4/98
20	da	2	1/198	favorablemente	1	1/98
21	dan	1	1/198	Gran	1	1/98
22	darle	2	2/198	Luego	1	1/98
23	das	1	1/198	Más	1	1/98
24	Decía	1	1/198	máxime	1	1/98
25	Decides	1	1/198	Mejor	1	1/98
26	den	1	1/198	Muy	5	5/98
27	desorganiza	1	1/198	No	16	16/98
28	detectando	1	1/198	Nunca	1	1/98
29	dio	1	1/198	para que	1	1/98
30	disfrutando	1	1/198	Poco	2	2/98
31	disfrute	1	1/198	por cierto	1	1/98
32	diste	1	1/198	por qué	7	7/98
33	ejerciendo	1	1/198	presente	1	1/98
34	empecé	1	1/198	Sí	2	2/98
35	empezamos	1	1/198	siguiente	1	1/98
36	empieza	1	1/198	Sobre	1	1/98
37	empiezas	1	1/198	también	1	1/98
38	entendiendo	1	1/198	Tan	3	3/98
39	entra	1	1/198	todavía	1	1/98

40	entrar	1	1/198	todo	2	2/98
41	entras	1	1/198	Ya	9	9/98
42	es	12	12/198			
43	esperábamos	1	1/198			
44	está	11	11/198			
45	Estaba	1	1/198			
46	están	1	1/198			
47	estas	10	10/198			
48	este	5	5/198			
49	estoy	2	2/198			
50	estresas	1	1/198			
51	Estudiando	1	1/198			
52	evolucionando	3	3/198			
53	fallando	1	1/198			
54	forma	1	1/198			
55	fui	1	1/198			
56	generando	1	1/198			
57	grita	1	1/198			
58	gusta	1	1/198			
59	Gustó	1	1/198			
60	ha	1	1/198			
61	había	1	1/198			
62	hablando	1	1/198			
63	Hace	2	2/198			
64	hacemos	1	1/198			
65	Hacer	2	2/198			
66	hacerlo	1	1/198			
67	haces	2	2/198			
68	haciendo	3	3/198			
69	hay	1	1/198			
70	hayan	1	1/198			
71	insisto	1	1/198			
72	intentas	1	1/198			
73	internan	1	1/198			
74	internar	1	1/198			
75	interne	1	1/198			
76	investigar	1	1/198			
77	Llega	2	2/198			
78	Llegan	2	2/198			
79	llora	1	1/198			
80	manda	1	1/198			

81	mandando	1	1/198			
82	mandé	1	1/198			
83	manejaba	1	1/198			
84	manejar	1	1/198			
85	mejorando	1	1/198			
86	mejoró	1	1/198			
87	metes	1	1/198			
88	metiendo	1	1/198			
89	mira	2	2/198			
90	muere	1	1/198			
91	obliga	1	1/198			
92	ocasionando	1	1/198			
93	oye	2	2/198			
94	pasé	1	1/198			
95	Pasó	1	1/198			
96	planeando	1	1/198			
97	platicamos	1	1/198			
98	pone	1	1/198			
99	ponen	1	1/198			
100	ponerte	1	1/198			
101	Presenté	1	1/198			
102	saborear	1	1/198			
103	sales	1	1/198			
104	saliendo	1	1/198			
105	se	1	1/198			
106	ser	1	1/198			
107	sientes	2	2/198			
108	son	2	2/198			
109	sufriendo	1	1/198			
110	tenemos	1	1/198			
111	tengo	2	2/198			
112	tenía	1	1/198			
113	tenías	1	1/198			
114	tenido	1	1/198			
115	Terminé	2	2/198			
116	tiene	1	1/198			
117	traes	1	1/198			
118	trata	1	1/198			
119	usaba	1	1/198			
120	va	4	4/198			
121	valoras	1	1/198			
122	van	1	1/198			
123	Vas	7	7/198			
124	ver	1	1/198			

125	ves	6	6/198			
126	viendo	2	2/198			
127	vuelvo	1	1/198			
Total		198			98	

No	Sustantivos	menciones	Fx	Adjetivos	Menciones	Fx
1	Agitación	2	2/155	Académicos	1	1/62
2	alteraciones	1	1/155	Aceptado	1	1/62
3	ánimo	1	1/155	Adecuadas	1	1/62
4	ansiedad	2	2/155	Agudos	1	1/62
5	antipsicóticos	1	1/155	ansioso	2	2/62
6	Año	2	2/155	bien	1	1/62
7	Años	2	2/155	bueno	1	1/62
8	Áreas	2	2/155	cansado	1	1/62
9	bienestar	1	1/155	cerebral	1	1/62
10	cambios	2	2/155	clásicos	1	1/62
11	camino	1	1/155	contenta	1	1/62
12	Carrera	2	2/155	contento	2	2/62
13	caso	3	3/155	cuatro	1	1/62
14	Casos	1	1/155	diez	1	1/62
15	cerebro	1	1/155	especial	2	2/62
16	condiciones	4	4/155	especializado	1	1/62
17	conducta	2	2/155	esquizofrénicos	1	1/62
18	confianza	1	1/155	estresante	1	1/62
19	conocimientos	1	1/155	extraordinario	1	1/62
20	Continuidad	2	2/155	extraordinarios	1	1/62
21	convivencia	1	1/155	funcional	1	1/62
22	corrillos	1	1/155	generadores	1	1/62
23	cosas	1	1/155	general	1	1/62
24	cuadro	2	2/155	gratificado	1	1/62
25	cuenta	1	1/155	graves	2	2/62
26	daño	1	1/155	inclusive	1	1/62
27	depresión	4	4/155	malas	2	2/62
28	depresiones	1	1/155	maniacos	1	1/62
29	día	1	1/155	mental	2	2/62
30	días	1	1/155	muchos	1	1/62
31	dirección	1	1/155	Nacional	1	1/62
32	dopaminas	1	1/155	obvios	1	1/62
33	entrevista	1	1/155	orgánico	1	1/62
34	entrevistas	1	1/155	otro	2	2/62
35	especialidad	2	2/155	paladear	1	1/62
36	estudiante	1	1/155	pequeños	1	1/62
37	evolución	1	1/155	primero	1	1/62

38	Examen	1	1/155	primeros	1	1/62
39	exámenes	1	1/155	psicomotriz	1	1/62
40	familia	3	3/155	psicótica	1	1/62
41	gusto	2	2/155	Psiquiátrico	1	1/62
42	habilidad	2	2/155	quince	1	1/62
43	hospital	3	3/155	Rotatoria	2	2/62
44	idea	2	2/155	segundo	1	1/62
45	indicaciones	1	1/155	severas	1	1/62
46	información	3	3/155	severo	2	2/62
47	internado	1	1/155	social	1	1/62
48	internet	1	1/155	Tal	1	1/62
49	investigación	1	1/155	tales	1	1/62
50	lado	2	2/155	tercera	1	1/62
51	libros	1	1/155	tercero	1	1/62
52	locos	1	1/155	Todas	1	1/62
53	mando	1	1/155	únicos	1	1/62
54	Manejo	3	3/155			
55	medicamentos	3	3/155			
56	Medicina	1	1/155			
57	mente	1	1/155			
58	Momento	2	2/155			
59	muerte	1	1/155			
60	nadie	1	1/155			
61	niños	2	2/155			
62	nivel	1	1/155			
63	opciones	2	2/155			
64	pabellón	1	1/155			
65	Paciente	19	19/155			
66	Pacientes	5	5/155			
67	padre	2	2/155			
68	patologías	1	1/155			
69	pauta	2	2/155			
70	personal	1	1/155			
71	pedras	1	1/155			
72	placer	1	1/155			
73	plan	1	1/155			
74	problemas	2	2/155			
75	problemática	2	2/155			
76	profesión	1	1/155			
77	psicomotriz	1	1/155			
78	rato	1	1/155			
79	recreación	1	1/155			
80	residencia	3	3/155			
81	respuestas	1	1/155			

82	resultados	1	1/155			
83	retraso	1	1/155			
84	salud	1	1/155			
85	seda	1	1/155			
86	servicio	1	1/155			
87	sintomatología	1	1/155			
88	tranquilidad	1	1/155			
89	trastornos	1	1/155			
90	tratamiento	1	1/155			
91	vista	1	1/155			
Total		155			62	

	verbos	198		adverbios	98	
	sustantivos	155		adjetivos	62	
Total		353			160	513

#### 2.7.4 Temas clave:

Dada la naturaleza de nuestra investigación, sus objetivos e hipótesis, algunos de los temas claves son los siguientes: consumo entre médicos, adicciones entre pacientes, benzodiacepinas, opiáceos, estrés, acceso a fármacos, entre otros.

#### Instrumentos de registro

Por último aparecen los instrumentos de registro empleados en la recolección de los datos.

#### Instrumento “A”

##### 1. Registros etnográficos

##### A) Abierto

\*Ficha

- Fecha

- Lugar
- Objeto de observación

\*Descripción

## B) Charla

\*Ficha

- Fecha
- Nombre
- Profesión
- Edad
- Antigüedad en el servicio
- Estado civil

\*Desarrollo

## 2. Aplicación del instrumento (entrevista semi-estructurada)

### A) Ficha

- Fecha
- Lugar
- Profesión
- Edad
- Sexo (H) (M)
- Antigüedad en el ejercicio profesional
- Estado civil

### B) Contexto

- Ambiente
- Aspecto del entrevistado
- Dinámica de la entrevista

### C) Entrevista

- Transcripción de la entrevista

## 3. Registro semiótico-quinésico

- Gestual
- Corporal
- Paralingüístico

Estrategia en la entrevista:

- No leer las preguntas
- Ser claro
- Prestar toda la atención al entrevistado
- Pedir permiso de usar la grabadora
- Observar detenidamente el contexto de la entrevista y la actitud del entrevistado
- Si responde negativamente a la pregunta 3 pasar a la 5, si le causa problemas la pregunta 8 pasar a la 13, si la actitud del entrevistado no es muy positiva durante toda la entrevista dejar la pregunta 14, 15 y 16 para el final.

## **Instrumento “B”**

Instrumento de Recolección de Datos. Entrevista semi-estructurada

- Fecha
- Lugar
- Profesión
- Edad
- Sexo (H) (M)
- Antigüedad en el ejercicio profesional
- Estado civil

1. ¿Considera que su situación laboral es muy estresante?
2. ¿Qué actividad dentro de su práctica profesional podría considerar como la más estresante?
3. ¿Trabaja usted en algún hospital o unidad de atención psiquiátrica?
4. ¿Usted considera que las relaciones entre el personal de salud, al interior del hospital son cordiales o conflictivas? ¿por qué?



5. ¿Qué servicio, dentro del hospital sería el que genera una situación más estresante?
6. ¿Qué hace usted para liberar el estrés?
7. ¿Es común que los médicos sean cautelosos en la administración de opiáceos para aliviar el dolor de sus pacientes?
8. El doctor Calabrese afirma que es muy alto el consumo de estimulantes entre los psiquiatras ¿Cuál cree que sea la causa?
9. ¿Usted cree que haya un mayor consumo de psicoactivos entre los psiquiatras, comparado con el consumo de otros especialistas médicos?  
¿Por qué?
10. ¿Para usted es fácil el acceso a los medicamentos?
11. ¿Entre los psiquiatras cómo valoran el alto consumo de psicoactivos?
12. ¿Usted qué opina?
13. ¿Considera que hay una diferencia entre un consumo de psicoactivos por prescripción médica y uno patológico?
14. ¿Usted consume psicoactivos?
15. ¿Cuáles?
16. ¿En qué contexto los consume?
17. ¿Cómo valora el consumo de psicoactivos?