



INCIDENCIA DE LOS PSICOFARMACOS EN EL TRATAMIENTO QUE SE LE DA A LAS
PERSONAS INTERNADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL
VALLE, Y SU RELACION CON LOS PROCESOS DE CURA Y REINSERCIÓN SOCIAL
DE LOS MISMOS

PROYECTO DE GRADO

NATALIA CHAPARRO HURTADO

Asesor: Omar Bravo

UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS
PSICOLOGIA
SANTIAGO DE CALI
2012

INCIDENCIA DE LOS PSICOFARMACOS EN EL TRATAMIENTO QUE SE LE DA A LAS PERSONAS INTERNADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE, Y SU RELACION CON LOS PROCESOS DE CURA Y REINSERCIÓN SOCIAL DE LOS MISMOS

INTRODUCCION:

El tema de la “locura” y de las instituciones donde estas personas deben ser internadas, ha sido ampliamente abordado no solo a través de los años sino también desde diferentes miradas, las cuales han logrado algunos cambios en las representaciones que se tienen de estas personas, así como también en las formas de tratamiento que se les ofrece. Si bien, muchos años atrás las causas de la locura eran atribuidas a designios divinos o por el contrario a posesiones demoniacas, el conocimiento acerca de los trastornos mentales es ahora más amplio y cuenta con diferentes explicaciones. El psicoanálisis ofrece explicaciones interesantes para estos malestares, pues se adentra en lo más profundo de la psique humana buscando así la raíz del conflicto en cuestión. Por otro lado, desde la psiquiatría las raíces de los trastornos mentales son atribuidas a desequilibrios cerebrales y por lo tanto deben ser tratadas con sustancias químicas que permitan controlar aquello que está en desequilibrio.

Como se mencionó previamente, actualmente se cuenta con diferentes maneras de abordar y tratar los trastornos mentales, sin embargo, el modelo psiquiátrico continúa siendo el más utilizado al interior de las instituciones. En el caso de la ciudad de Cali, particularmente en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, se ofrece a los pacientes una atención basada primordialmente en la psiquiatría y en el uso de los psicofármacos. Debido a que algunos de los profesionales que trabajan en esta institución tienen una formación académica en psiquiatría y también en otros enfoques como lo es el psicoanálisis, hacen un intento por tener en cuenta los aspectos importantes de ambos enfoques. Así por ejemplo, se vislumbra como se integra, al menos en el discurso, el concepto de subjetividad al proceso de tratamiento.

En el marco del material estudiado en las clases de Psicología Clínica y de la Salud 1 y 2 y a raíz de una visita a esta institución, surge el interés de realizar la presente investigación, pues se busca indagar acerca de las prácticas institucionales y el modelo de tratamiento, basado en la medicalización, utilizado en el Hospital Psiquiátrico. Lo anterior da cabida a la siguiente pregunta.

PREGUNTA: ¿Que tan efectivo para los procesos de cura y reinserción social, es el tratamiento de medicalización utilizado con las personas internadas en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle?

OBJETO: Profesionales del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle

OBJETIVO GENERAL: Investigar acerca de la incidencia de los psicofármacos en el tratamiento que se le da a las personas internadas en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, y su relación con los procesos de cura y reinserción social de los mismos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Indagar acerca de los criterios de clasificación y diagnóstico utilizados.
- Observar los criterios de tratamiento utilizados
- Analizar la función específica de la medicación en estos procesos
- Investigar los criterios utilizados por esta institución para dar de alta a sus pacientes

HISTORIA DE LA LOCURA:

A través de muchos siglos, el término “locura” ha traído consigo grandes discusiones y sufrido diferentes transformaciones. La definición de esta palabra se ha visto influenciada por todo tipo de discursos, entre los cuales se pueden encontrar los filosóficos, religiosos y médicos. En las antiguas civilizaciones la locura era atribuida a causas sobrenaturales, como a posesiones de demonios o designios divinos, por lo tanto su cura estaba en manos de sacerdotes, y “para el diagnóstico y la terapia se recurría a augurios, o al sacrificio y la adivinación” (Porter, 2002: 43). Esta concepción cambió, en el momento en el que los filósofos griegos exaltaron la mente y la razón como factores importantes y esenciales en el ser humano, lo que trajo como consecuencia que la explicación de la locura partiera de un origen humano y cesaran las explicaciones de orden sobrenatural. También, propusieron una explicación alterna para los orígenes de la locura, en donde mencionaban la sangre, la bilis, la melancolía y la flema como las causantes de los trastornos mentales. De esta manera, “...el exceso de sangre o de bilis amarilla era causa de manías mientras que el exceso de bilis negra, por ser esta demasiado fría y seca, traía como resultado ruindad, melancolía o depresión” (Porter, 2002: 49). Debido a lo anterior, se pensaba que la cura provendría de un cambio de dieta, un cambio de estilo de vida y de la incorporación del ejercicio como práctica diaria, lo que generaría una transformación de las secreciones culpables de los trastornos mentales.

En Europa, eran los familiares de las personas locas quienes debían hacerse cargo de ellos y responsables de sus actos. Cabe resaltar, que en la Edad Media en donde el cristianismo era muy fuerte en el continente europeo, el hecho de que un miembro de la familia fuera loco, era algo vergonzoso para el resto de la familia, pues el estado de la persona era en muchas ocasiones atribuido a posesiones diabólicas. Sin embargo, a finales de esta época el cuidado de los locos empezó a estar a cargo de las órdenes religiosas, lo que se mantuvo hasta casi mediados del siglo XX.

Tiempo más tarde, en el año 1637, el filósofo y matemático René Descartes, al proponer su Discurso del método es el protagonista de un cambio importante “...porque implicaba que, como la conciencia era por definición e inherentemente racional, la demencia de manera idéntica a las

enfermedades físicas comunes, tenía que derivarse del cuerpo o ser consecuencia de conexiones cerebrales bastante inciertas” (Porter, 2002: 64). Siguiendo la lógica de Descartes, se reafirma que la locura no puede ser explicada en términos de posesiones demoniacas o designios divinos, y por lo tanto pueda entonces ser tema de estudio de la medicina. Lo anterior, también dio pie al encierro de estas personas en lugares específicos, con el fin de alejarlos de sus familiares y de la sociedad en general. En Francia, la iniciativa del rey Luis XIV, quien ordenó encerrar a los locos e indigentes, es un claro ejemplo de las acciones tomadas en contra de las personas con trastornos mentales. En palabras de Roy Porter “... Todos aquellos buenos para nada que habían quedado viciados por la “sinrazón” se convirtieron en víctimas del secuestro en un operativo generalizado de limpieza de calles y lugares públicos” (2002: 96). En esta época se construyeron manicomios inmensos, que no solo albergaban centenares de personas, sino que fueron creados especialmente para pobres y heridos del ejército de la marina. Así mismo, se abrieron lugares para el tratamiento de la salud mental exclusivos para personas que contaban con una situación económica privilegiada, en donde gozaban de una estadía mucho más cómoda en comparación a la de los manicomios de gran tamaño.

Los tratamientos ofrecidos a las personas internadas en estos lugares, no eran distintos a los que se habían venido utilizando por muchos años en diferentes países y ciudades del mundo. La idea de que los locos eran similares a las bestias salvajes, hacía que la idea de que merecían tratamientos que lograran adiestrarlos, se hiciera cada vez más fuerte. Por esta razón, se utilizaban métodos brutales como las sangrías, los vómitos, la sujeción física, las purgas, entre otros, con el fin de devolverle la cordura a las personas que padecían de trastornos mentales. En aras de tranquilizar a los agitados, se utilizaban numerosas formas para sujetarlos y convertirlos, al menos por un momento, en personas sumisas a la disposición del personal del manicomio. Entre los medios utilizados, se encuentra la camisa de fuerza inventada por McBride en 1790, la cual impide al paciente mover sus brazos o manos, para que de esta forma no pueda lastimarse a sí mismo o a otras personas. El doctor Benjamin Rush, padre de la psiquiatría americana, creó la silla de fuerza, mecanismo que consistía de una silla en donde se sentaba al paciente y se le ataba con una tela que le cubría los brazos, las piernas y el vientre y lo inmovilizaba totalmente.

Otra de las invenciones para inmovilizar a los pacientes, es la cama de fuerza la cual tenía “un agujero en el centro para que cayeran la materia fecal y la orina, en la cual se acostaba al enfermo con chaleco de fuerza puesto y atado a la cama a través de varias correas; allí la inmovilidad del enfermo era total, y este permanecía en esta situación por varios días” (Galende, 2006: 58).

Para el siglo XIX la gran mayoría de médicos y psiquiatras, estaban de acuerdo con las prácticas manicomiales que se mencionaron anteriormente, y para demostrarlo escribían artículos en revistas que hablaban de los beneficios terapéuticos de estos tratamientos y dictaban conferencias para enseñárselos a otras personas. La psiquiatría y los métodos utilizados en los manicomios gozaban de una legitimación absoluta, no debían rendir cuentas a nadie pues eran ellos quienes

representaban la autoridad y se confiaba plenamente en las decisiones que tomaban acerca de los castigos correccionales.

Paralelamente a estos sucesos, algunos personajes que actuaron como reformadores, se opusieron a estos tratamientos y plantearon que la base de la curación de la locura se encontraba en procedimientos morales y mentales. En el año 1796, William Tuke fundó el asilo llamado York Retreat, en donde el objetivo era la restauración del autocontrol mediante el uso de tratamientos más humanos, que propiciaran un ambiente de familia. Las personas de este asilo convivían de una manera muy tranquila, pues trabajaban, vivían y comían juntos. De acuerdo con la descripción del York Retreat presentada en 1813, por el nieto de William Tuke “el retiro abandonó, pues, los métodos “médicos” en favor de métodos “morales”: amabilidad, suavidad, razón y trato humanitario, todo dentro de una atmosfera familiar, y entonces los resultados fueron excelentes.” (Porter, 2002: 106).

El médico francés Philippe Pinel, fue el pionero en separar la locura y tratarla de forma específica. En esta época la población reclusa en los asilos incluía, además de locos, prostitutas, mendigos, adversarios políticos de la monarquía, entre otros. El objetivo de este médico era separar a los locos del resto de las personas reclusas en los asilos para tratar sus trastornos de forma diferente. No obstante, el intento por establecer las bases biológicas de la enfermedad mental no dio resultado, y por lo tanto el tratamiento de estas personas no podía ser inscrito dentro la medicina, razón por la cual Pinel afirma que el origen de la locura se debe a un problema moral y se posiciona como otra más de las personas que rechazaban los métodos crueles a los que eran sometidos los pacientes encerrados en manicomios hasta ese momento. “A Pinel le importaba más la autoridad del médico y el cuidado moral como factores terapéuticos, la exhortación moral a los enfermos para que ajusten su comportamiento al establecimiento, y el castigo a quienes no obedecen o se resisten a esa autoridad moral” (Galende, 2006: 54). Se apoyó en el pensamiento de la Ilustración, y propuso que la locura debía ser tratada mediante tratamientos que penetraran la psique; al mismo tiempo y gracias a los métodos de observación de las características visibles de las enfermedades mentales, logró establecer las primeras clasificaciones de las mismas.

Más tarde en el año 1961, el psiquiatra Franco Basaglia realizó una propuesta que se encaminaba a cambiar la forma en cómo se manejaban las relaciones de poder y los tratamientos a los pacientes al interior de los manicomios. Empezó, por la reforma del hospital de Gorizia en Italia, del cual fue director y donde logró gestar un gran cambio. Su inconformidad acerca del sistema manicomial del momento, encontraba su fundamento en las relaciones de injusticia y de violencia dentro del mismo, las cuales eran ejercidas por quienes estaban de acuerdo con el sistema, entre los que se encontraban los doctores, psiquiatras y demás personal de la institución mental, hacia quienes se encontraban bajo su dominio. Contrario a lo anterior, planteó que las relaciones dentro del hospital deberían caracterizarse por atribuir un poder equitativo para todos, lo que también incluía al paciente. La explicación de esta transformación reside, en palabras de Basaglia, en la importancia de despertar en este último “...un sentimiento de *oposición* al poder que hasta aquí

le ha determinado e institucionalizado. Con el despertar de este sentimiento, el vacío emocional, en el cual el enfermo ha vivido durante años, se llenará nuevamente con las fuerzas personales de reacción y de conflicto, la *agresividad* que – por sí sola- podrá servir de punto de apoyo para su rehabilitación...”(1972: 150). Es importante tener en cuenta, que Franco Basaglia no realiza su propuesta partiendo de la idea de que se debe olvidar la enfermedad del paciente, pero sí de la necesidad de dejar de lado la etiqueta que lo define en el momento en el que se va a entrar en relación con él. Su argumento es que no se entra en relación con otras personas partiendo de sus nombres, sino a través de lo que las persona son, ya que es este el único camino que permitirá establecer una relación que no esté orientada por los prejuicios que se tienen acerca de la etiqueta. En este orden de ideas “si yo digo: <este individuo es un esquizofrénico> (con todo lo que implica, por razones culturales, este término), yo me relaciono con él de una forma particular; es decir, sabiendo que la esquizofrenia es una enfermedad contra la cual nada puede hacerse; mi posición solo podrá ser la de un hombre que únicamente espera <la esquizofrenia> por parte de su interlocutor” (Basaglia, 1972: 45).

Es importante mencionar que las novedosas propuestas mencionadas anteriormente, no solo han tenido que luchar contra las brutales prácticas manicomiales que se habían venido utilizando hasta el momento, sino que también se han debido enfrentar al uso y prescripción indiscriminada de los psicofármacos. Los autores del libro “La *invención* de los trastornos mentales” (2007) abordan este tema con mayor profundidad y hacen referencia a que el descubrimiento de estos medicamentos se debió a la mera casualidad y no al arduo trabajo de investigaciones que tuvieran como fin, la creación de drogas que ayudaran a los pacientes con trastornos mentales. En el año 1912 se empezaron a utilizar los primeros sintéticos en la práctica clínica, estos se conocen como barbitúricos, “...un conjunto de compuestos sintetizados por primera vez a partir del ácido barbitúrico por el alemán Adolf von Bayer (1864) a partir de la urea y del ácido malónico derivado de las manzanas. Los barbitúricos tuvieron un gran éxito, y se sintetizaron más de cincuenta compuestos empleados para tratar desde síntomas de nerviosismo o ansiedad, inducción de anestesia hasta gran parte de los trastornos mentales, incluyendo la esquizofrenia, con la tristemente famosa <cura de sueño> o hipnoterapia” (Pardo y Álvarez, 2007: 91). En esta época, los psiquiatras que no se vinculaban a las prácticas psiquiátricas convencionales, confiaban más en las terapias psicoanalíticas como el medio para tratar la neurosis y dejaban en segundo plano el uso de los psicofármacos. No obstante, la creencia fiel en los métodos psicoanalíticos desembocó en un suceso paradójico, pues en Estados Unidos, en los años después de la Segunda Guerra Mundial, se presentó un cambio brusco en los roles de género. Las mujeres quienes trabajaban fuera de su casa en las industrias relacionadas con la guerra, debían ahora regresar a sus hogares para desempeñar sus funciones al interior de estos. Lo anterior desencadenó, de acuerdo con los psicoanalistas de la época, una <neurosis nacional>, en donde “las ambiciones laborales de la mujer se veían como síntomas de trastorno mental y también como amenaza al dominio social masculino” (Pardo y Álvarez, 2007: 94). Así pues, la crisis que ahora se vivía a nivel nacional, favoreció a las industrias de psicofármacos, quienes aprovecharon la situación para promocionar y vender los tranquilizantes que prometían

solucionar las condiciones de las mujeres afectadas. La terapia psicoanalítica conocida hasta el momento, fue entonces en buena medida remplazada por estos psicofármacos que prometían soluciones más rápidas y económicas.

Más adelante, se desarrollaron numerosos tipos de fármacos, como los antidepresivos; los cuales en un principio, aunque eran recetados para tratar específicamente los síntomas depresivos, en la actualidad son prescritos para una multiplicidad de trastornos entre los que se pueden encontrar: los de ansiedad generalizada, trastornos alimenticios como la bulimia, terrores nocturnos en niños, entre otros. La estrategia de marketing de las industrias farmacéuticas, que les ha permitido comercializar un fármaco para diferentes síndromes, se debe en parte a que existe una gran confusión terminológica para definir y delimitar los síntomas de los trastornos. Un ejemplo de esto, es la contradicción que se presenta en la descripción de las características presentes en las personas con depresión, "...pudiendo presentarse las siguientes: disminución o aumento del apetito, fatiga o agitación motora, insomnio o exceso de sueño y pérdida o ganancia de peso" (Pardo y Álvarez, 2007: 97). Si bien es cierto, que se ha dedicado mucho tiempo y recursos a la búsqueda de una razón biológica, como por ejemplo un neurotransmisor, que permita explicar la existencia y por tanto el tratamiento de los trastornos; resulta posible afirmar que hasta el momento no se ha tenido éxito en dicha tarea. "Los psicofármacos no tienen en absoluto una acción selectiva sobre un sistema de neurotransmisión cerebral como si se tratase de <balas mágicas> diseñadas para corregir un supuesto desequilibrio neuroquímico" (Pardo y Álvarez, 2007:112). Además, en ocasiones los efectos de un psicofármaco resultan ser similares para diferentes trastornos, que no tienen nada en común entre sí, lo que ha puesto en duda tanto las características diferenciadoras de los trastornos, así como sus supuestas raíces psicológicas y biológicas.

A lo largo de algunos años, se ha puesto en cuestión el origen biológico de los trastornos mentales, al mismo tiempo que se ha incrementado la duda sobre la efectividad de los psicofármacos para tratarlos. Como se menciona en un artículo del año 2004 titulado, "The case against antipsychotic drugs: a 50-year record of doing more harm than good", en el año 1960, el National Institute of Mental Health, llevó a cabo un estudio, con 344 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, que se encontraban internados en nueve hospitales diferentes. Al parecer esta investigación probaba la eficacia de los neurolepticos en dicho trastorno, pues seis semanas después del tratamiento se encontró, que el 75% de los pacientes que habían sido tratados con estos medicamentos demostraban gran mejoría, en comparación al 23% de los pacientes que habían estado bajo el uso de placebo. Sin embargo, al transcurrir un año los investigadores hicieron un seguimiento a estos pacientes, y para su sorpresa los que habían recibido placebo tenían menor probabilidad de ser hospitalizados nuevamente, que los pacientes tratados con medicamentos. Lo anterior, sugirió la posibilidad de que las drogas podían ser efectivas en un corto periodo de tiempo, pero que probablemente hacían que las personas se volvieran biológicamente más vulnerables a la psicosis, razón por la que los índices de rehospitalización habían aumentado al transcurrir un año.

Otro de los golpes que recibieron los psicofármacos, fue ocasionado por tres estudios igualmente auspiciados por el National Institute of Mental Health, en 1970. El objetivo de estas investigaciones, era averiguar si los pacientes esquizofrénicos que iban a ser ingresados a los hospitales por primera vez, podían ser tratados satisfactoriamente sin el uso de psicofármacos. Las tres investigaciones, mostraron que los pacientes que fueron tratados en ausencia de estos medicamentos obtuvieron mejores resultados que los que fueron tratados de manera convencional. Con relación al suministro de neurolépticos a los pacientes con primeros episodios de esquizofrenia, Robert Whitaker menciona que estos medicamentos causan que los cerebros de estas personas sufran cambios que tienen como consecuencia un aumento en la vulnerabilidad biológica para la psicosis, y esto aumentará la probabilidad de que se enfermen severamente (2004: 7) Lamentablemente, esta no es la única consecuencia que tiene para los pacientes el uso de psicofármacos, por el contrario, existe una lista numerosa de efectos adversos. “Estos síntomas incluyen no solo movimientos anómalos e irregulares de las extremidades, cara, labios y lengua (*discinesias*), sino también una muy desagradable sensación subjetiva de inquietud motora y nerviosismo que se manifiesta a veces por un continuo movimiento de manos y pies (*acatisia*), dolorosos espasmos musculares en la cara, incluyendo movimientos giratorios rápidos de los ojos, el cuello y la espalda (*distonías*)”. (Pardo y Álvarez, 2007: 135). En el caso de los pacientes que han recibido tratamiento con neurolépticos por periodos prolongados, se pueden presentar situaciones de ceguera, ataques del corazón, impotencia, diabetes, muerte temprana, entre otras.

La confusión existente con respecto a los psicofármacos y su efectividad, ha propiciado la aparición de nuevas miradas a través de las cuales se abordan los trastornos mentales. Entre estas, se puede encontrar <el modelo centrado en los fármacos> el cual propone una nueva aproximación, en donde la terapia esté basada en la escucha del paciente que toma el fármaco, y no netamente en la escucha del fármaco mismo. Este nuevo planteamiento, afirma que los psicofármacos han de ser vistos, no como la salida que permite curar los trastornos mentales por medio del restablecimiento de los desequilibrios químicos en el cerebro, sino como puentes en el camino de tratamientos más eficaces. De acuerdo con esta idea se deben aprovechar las alteraciones que dichos medicamentos causan en la función cerebral, para tratar los síntomas de los trastornos en cuestión. A modo de ejemplo, “...los efectos sedantes de muchos antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos podrían ser útiles en los síntomas psicóticos, la ansiedad o la agitación...” (Pardo y Álvarez, 2007: 143) gracias a que favorecen el estado de tranquilidad del paciente, lo que a su vez potencia su capacidad para hablar en la terapia. “En este sentido, el modelo de acción de los psicofármacos centrado en las drogas y no en la enfermedad constituye un retorno al antiguo concepto de *farmacología* propuesto por Kraepelin en 1882 y también al significado original de *psicofarmacología* acuñado por el destacado farmacólogo David Macht en 1915, en el que las drogas y fármacos servirían como medio para estudiar los procesos psíquicos más que como una verdadera terapia” (Pardo y Álvarez, 2007: 144).

En el texto “Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser” (2008), el autor Emiliano Galende hace hincapié en la importancia de la ética en la cual se sostiene el desarrollo de la Salud Mental. Sobre este principio, es necesario que se tengan en cuenta la historia, la experiencia, la memoria, y la sensibilidad del paciente; factores que en su conjunto representan la “dimensión conflictiva de toda su existencia humana”, y que además se le proponga al sujeto “una comprensión conjunta del malestar psíquico”. De acuerdo con este autor, se debe ayudar al paciente a alcanzar una comprensión de su realidad, con el fin de potenciar el logro de la autonomía, que le permita actuar sobre la misma, y transformar sus síntomas; este será el camino para la transformación del sufrimiento mental. “Los dos elementos, la comprensión en conjunto y la relación entre quien padece el trastorno y quien lo ayuda, son complementarios y constituyen lo esencial del proceder terapéutico” (Galende, 2008: 19). La comprensión se construirá conjuntamente entre el paciente y el terapeuta, pues desde el principio se ha reconocido la ausencia de un saber que permita ofrecer la explicación de los síntomas o una salida rápida para el sufrimiento mental del paciente.

Son varias las propuestas que prefieren prescindir del uso de fármacos, o que proponen el uso de los mismos como un medio para llevar a cabo una terapia, en donde no se deje de lado la subjetividad y el sujeto. Sin embargo, a pesar de esto y de la evidencia que demuestra el desconocimiento de las acciones específicas y la efectividad de los psicofármacos, además de los mejores resultados obtenidos por los pacientes que han sido tratados sin el uso de esta medicación y finalmente la preocupante lista de sus efectos secundarios; el uso de los psicofármacos sigue siendo muy común. Como lo menciona Robert Whitaker (2004), los psiquiatras continúan prescribiendo estas drogas a una población de pacientes mucho más grande, incluyendo a las personas que “están en riesgo” de desarrollar esquizofrenia. Las razones que explican este hecho, son en resumen atribuidas a dos factores: los intereses económicos de la industria farmacéutica y la firme creencia de las personas en estos medicamentos “mágicos” que les permitirán aliviar sus malestares de forma rápida y sin dolor.

No obstante, antes de poder hablar de estos dos factores, es necesario mencionar los hechos posibilitadores de la aparición y fuerte aceptación de los fármacos en la sociedad. Según Galende, las raíces de lo anterior encuentran su sustento en la fuerza de la globalización de la economía, que trajo consigo la apertura del mercado a gran escala y el consumo como el valor que representa el desarrollo social. El cambio en la esfera económica y política, tuvo y continúa teniendo consecuencias en la construcción de los valores y formas de ver la vida de los individuos. “La integración de los individuos a la sociedad depende simultáneamente del empleo y el ingreso económico, del conjunto de sus relaciones sociales y comunitarias, y de los recursos simbólicos con que cuente y que le permitan interactuar en los intercambios de su cultura” (Galende, 2008: 8). A raíz de estas ideas, en el contexto actual la definición de alguien normal pasa en una primera instancia por el criterio de su funcionalidad, por esto “cuando alguien se enferma ya no puede hacer frente a las tareas corrientes, se ha trastocado su rol, se ha desviado” (Cazenave, 2008:1) y esto lo que le permite a la psiquiatra y la medicina posicionarse como las instituciones controladoras de la desviación.

Con estos cambios instaurados, el mercado, que por medio de la producción de medicamentos para la salud mental y la generación de nuevos valores subjetivos que guían las conductas de los consumidores, logró fundar una nueva cultura con rasgos diferentes a los precedentes. Así, ante el hombre establecido como consumidor y ante el creciente número de síntomas que se producían en la nueva cultura y que aquejaban al hombre, el suelo para las industrias farmacéuticas quedó abonado para ofertar un sin número de medicamentos que prometían curar todas estas “enfermedades”. Claro está, la creación de las nuevas enfermedades, en muchas ocasiones, se deben a las estrategias de marketing, que por supuesto se apoyan en una lógica netamente económica. Un ejemplo de esto, es la aparición del Viagra en EE. UU, que más tarde fue presentada en los medios de comunicación como la droga que podía curar el “trastorno de la disfunción eréctil”. Este trastorno se estableció en el imaginario de los ciudadanos y los guió hacia el consumo del nuevo medicamento, que ofrecía su cura.

Lo anterior es solo una muestra de cómo las personas quedan atrapadas ante las ofertas del mercado, las cuales prometen que de forma fácil les propiciarán las salidas ante los conflictos de sus vidas diarias, los problemas en las relaciones con los demás, el insomnio, el estrés, la vejez, entre otros. Los medicamentos o fármacos ayudan a olvidarse de lo que se es, representan un viaje hacia un lugar más tranquilo y alejado de los malestares ante los que cada quien se enfrenta en la vida cotidiana. Es esto lo que Emiliano Galende, llama “la ilusión de no ser”, una “ilusión de suspender la condición subjetiva que nos hace presente lo que somos y lo que vivimos” (Galende, 2008: 12).

Por otro lado, la ambición y el poder económico de las compañías farmacéuticas juega cada vez más un rol más importante en la prescripción de psicofármacos por parte de los psiquiatras y en la búsqueda de los mismos por parte de los pacientes. Guiadas por sus intereses económicos, las empresas de fármacos promueven las enfermedades mentales “...mediante la financiación de investigadores, organización de congresos y reuniones profesionales, publicidad dirigida tanto a los médicos como directamente a la población), ya que justifican la validez aparente de la terapia psicofarmacológica, y así incrementan las ventas de los psicofármacos” (Pardo y Álvarez, 2007:142).

Tanto las estrategias del mercado, como los intereses de estas empresas farmacéuticas, contribuyen a que el lugar de la práctica medicalizante sea cada vez más fuerte, y que a su vez las propuestas en salud mental y las terapias como el psicoanálisis, queden relegadas a un segundo plano. Conjuntamente, se construye una visión estereotipada de la enfermedad mental, en donde se ve al enfermo como alguien peligroso y que por tanto debe ser alejado de la sociedad.

Como lo demuestra la investigación publicada en el año 2010 titulada “La difícil y necesaria integración entre la atención básica y la salud mental en Brasil” la tensión entre las políticas manicomiales y antimanicomiales continúa siendo evidente. En Brasil, se creó un programa reglamentado por la Ley 10708/03, llamado “De vuelta a casa”, el cual tenía como objetivo la des-institucionalización de los pacientes que hasta ese momento todavía estaban bajo el cuidado

de instituciones manicomiales, para que pudieran recibir apoyo económico y terapéutico que los ayudara en su proceso de inserción social y evitara que fueran internados nuevamente. Sin embargo, esta investigación da cuenta de que a pesar de la vigencia de este programa y el de nuevo modelo de prevención, todavía se sigue conviviendo con prácticas que se inscriben en la psiquiatría basada netamente en los fármacos, pues las acciones de los médicos antes los problemas de sufrimiento psíquico, continúan siendo la prescripción de benzodiazepínicos. Además, en este estudio se encontró que en la mayoría de los entrevistados se hallaba presente “la asociación entre condiciones sociales de vida y una supuesta peligrosidad del usuario de los servicios”... “La falta de recursos personales e institucionales para lidiar con este tipo de representación hace que las soluciones planteadas (medicación y/o derivación a especialista) aparezcan como soluciones adecuadas” (Dimenstein et al, 2010: 188).

La salud mental en Colombia:

Desde los años de la colonia, la atención mental en Colombia así como en muchos otros países, no se encontraba en manos del Estado; Era la iglesia y las sociedades de beneficencia que haciendo uso de las donaciones de la sociedad civil, se hacían cargo de la atención de estas personas. En el año 1923, las donaciones dejaron de ser suficientes por lo que el Estado “cedió a las beneficencias el manejo de las loterías con sus impuestos y rentas, así como, en actos posteriores, el impuesto de registro y anotaciones y el IVA de los licores y las cervezas, a cambio de que mantuvieran sus responsabilidades y se hicieran cargo de la denominada asistencia pública” (Posada, 2003: 9). No obstante, el manejo de estos recursos atrajo el interés de los políticos de diferentes regiones y consecuentemente experimentaron malos manejos, por lo que el Estado decidió recortar sus facultades gradualmente y consecuentemente se fue disminuyendo su patrimonio.

Años más tarde, en la Constitución Política de 1991, se proclamó que todo colombiano tiene derecho a un ambiente saludable, a bienestar, a la salud y a la seguridad social. Así mismo, se desarrolló una carta especial en donde se especificaba la protección para grupos vulnerables en donde se incluyen las mujeres, niños y adolescentes. En dicha Constitución, también se menciona la protección de los derechos de las personas con discapacidad, lo que se hace específico en el artículo 47 “El Estado adelantará una política de previsión rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestarán la atención especializada que requieran”. Consecuentemente, en el año 1993 se planteó la reforma al sistema de salud que fue plasmada en la Ley 100, la cual tenía como objetivos ofrecer equidad en términos de salud, ampliar la cobertura para todos los colombianos y mejorar la calidad del servicio. Se crearon entonces dos regímenes de aseguramiento, el contributivo en el que se ubicarían los ciudadanos que contaran con la capacidad de pago, y el subsidiado encaminado a cubrir las demandas de salud de las personas pobres. Para la prestación de los servicios de salud, se crearon las EPS y las ARS para el régimen contributivo, y las IPS para el subsidiado. Estas últimas financiarían sus operaciones utilizando las contribuciones del régimen contributivo y

recursos públicos proveídos por el Estado. La salud queda pues en gran medida a cargo de entidades privadas y el Estado deja de asumir su responsabilidad en este asunto.

La anterior reforma fue creada teniendo como supuesto un desarrollo y un aumento en la economía del país, lo que consecuentemente permitiría que un mayor número de personas se vinculara al régimen contributivo y esto a su vez haría viable el financiamiento del régimen subsidiado. Paradójicamente y por el contrario a lo que se esperaba, con el transcurrir del tiempo los índices de pobreza fueron aumentando, así como también la población afiliada al régimen subsidiado. De acuerdo con las cifras reportadas por la Misión para el Empalme de las Series de Empleo en el año 2009, el índice de pobreza en este mismo año fue de 45.5% y el de pobreza extrema fue de 16.4%. y estos porcentajes hacen que el modelo plasmado en la Ley 100 sea inviable. Estas cifras son preocupantes pues la población pobre es la más vulnerable ya que están diariamente expuestos a situaciones de vida peligrosas, tienen mala salud en general y además no cuentan con los recursos para acceder a los tratamientos necesarios. “La falta de acceso a tratamientos asequibles hace que la enfermedad evolucione con manifestaciones más graves y debilitantes, con lo que se instala un círculo vicioso de pobreza y enfermedad mental del que rara vez se puede salir.” (OMS citado en Posada, 2003:8)

El modelo propuesto en la Ley 100, tiene sus defensores, pero también sus opositores, entre los cuales se encuentran una gran cantidad de profesionales de la rama de salud. En su artículo “Los desastres de la Ley 100”, el médico Luis Ángel Villar asegura que el modelo de salud vigente no cumple con los objetivos propuestos en un principio, y que por el contrario a raíz del ánimo de lucro de las empresas privadas la atención en salud es cada vez peor. La situación de la población afiliada al régimen subsidiado no es muy diferente a la de quienes pertenecen al contributivo pues cuando estas personas se afilian a las EPS privadas “...son víctimas de una estructura administrativa y de servicios inadecuada que genera un control irracional de costos y el sacrificio de la calidad de atención por el afán de lucro. Tal es el escenario de quienes poseen “la mejor protección de salud” del país.” (Villar)

En el caso particular de la salud mental, la Asociación Colombiana de Psiquiatría afirma que “...con la Ley 100 los servicios de salud mental adquirieron “independencia del Estado” y quedaron sometidos a una lógica de mercado, en la que deben garantizar su viabilidad financiera y su auto sostenibilidad” (200: 13). Colombia ya no cuenta con la división de Salud Mental que antes estaba a cargo del Ministerio de Salud, por lo tanto las estructuras estatales encargadas de generar y evaluar políticas son inexistentes. Debido a que el régimen subsidiado no cubre los trastornos mentales y el apoyo estatal es cada vez más escaso, los hospitales públicos psiquiátricos están atravesando graves crisis financieras y amenazan con cerrarse.

REPRESENTACIONES SOCIALES:

Del anterior recorrido histórico-teórico y del objetivo elegido, resultó pertinente trabajar el análisis de la información recogida desde las representaciones sociales. A continuación se abordará dicha definición y los componentes de la misma.

Esta teoría nace en Europa, específicamente en Francia, en el año 1991, y debe su creación al psicólogo Serge Moscovici. En esta época tanto en Estados Unidos como en Europa, se estaban presentando diversas formas de rebelión y manifestaciones sociales, que no pudieron ser explicadas ni abordadas por la psicología social del momento. Es por esta razón, que Moscovici ve como necesario que dentro de la psicología social se incorpore una nueva corriente, la cual denominó: teoría de las representaciones sociales. “La teoría de las representaciones sociales trata de ser una teoría social sobre “el conocimiento de sentido común” (Álvarez, 2002: 81). Para la construcción de la misma, Moscovici retomó el término de representaciones sociales expuesto por Emile Durkheim, quien también pudo vivenciar un tiempo de crisis social, puesto que vivió la situación de la Tercera Republica, que se caracterizó por una notable inestabilidad política, con guerras internas, conflictos, luchas entre clases y problemas de disciplina. Por este motivo, pretende ofrecer una nueva explicación para su sociedad y afirma que “la vida social es un vasto campo de simbolismos, en el que las representaciones colectivas eran exteriorizaciones o vehículos que representaban emociones intersubjetivas o sentimientos colectivos, no solo para la generación que les había dado origen, sino también para las generaciones posteriores de esas sociedad” (Álvarez, 2002: 83). Este autor considera que una de las funciones de estas representaciones es la de servir como refuerzo para la solidaridad social.

La propuesta hecha por Moscovici, consiste en adoptar una mirada diferente a la que hasta el momento tenía la psicología social, que consistía en estudiar la relación sujeto-objeto, para convertirla en el análisis de la relación entre sujeto individual-sujeto social-objeto, puesto que de esta forma se estaría introduciendo lo que media entre el sujeto y el objeto, que es conocido como lo social. Así entonces, sería necesario estudiar los fenómenos relacionados con la ideología, en donde estarían incluidos las actitudes y representaciones que hacen parte de la realidad social, como todo tipo de prejuicios, creencias, estereotipos, entre otros. “También nos dice que en el objeto de estudio se incluirían todos los fenómenos relacionados con la comunicación, a la que define como los medios empleados, tanto lingüísticos como no lingüísticos, para transmitir información e influir en los demás” (Álvarez, 2002: 85).

Antes de exponer la definición del término representación social, es importante hablar sobre la palabra representar o representarse. Denise Jodelet, expone que “representarse corresponde a un acto del pensamiento por el cual un sujeto se relaciona con un objeto. Esto puede ser bien una persona, una cosa, un evento material, psíquico o social, un fenómeno natural, una idea, una teoría, etc.; este objeto puede ser tanto real como imaginario o mítico; en cualquier caso la presencia del objeto es requerida siempre. No hay representación sin objeto”. (Álvarez, 2002: 88).

Teniendo en cuenta lo anterior, esta autora define las representaciones sociales como “una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, que tiene un objetivo práctico y concurre para una construcción de una realidad común a un conjunto social” (Jodelet, 2001: 8). Moscovici confluye con esta definición, ya que para él las representaciones pasan de ser sociales a ser individuales, puesto que cada sujeto elabora cognitivamente las representaciones, pero lo hace a

partir del medio social. Este conocimiento adquirido socialmente es particular a cada sociedad y cultura y correspondiente a las condiciones históricas determinadas; por tanto pueden presentarse diferencias significativas entre diferentes culturas o incluso dentro de la misma. Así, algunas representaciones sociales fuertes en una cultura, pueden transformarse de acuerdo al momento histórico, que acarrea consigo cambios en un sinnúmero de factores como los políticos, económicos, científicos, tecnológicos, entre otros. Además, las representaciones ofrecen la posibilidad de que las personas puedan concebir cosas que existen pero que no pueden ser percibidas, como por ejemplo el amor; o por el contrario percibir cosas que no existen.

Para explicar el proceso de elaboración y transformación de las representaciones, es necesario tener en cuenta dos conceptos: objetivación y anclaje. El primero, se refiere al proceso de adquisición de las representaciones, en donde estas se obtienen, se consolidan y se transforman en sentido común. En palabras de Sandra Araya "...el proceso de objetivación se refiere a la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas"

()

Lo anterior ocurre en tres fases:

- A partir "...de toda la información social que gira alrededor de un objeto y mediante su propia experiencia con el mismo, las personas seleccionan, aglutinan, contextualizan y descontextualizan la información"
- "Esta selección les permite establecer características "fijas" del objeto, características que permitan una reproducción en imagen de una estructura conceptual, o sea, los elementos clave que permiten representar al objeto, esto es, crear el denominado núcleo figurativo"
- "Estas dos fases previas permitirán naturalizar esa representación, que consisten en dotar a esta representación de un estatus de evidencia, como si realmente refiriera a fenómenos" (Álvarez, 2002: 89).

Por otro lado, el proceso de anclaje se pone en marcha una vez la representación ya está constituida y nueva información se presenta ante el sujeto. Ante esto, la persona puede incorporar parte o toda esta nueva información a la representación ya existente, ignorarla, o transformarla. El anclaje cumple tres funciones básicas: integrar al sistema de pensamiento previamente establecido lo que resulta novedoso, servir como instrumento para interpretar la realidad y finalmente, orientar las relaciones sociales y la actuación.

Para Moscovici, las representaciones tienen un contenido global que se organiza en torno a tres dimensiones:

- La actitudinal, que hace referencia a la postura evaluativa y afectiva que toma la persona ante el objeto o el medio, la forma en la que lo valora y las respuestas emocionales que este produce.
- La informativa, que implica el conocimiento tanto cuantitativo como cualitativo, la organización del mismo y la forma de comunicarlo o transmitirlo.

- Los elementos “fijos” que se han constituido en el pensamiento, y la información nueva que se presenta ante las personas.

Las representaciones, son entonces elaboradas en torno a las anteriores dimensiones y servirán como una herramienta que permitirá interpretar la realidad. Además, son construidas por el grupo social en su conjunto, constituyendo así una visión común de la realidad, que a su vez les brinda la posibilidad de elaborar una identidad social con respecto a los objetos y su medio.

De acuerdo con Moscovici y Hewstone, “las representaciones cumplen tres funciones básicas: describir, clasificar y explicar la realidad” (Alvarez, 2002: 92). Sin embargo, es necesario mencionar que las representaciones tienen también otras funciones como las de comunicación, orientación de las conductas, formación de identidades grupales e individuales, y la integración de lo novedoso al sistema de pensamiento previamente constituido.

METODOLOGIA:

Para la recolección de información se realizaron entrevistas semi-estructuradas, a cuatro psiquiatras del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, las cuales se llevaron a cabo en este mismo espacio. La presente investigación es de corte cualitativo, razón por la que se no se pretende recopilar información objetiva y por el contrario se persigue agotar información mediante la escucha atenta de los diferentes puntos de vista de cada uno de los entrevistados y sus puntos de convergencia. Esto se alcanza mediante el establecimiento de una relación y un ambiente de confianza entre el entrevistado y el entrevistador lo que permite mayor fluidez de ambas partes.

Por cuestiones prácticas y debido a los limitantes de tiempo de los profesionales de esta institución, se tomó la decisión de hacer las entrevistas en compañía de una colega, quien también se encontraba realizando su trabajo de grado y cuyo tema de investigación es similar al del presente trabajo.

RESULTADOS:

En función de la información colectada se definieron las siguientes categorías:

- Noción de sujeto

Las distintas disciplinas en el área “psi” fundamentan sus tratamientos e intervenciones en la mirada que tienen del ser humano. Es claro que esto varía dependiendo de la formación, y el enfoque, pero también de las dinámicas institucionales del lugar donde se trabaja. La formación en psiquiatría, como lo manifiestan los entrevistados se basa principalmente en el estudio de los causantes biológicos en los trastornos mentales, lo que se ve ratificado en la formación en medicina que reciben. Sin embargo, la visión médica y psiquiátrica del sujeto y su “trastorno”, se presenta en cierta medida contradictoria pero a la vez complementaria, con la que ofrece el

modelo psicoanalítico y la formación en sociología que algunos de los entrevistados manifiestan haber tenido.

Así entonces, se pone de manifiesto la idea de que el sujeto está atravesado por una parte biológica que juega un papel fundamental en las posibles enfermedades tanto a nivel físico como mental; y que además es un ser social el cual se ve inmerso en una trama de relaciones con el otro(s) que pueden ser beneficiosas o perjudiciales, razón por la que aparece el trabajo en comunidad como factor importante en el área de la salud mental. Uno de los psiquiatras entrevistados lo expresa así:

“Pues, mi formación de pregrado es biomédica entonces evidentemente tengo una herencia de todo el aspecto biológico, anatómico fisiológico que pues me da la formación médica, pero desde la formación como psiquiatra empecé a interesarme por el enfoque psico-dinámico /psicoanalítico, y posteriormente la aplicación en comunidad de la salud mental....Pues es que nosotros somos seres relacionales ¿sí? Nadie individuo, solito, nadie se crea individuo, somos sujetos de relación y en ese sentido pues evidentemente la enfermedad o el bienestar también está dado por esas relaciones que uno establece, y esas relaciones lo pueden proteger a uno o lo pueden vulnerar.” (Sujeto1)

Continuando con lo anteriormente citado, las relaciones sociales pueden ser vistas como factores potencializadores de la salud mental del sujeto, de lo que se puede inferir que son también indispensables en el desarrollo de un tratamiento. Consecuentemente, resultaría necesario trabajar conjuntamente con los familiares del paciente, ya que son ellos los responsables de acompañarlo en dicho proceso. No obstante, las intervenciones con las familias y las redes de apoyo parecerían ser inexistentes, y sus responsabilidades en el proceso quedan limitadas a ser los encargados de vigilar que los pacientes se estén tomando sus medicamentos, ya que de no ser así serían vistos como un impedimento en el desarrollo y efectividad del tratamiento.

“...bueno hay elementos culturales en donde toda la familia le dice es que te vas a envenenar si te tomas eso. Entonces de entrada ya hay una serie de elementos que probablemente van a hacer que el tratamiento no sea útil...” (Sujeto 1)

Al mismo tiempo, los vínculos familiares aparecen como generadores de malestar, por lo que resulta necesario aislar a la persona afectada de este entorno, en busca de una mejoría. Esta es una de las razones que justifican la internación de los pacientes, cuestión que resulta improductiva pues lograr “estabilizar” a un paciente durante los días que permanezca hospitalizado, no da la certeza de que al regresar a su entorno cotidiano no vuelva a experimentar el mismo malestar que en un principio lo llevó a ser atendido.

“Hay circunstancias sociales, por ejemplo parte del estresor era una discusión familiar, una situación de violencia intrafamiliar, entonces el paciente mientras está aquí está bien, sale a la calle y vuelve y encuentra la pelotera de la casa y vuelve y se pone mal.” (Sujeto 2)

La razón principal para que un paciente sea internado, se sustenta en una representación que no solo es compartida por los profesionales de la psiquiatría, sino que por su historia y fuerza ha encontrado refugio en la sociedad. Esta es la de la noción de peligrosidad que se tiene referente a los pacientes de un hospital psiquiátrico, en especial a los que son catalogados con ciertos trastornos específicos, como lo es la esquizofrenia. Así la representación de que los pacientes psiquiátricos constituyen un peligro tanto para ellos como para quienes los rodean, ha sido un conocimiento socialmente elaborado y transformado en sentido común; este a su vez tiene el objetivo práctico de organizar las acciones en torno a estas personas. El sentimiento de peligro, la posición de cautela y la determinación de llevar a su familiar o miembro de su comunidad enfermo al hospital psiquiátrico, son entonces las respuestas afectivas y actitudinales resultantes de la noción de peligrosidad que se tiene de este sujeto. A esto se suma, la posición e información ofrecida por los psiquiatras la cual reivindica las acciones de las familias o las comunidades.

La idea de que el paciente psiquiátrico representa un peligro para él y para los demás, se puede evidenciar repetitivamente en cada una de las entrevistas, y se usa para validar la utilización de los psicofármacos o de la internación pues se afirma que estos actúan como medios tranquilizantes y de contención.

“Si yo a un paciente agresivo no le doy un fármaco que module sus niveles de dopamina va a terminar matando a alguien en la calle... Yo te diría que el criterio básico es si el paciente representa algún peligro para él o para el entorno...” (Sujeto 4)

“Los criterios de hospitalización son en general claros, que el paciente este poniendo en riesgo su vida o la de otras personas... que el paciente este pues muy agresivo contra sí mismo o contra otros, altísimo riesgo suicida, eh si este tipo de casos o que tenga la enfermedad muy descompensada, por ejemplo un epiléptico que está en crisis eh seguidas y que... Pues inmediatamente uno lo hospitaliza para poder controlar eso.” (Sujeto 2)

“Uno que la situación que tenga en ese momento lo ponga en riesgo de muerte a él, lo ponga en riesgo de hacerse daño, un daño tal que lo va a llevar a la muerte, es una situación que probablemente está influenciada por una patología... Está sufriendo y es a partir de ese sufrimiento que tiene esa opción de matarse. Otro que a partir de una situación, de un malestar psíquico y que ponga en riesgo la existencia de otro, entonces el paciente psicótico que empieza a volarle machete a toda la familia; entonces no hay que dejarlo en la casa a que descabece a alguien con el machete, evidentemente hay que proteger a la familia.” (Sujeto 1)

A raíz de algunos sucesos que han sido narrados por pacientes y familiares a los psiquiatras entrevistados, las anteriores representaciones se han visto re-afirmadas lo que ha permitido que cobren mayor fuerza y continúen sin ser transformadas. En otras palabras, en el transcurso de la asimilación de estas experiencias, han podido ser dimensionadas como parte del proceso de anclaje de las representaciones mencionadas.

“...entonces por ejemplo un caso de un paciente que en ese estado compulsional mato a su abuela sin ser consciente de lo que estaba haciendo ¿sí? Entonces en ese tipo de situaciones ehh pues el medicamento ayuda a calmar al paciente y a que no vaya a cometer un acto del que posteriormente se va a arrepentir.” (Sujeto 3)

El uso de los psicofármacos y de la internación de los pacientes, responde también a la representación (creencia) de que una persona enferma pierde su funcionalidad y la intervención psiquiátrica podrá devolverle tan importante rol social. Como lo menciona Liliana Cazenave lo que se piensa en el contexto de la modernidad es que “cuando alguien se enferma ya no puede hacer frente a las tareas corrientes, se ha trastocado su rol, se ha desviado” (Cazenave, 2008: 1) y esto le abre el camino a la psiquiatría y a la medicina para posicionarse como instituciones controladoras de la desviación. Se manifiesta entonces la preocupación por devolverle rápidamente la posibilidad a una persona de retornar a su rol social con todas las capacidades y competencias necesarias para lograr desempeñarse en el mismo y enmarcarse dentro de la lógica de la productividad. Lo anterior dependerá en gran medida del autocontrol que le ofrecerán a esta persona los psicofármacos y que perderá nuevamente si interrumpe dicho tratamiento.

“Pienso yo que cuando aparece la disfuncionalidad, es el momento de consultar.” (Sujeto 4)

“...su cerebro no trabaja bien por múltiples razones, su ambiente no es bueno, usted necesita un fármaco que estabilice neurotransmisores, una terapia que le permita al paciente recuperar su funcionalidad y control estricto, porque una vez usted quita el fármaco, quita la terapia el paciente se enferma otra vez.” (Sujeto 2)

“...pero si yo le quito el medicamento a estos pacientes voy a terminar atentando contra su funcionalidad...” (Sujeto 4)

Es importante resaltar que según la información que proveen las entrevistas, la pérdida de funcionalidad afecta tanto al paciente como a quienes lo rodean y esto también es un motivo de preocupación y una razón para iniciar un tratamiento. Se puede afirmar entonces que el interés no reside únicamente en el sujeto y en su malestar, sino que también se considera el de quienes lo rodean. De esta manera la representación de peligrosidad va acompañada por una de disfuncionalidad, en donde la persona enferma no solo es vista como una amenaza, sino como alguien que puede resultar siendo una carga o molestia para los demás y por tanto es necesario que esté controlada para que así pueda recuperar su autodisciplina.

“...es decir el hecho de alguien no sea sociable o sea muy aislado mientras eso no interfiera con su trabajo pues probablemente no requiera manejo, a excepción de que sea muy conflictivo en el trabajo y el jefe diga oiga vaya a que lo miren porque es que pues definitivamente con usted trabajar es muy complejo así usted sepa hacer lo que le toca hacer.”

A lo anterior se añaden las afirmaciones realizadas por los psiquiatras entrevistados, de que en determinados casos las personas enfermas no cuentan con las facultades o capacidades para

discernir que están padeciendo de un trastorno mental, por lo que resulta válido que sean llevados por otras personas al hospital psiquiátrico a recibir tratamiento. De esta forma la responsabilidad recae sobre los miembros de la familia, vecinos, amigos, etc, quienes deben encargarse de detectar cualquier anomalía en el paciente y acudir con él para que pueda ser controlado.

“...en determinadas circunstancias yo no diría que todos pero algunos pues requieren la supervisión es como si fuera un niño y eh pues según la ley es la familia la que tiene la obligación.” (Sujeto 4)

- Conceptos de salud y enfermedad

El campo de la salud, ya sea mental o física no ha escapado a los cambios históricos que han permitido numerosas y diferentes aproximaciones a la misma. Hace muchos años, cuando aun no se contaba con el conocimiento anatómico - fisiológico del ser humano, las enfermedades se trataban haciendo uso de las propiedades medicinales de las plantas, y con rituales religiosos para tratar los maleficios o posesiones demoníacas. Esta última creencia también fue aplicada para explicar la “locura” y los comportamientos de estas personas. El conocimiento que se adquirió a través de los adelantos en la ciencia y en la tecnología, permitió avanzar en el entendimiento de las enfermedades y sus causas, razón por la cual las explicaciones referentes a posesiones demoníacas o designios divinos perdieron fuerza y credibilidad.

Cabe resaltar, que la variedad de aproximaciones de la enfermedad también determinan el concepto que se tiene de la misma. Debido a esto, se pueden encontrar diferentes definiciones de salud y enfermedad, así como también de enfermedad mental. Específicamente en el campo de la psiquiatría, se hace evidente un discurso políticamente correcto, pues en la definición de salud mental se incluyen los factores socio-culturales, psíquicos y biológicos que obligan a tener una mirada más integral del ser humano. Esto se puede evidenciar en las respuestas de todos los psiquiatras entrevistados, por lo que se hace referencia a solo una de ellas:

“Biológicos, psicológicos y sociales. Y sin la suma de los tres no hay una enfermedad mental per se, o sea no hay una enfermedad mental que sea solo biológica o psicológica o social, es como la suma de esas vulnerabilidades lo que hace que algo se pueda presentar.” (Sujeto 3)

Es importante mencionar, que la visión holística del ser humano presente en las respuestas, parece desaparecer en la práctica puesto que se apunta únicamente a solucionar los aspectos de orden biológico a través del uso de los fármacos y se están dejando de lado los factores sociales y culturales. En las entrevistas, también se hace evidente la representación de que una persona goza de salud física y mental, en tanto es funcional y puede cumplir con su rol social. De aquí se desprende la idea de que el tomar fármacos será el camino más rápido y eficaz para que el individuo pueda volver a adquirir las capacidades y el autocontrol necesario, para que así consiga ejercer sus funciones laborales o sociales. Esto resulta necesario, pues el campo de la salud mental no escapa a la lógica de la globalización y el consumismo, la cual dicta que la integración

social de una persona depende de su ingreso económico, su trabajo y las relaciones sociales que establezca. Por tanto, es imprescindible devolverle el equilibrio y funcionalidad a las personas, lo que requiere de medidas rápidas. Uno de los entrevistados expresa su concepción de salud de la siguiente manera:

“Salud sería como un estado funcional, como un estado en el que yo puedo realizar las actividades para las que me he preparado no solo a nivel laboral, también social, a nivel lúdico y que digamos que estoy en plena competencia para realizar este tipo de actividades.” (Sujeto 4)

Por último, el mismo entrevistado menciona que para el diagnóstico de una enfermedad mental, en ocasiones es necesario tener en cuenta las evaluaciones que los otros hacen del paciente. Así entonces, se puede afirmar que no es suficiente con que el paciente sea funcional y se sienta a gusto con sus relaciones sociales para descartar una enfermedad mental; el juicio valorativo de quienes rodean a la persona en cuestión así difiera del de la misma, puede ser determinante para diagnosticar una enfermedad.

“...si yo tengo un comportamiento disruptivo frente al resto de mis compañeros de trabajo, de mi familia y ese tipo de cosas allí yo pensaría en enfermedad mental sin necesidad por ejemplo de que sea una enfermedad severa, podría hablar por ejemplo de un trastorno de personalidad...” (Sujeto 4)

- Modelo de tratamiento

Al igual que otras disciplinas, la psiquiatra ha experimentando grandes avances en su teoría, conocimiento y forma de tratamiento. Se ha pasado de la mirada del loco sin remedio que necesitaba ser internado para siempre en un manicomio y expuesto a todo tipo de tratamientos dolorosos e inhumanos, que cumplían el objetivo de tranquilizar a los agitados y convertirlos en personas sumisas a la disposición del personal del manicomio. Con el transcurso del tiempo y gracias a las propuestas de diferentes autores, las cuales restauran la dimensión humana y social del ser humano en el tratamiento de los trastornos mentales, se pasó a una perspectiva más integral del mismo. Actualmente y a raíz de los avances en el tema de los derechos humanos y en otras disciplinas como la psicología, sociología y antropología, las cuales han demostrado el papel indispensable de la sociedad en la vida de un individuo, la psiquiatría ha incorporado dicho conocimiento en su práctica y tratamiento. Se hace referencia entonces, a las instituciones sociales tales como la familia y la comunidad, o a lo que los psiquiatras entrevistados denominan red de apoyo, para afirmar que su presencia es indispensable en el tratamiento de un sujeto. Esto se suma a la aparición de la medicación psiquiátrica, lo que permitió cambiar el modelo de internaciones prolongadas, buscando así solo internar a los pacientes en casos estrictamente necesarios y por una menor cantidad de días a lo que anteriormente se hacía, puesto que el recetar fármacos permite que el tratamiento sea llevado a cabo en casa sin necesidad de la constante vigilancia de un profesional.

Si bien la familia o allegados pueden representar un apoyo y un progreso para el desarrollo del tratamiento, también pueden jugar el papel de factores negativos puesto que en ocasiones son vistos por los psiquiatras como los detonadores del trastorno en el sujeto o como impedimentos de un tratamiento. Los entrevistados en general reconocen las creencias sociales y las representaciones negativas en torno a los fármacos, como una de las principales razones para el fracaso de un tratamiento. Así las ideas preconcebidas del paciente y el otro social hacen más difícil que este primero acceda a tomarse el medicamento recetado por los psiquiatras. Los profesionales entrevistados lo expresan de la siguiente manera:

“...porque tiene falsas creencias y piensan que eso les va a dar adicción, o que les va no se dar impotencia, o porque piensan que es mejor tomar hiervas porque sientan que eso intoxica.” (Sujeto 2)

“...yo estaba muy bien con mi medicamento hasta que llegó la vecina y me dijo ¡ahí eso es pa’ locos y eso daña las neuronas, eso quema las neuronas!” (Sujeto 1)

En relación a la elaboración de un diagnóstico, la psiquiatría cuenta con diferentes manuales, entre los que se encuentra el DSM IV, que le permiten dirigir las observaciones de los síntomas en un paciente hacia un trastorno específico. Se tiene en cuenta lo que el consultante manifieste acerca de su malestar y lo que considera que son las causas y el tiempo de duración del mismo. El psiquiatra realiza las observaciones y estudios médicos pertinentes que le permitirán descartar cualquier tipo de problema a nivel biológico o neuronal. A partir de los resultados que se obtengan se procede a la elaboración de un diagnóstico clínico, a recetar psicofármacos y en algunas ocasiones a la internación del paciente. Según lo manifestado en las entrevistas...

“Hay unos protocolos, o sea todas las actividades donde nosotros realizamos clínica son protocolizadas y esos protocolos están basados en lo que la literatura nacional e internacional dicen que es lo mejor.... Pues digamos en sentido amplio el farmacológico.” (Sujeto 1)

“Si los exámenes salen normales, nosotros hacemos un diagnóstico clínico, nosotros tenemos un manual como donde se hace una especificación de los síntomas, funciona más o menos como una receta...Entonces allí hay como una serie de ítems en psiquiatría donde dice, para que un paciente sea esquizofrénico debe cumplir esto y esto y esto...” (Sujeto 4)

Una de las psiquiatras entrevistadas manifestó que aunque también hace uso de los manuales para la elaboración de un diagnóstico, reconoce que solo algunos trastornos requieren del uso de fármacos. Así mismo, menciona que en algunos casos no es necesario recetar medicamentos y que de hacerlo podría resultar contraproducente para el paciente.

“Nosotros hacemos un diagnóstico multi-axial, multi-axial quiere decir que evaluamos como por ejes cosas que están determinando que la persona en ese estado...En general, pues se puede decir que inmediatamente se considera la posibilidad de tratamiento farmacológico, en la psicosis, ehh y los trastornos graves del estado de ánimo, de resto son situaciones en las que uno

pues puede considerar no usar medicamentos y que de hecho piensa uno que puede ser contraproducente usarlos.” (Sujeto 3)

No obstante, otro de los psiquiatras descarta la opción de poder llevar a cabo terapias en este hospital, que prescindan de los fármacos. La explicación para esto, se basa en razones netamente económicas y de índole administrativo, ya que si no reporta a las entidades prestadoras de salud estar utilizando fármacos en el tratamiento de los pacientes, estas frenarán sus desembolsos y el hospital tendrá grandes pérdidas.

“...además eso tiene una implicación administrativa que si mi me da por aplicar ese tipo de terapia probablemente lo que van a hacer, eso se llama una glosa, es glosarme todas las cuentas y el hospital tiene una perdida grande con respecto a eso” (Sujeto 4)

Es posible afirmar entonces, que tanto las estrategias del mercado, los intereses de las empresas farmacéuticas y las dinámicas de las instituciones prestadoras de salud colombianas contribuyen a que el lugar de la práctica medicalizante sea cada vez más fuerte; lo que a su vez erradica la posibilidad de ofrecer a los pacientes distintas formas de tratar su malestar psíquico. En otras palabras, la democracia en términos de la salud mental pública, es inexistente debido a que el tratamiento por medio de fármacos continúa abonando su terreno posicionándose como un monopolio.

A pesar de los avances en la ciencia, que han permitido estudiar más a fondo los componentes físicos, cerebrales y biológicos del ser humano, la etiología de muchas de las enfermedades psiquiátricas continúa siendo desconocida. También se desconoce la acción específica de los psicofármacos, pues como lo mencionan Pardo y Álvarez estos medicamentos “...no tienen en absoluto una acción selectiva sobre un sistema de neurotransmisión cerebral como si se tratase de <balas mágicas> diseñadas para corregir un supuesto desequilibrio neuroquímico” (2007:112). Debido a que la psiquiatría no tiene la certeza acerca de la efectividad de un fármaco en un trastorno específico y que además se debe enfrentar a las diferentes reacciones que dichos medicamentos pueden tener en cada paciente; resulta necesario usar la herramienta de ensayo y error. Como lo reconoce una de las entrevistadas, el éxito del tratamiento está en cierto grado determinado por la compatibilidad entre el fármaco y el paciente:

“Pues vuelve y juega que biológicamente uno le pegue al manejo ehhh farmacológico que el individuo resista...” (Sujeto 2)

Continuando con lo anterior, la relación entre el paciente y el terapeuta, es también mencionada como otro factor que puede jugar a favor o en contra del desarrollo de la terapia. Para una de las entrevistadas es necesario que el paciente logre confiar en el psiquiatra pues de esto depende que se revele la información necesaria para llevar el tratamiento. Aparece entonces la idea de que este último solo se podrá efectuar si hay deseo, voluntad y confianza por parte del paciente.

“...sobre todo en algunas situaciones en las que es claro que el paciente desconfía y desconfía.... No, es una situación en la que a través justamente de la relación terapéutica transferencial, yo me gano esa confianza.” (Sujeto 1)

En el anterior fragmento se habla de establecer una relación transferencial entre el paciente y el terapeuta, lo cual se logra a través de una relación de confianza. Sin embargo, este tipo de relaciones no se establecen en un solo encuentro. La complejidad de las relaciones humanas, sumado al espacio hospitalario donde se llevan a cabo el encuentro, sugiere como indispensable que el psiquiatra establezca una mayor cantidad de encuentros con cada uno de los pacientes, y que además duren un periodo de tiempo prolongado. Cabe resaltar lo que menciona un entrevistado al respecto:

“...nosotros ehh tenemos modelos pues por el tipo de hospitalización son más modelos de tipo cognitivo – conductual, son intervenciones muy breves, por ejemplo las intervenciones con los pacientes hospitalizados son a través de 5 minutos porque yo veo alrededor de 30 pacientes en cuatro horas que estoy acá” (Sujeto 4)

Si bien es importante que el psiquiatra construya una relación transferencial con el paciente, que le permita obtener información importante y relevante para el tratamiento; el contexto en el que se trabaja obliga a estos profesionales a atender un gran número de pacientes lo que a su vez imposibilita llevar a cabo un análisis detallado de alguno de ellos o establecer la relación de confianza tan indispensable. El psiquiatra termina posicionándose como el poseedor del saber y deja de lado la dimensión subjetiva del paciente. Para Emiliano Galende (2008), esta posición del psiquiatra impide trazar el camino para la transformación del sufrimiento mental, ya que él considera necesario que se ayude al paciente a alcanzar una comprensión de su realidad, con el fin de potenciar el logro de la autonomía, que le permita actuar sobre la misma, y transformar sus síntomas. Por tanto, si el terapeuta se presenta como quien tiene la cura y la solución a los conflictos psíquicos del paciente, la responsabilidad de este último quedara únicamente relegada a acatar las demandas y seguir las órdenes de quien tiene el saber.

Cuando los psiquiatras recetan fármacos no pretenden llegar a la raíz del malestar, sino ofrecer un alivio generalizado para síntomas que seguramente tienen razones particulares y características de quien los sufre. La psiquiatría no incluye dentro de sus intereses el buscar la causa del síntoma, el objetivo es re-establecer un equilibrio cerebral por medio del medicamento. Dos de los entrevistados lo expresan así:

“Paliar significa mejorar un síntoma ¿entonces que son los medicamentos? Una ayuda ¿para qué? Para curar el síntoma.... el dolex no le está quitando el dolor de cabeza, el dolex le ayuda a mejorar el síntoma pero no la causa del dolor de cabeza.” (Sujeto 1)

“el psicofármaco es usado para un síntoma; mejor dicho si usted tiene fiebre pues usted toma un dolex, habría que entrar a mirar de que es la fiebre, pero el dolex sirve para la fiebre, no importa de qué origen...” (Sujeto 2)

A pesar de que algunos de los tratamientos mencionados en las entrevistas actualmente se presentan como terapias alternas a la farmacológica, parecen ser reconocidas por estos psiquiatras únicamente como instrumentos complementarios. Por esto, el uso de la fármaco-terapia conjuntamente con otro tipo de terapia potenciaría las posibilidades de mejoría del paciente, no obstante; las terapias que aquí se consideran como complementarias no resultan suficientes por si solas pues a diferencia de los fármacos, no permiten contener a los pacientes agudos y no actúan con la misma rapidez. Así mismo, se resalta la importancia de un abordaje psicosocial y multidisciplinar en donde las funciones de cada uno de los profesionales está delimitada, pues los psiquiatras se encargan de establecer el tratamiento en lo referente a las alteraciones cerebrales, también pueden trabajar la parte psicológica pudiendo esta igualmente ser trabajada por los psicólogos, y finalmente la parte social y la terapia ocupacional sería abordada por los trabajadores sociales. Sin duda el abordaje multidisciplinar permitiría lograr mejores resultados en las terapias, pues se estaría tratando al paciente de una perspectiva más integral, sin embargo; debido a la ausencia de personal de diferentes disciplinas los pacientes reciben un tratamiento puramente farmacológico. Una de las entrevistadas afirma que la oferta de profesionales de diferentes disciplinas en el hospital psiquiátrico es escasa:

“Entonces pasamos de tener que se yo, 10 psicólogos a tener 1 o 2, de tener 5 trabajadores sociales a tener una trabajadora social, entonces pues evidentemente hay una limitación muy importante en el tipo de tratamientos que se pueden ofrecer.” (Sujeto 1)

La fármaco-terapia no solo se presenta entonces como el tratamiento más utilizado en esta institución, sino que además se reconoce que en gran número de casos debe ser permanente. Esta decisión se basa en la idea de que el fármaco será el único medio que le permitirá al paciente seguir teniendo autocontrol y ser funcional. Una de las psiquiatras menciona que existe la posibilidad de que a raíz de la evolución del paciente el medicamento pueda ser suspendido.

“...ya la en la clínica del uno a uno de cada sujeto uno tiene que evaluar si el paciente puede o no estar sin medicamento.” (Sujeto 3)

A diferencia de la anterior opinión, otro psiquiatra entrevistado afirma que la única razón para suspender el medicamento sería debido a una relación costo – beneficio que no esté resultando como se espera. En otras palabras, que el costo en términos de efectos adversos este resultando mayor que el beneficio. Además, la solución no sería suspender el medicamento de forma definitiva, sino que optaría por cambiarlo:

“¿Razones para suspendersele?, que el medicamento le este provocando más efectos adversos que benéficos, prácticamente que le este provocando daño... pero se lo suspendo probablemente para cambiárselo por otro” (Sujeto 4)

Con respecto a los efectos negativos de los psicofármacos es importante mencionar que todos los entrevistados reconocen que todos estos medicamentos tienen consecuencias adversas para el organismo, pero que esto no se diferencia de ningún otro tipo de sustancia o medicamento, ya

que incluso los que se pueden comprar sin receta médica como la aspirina tienen efectos negativos. Por otro lado, cabe resaltar que una de las psiquiatras añadió a su respuesta algo que no fue tenido en cuenta por los demás, y que también desde la perspectiva psicológica puede ser el efecto más dañino producido por los fármacos.

“...pero yo te diría que el efecto más negativo que tienen los anti-psicóticos y que no tiene que ver con el principio químico en sí, es darle la idea a la persona que la mejoría viene de afuera ¿sí? Que hay algo que tiene que entrar a actuar sobre él, para que él se mejore y no que su mejora es algo que tiene que partir de él.” (Sujeto 3)

Otros de los elementos complementarios para el tratamiento con fármacos son las redes de apoyo. Estas pueden estar constituidas por familiares, vecinos, amigos, etc., en otras palabras, por personas que puedan prestar una ayuda al paciente. Es evidente la presencia del discurso políticamente correcto, en donde el ser humano debe ser considerado como un ser social y por tanto no se puede prescindir de las relaciones con sus semejantes, ya que estas son esenciales en la vida y el desarrollo de cada persona. En lo respectivo al tema de la salud mental, las relaciones con los demás deben ser vistas como espacios terapéuticos y de contención que juegan a favor del bienestar del individuo. A pesar de que el concepto de redes de apoyo aparece repetidamente en todas las entrevistas para explicar que la presencia de estas determinará la efectividad del tratamiento, pareciera que contrario a lo anteriormente mencionado estos no fueran espacios terapéuticos ni de contención, sino de control. De esta forma, las responsabilidades de las redes de apoyo deben estar encaminadas a vigilar que el paciente se tome el medicamento como fue recetado y a acudir junto con él al psiquiatra en caso de notar algún cambio, es decir velar por la adherencia del paciente al tratamiento.

“Por eso les digo que la red social es tan importante, si eso no está es muy difícil que una persona sostenga el tratamiento indefinidamente.” (Sujeto 3)

“...ya porque uno puede tener un paciente descompensado pero con muy buena red de apoyo y usted diga nooo, le van a dar el medicamento estoy tranquilo en quince días lo van a traer a control y si algo pasa antes la familia va a acudir inmediatamente al hospital” (Sujeto 2)

- Representación sobre su trabajo

El Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle es catalogado como una de las instituciones públicas con mayores niveles de especialización en salud mental, ubicándolo en un nivel tres. Es también un centro de atención y remisión de todo el sur-occidente colombiano por lo que juega un importante rol en esta área específica de la salud. Aunque algunas personas atienden a este lugar por consulta externa, hay un gran número de pacientes que vienen por urgencias y además pueden ser hospitalizados.

Como muchos hospitales de Colombia, este también atraviesa una crisis financiera grave, lo que consecuentemente afecta la calidad de sus servicios, el trato a los pacientes y el ambiente laboral.

El Estado continuamente afirma no tener los fondos para suplir los costos no solo de la salud pública en general sino también de la mental, por lo que se hacen recortes de personal dejando así únicamente los profesionales que se consideren estrictamente necesarios para el funcionamiento de la institución. Esto por supuesto, se ve reflejado en el tratamiento que se le ofrece a los pacientes, pues se demanda que los psiquiatras atiendan a un número elevado de personas en una pequeña cantidad de tiempo, lo que cierra la posibilidad de que los pacientes sean escuchados; aspecto esencial en el área de la salud mental. A través del modelo de salud colombiano, se intenta a toda costa disminuir costos y aumentar la productividad, de esta forma solo recibirán atención quienes “verdaderamente” la necesiten y de ser así, es necesario que sea ofrecida de manera rápida para poder continuar con el siguiente paciente. La decisión de recortar personal, está basada en una lógica de productividad, como lo manifiesta uno de las entrevistadas:

...la ley 100 como es un ley que pone a la salud en una dinámica del mercado hacia ver que era poco productivo, poco productivo “económicamente” ¿no?, de los psicólogos y los trabajadores sociales.” (Sujeto 1)

A diferencia de otros países, en Colombia no se cuenta con redes de atención en salud mental como lo son las casas de apoyo o centros terapéuticos las cuales ofrecen atención a las personas cerca o al interior de su comunidad. La ausencia de estas estructuras hace que la situación de dichas personas empeore y se vean en la necesidad de recurrir a instituciones de un nivel de mayor complejidad como lo es el Hospital Psiquiátrico. Debido a que el estado en el que llegan es crítico, la labor del psiquiatra se dificulta así como también el tratamiento.

Muchos pacientes viven en zonas lejanas al Hospital, por lo que para ser atendidos deben recorrer grandes distancias, quedando así separados de sus familias y comunidades. La lejanía no solo afecta el desarrollo del tratamiento sino que también se presenta como un impedimento para que los psiquiatras les puedan dar de alta paulatinamente. El trabajo de estos profesionales en los espacios comunitarios es restringido por la Ley 100, pues está dicta que para recibir atención psiquiátrica los pacientes deben desplazarse hasta el Hospital psiquiátrico más cercano, anulando así la posibilidad de trabajar con ellos en medios más confortables, lo que seguramente resultaría más beneficioso. Una de las entrevistadas se manifiesta de la siguiente manera:

“Yo trabajo con la Universidad del Valle en un programa de psiquiatría comunitaria en el Centro de Salud Siloe y allá me toco sellar con sello de médico general porque la ley colombiana dice que el psiquiatra no debe estar allá, entonces se supondría que a todos los pacientes les tocaría venir aquí para ver a un psiquiatra, y no como a sitios cercanos a donde vive ¿no? Porque la ley 100 no lo permite.” (Sujeto 1)

El sistema de salud colombiano, específicamente en la salud mental, limita los tipos de tratamiento que se pueden ofrecer, dándole prioridad a los que resultan ser más productivos y rentables. Por esto, los pacientes del Hospital Psiquiátrico reciben principalmente, un tratamiento psicofármaco pues a través de esto se favorece a las industrias farmacéuticas así como también a

las EPS y otras entidades que tienen convenio con las mismas. Así entonces, las decisiones sobre un tema tan importante como lo es la salud de la población más numerosa del país, están siendo tomadas a partir de la lógica del mercado en donde solo se acepta lo que produce ganancias. Si bien en Colombia hay una amplia oferta de tratamientos, estos se vuelven accesibles únicamente para las personas que cuentan con los medios económicos y que pueden asistir por consultas privadas. Por el contrario, en lo referente a la población pobre “la falta de acceso a tratamientos asequibles hace que la enfermedad evolucione con manifestaciones más graves y debilitantes, con lo que se instala un círculo vicioso de pobreza y enfermedad mental del que rara vez se puede salir.” (OMS citado en Posada, 2003:8)

En el caso del Hospital Psiquiátrico del Valle, el sistema de salud hace obligatorio que la atención a los pacientes hospitalizados se haga por medio de fármacos, ya que esta es la única medida de justificación para que las entidades como las EPS paguen el tratamiento. En otras palabras, el único tratamiento aceptado por las EPS es el farmacológico; esto resulta curioso pues como se ha concluido a través de algunas investigaciones como la que se llevó a cabo por el National Institute of Mental Health en 1960, los psicofármacos solo resultan efectivos en un corto periodo de tiempo y probablemente hacen que las personas se vuelvan biológicamente más vulnerables a la psicosis, lo que explica los altos índices de re-hospitalización.

La ley colombiana de salud mental no solo limita a los pacientes y psiquiatras a la farmacoterapia, también condiciona a estos profesionales a hacer uso de un listado determinado de medicamentos. Uno de los psiquiatras entrevistados lo manifiesta así:

“...los psiquiatras que trabajamos con el régimen de salud del Plan Obligatorio de Salud, estamos condicionados por unos listados de medicamentos. Nos dicen ustedes de primera opción tienen que utilizar esto... probablemente son los medicamentos que mas efectos adversos tienen reportados a nivel de antipsicóticos que son el haroperidol y la clozapina... Y por ley, yo tengo que iniciarle alguno de esos medicamentos a los pacientes porque si no la EPS no le va a querer dar otros medicamentos” (Sujeto 4)

Los limitantes impuestos por las entidades de salud también afectan el desarrollo del tratamiento en lo referente a los criterios y la cantidad de días de hospitalización. A pesar de que el criterio médico determina que el paciente debe permanecer hospitalizado por cierto número de días, quienes toman la última decisión son las entidades prestadoras de salud. Estas últimas establecen un número máximo de días en los que se harán cargo de los costos de hospitalización, y cualquier día extra deberá ser asumido por el paciente o sus familiares. Sin embargo, en muchas ocasiones los especialistas consideran que para la efectividad del tratamiento el paciente necesita estar hospitalizado un número de días diferente a los estipulados por las EPS, pero debido a que los pacientes no cuentan con los recursos económicos para cubrir con los gastos de hospitalización, los psiquiatras deben darles de alta cuando los días costeados por las EPS hayan transcurrido.

En el campo de la salud mental, para que haya un desarrollo adecuado del tratamiento, es indispensable que se genere un vínculo o relación de confianza entre el paciente y el terapeuta.

Se necesita entonces de tiempo y de numerosos encuentros que permitan establecer un espacio de escucha a través del cual se forje una relación transferencial. Como se mencionó previamente, los psiquiatras de este hospital se ven obligados a atender un número alto de pacientes en un tiempo muy corto, lo que imposibilita el desarrollo de dicha relación. A esto se suma las decisiones de las EPS y los cambios al interior de la institución, los cuales impiden sostener la continuidad de un solo terapeuta para un paciente. En el caso de las EPS, estas pueden enviar al paciente para que sea atendido por urgencias en el Hospital Psiquiátrico en el cual es visto por un terapeuta, pero tiempo después será enviado a otro lugar en donde lo atenderá un profesional diferente. Algo similar sucede al interior del Hospital Psiquiátrico del Valle, pues a raíz de la reorganización del personal profesional, los psiquiatras que una vez atendían en el área de consulta externa serán transferidos a un área distinta, impidiendo así continuar el tratamiento que habían iniciado con sus pacientes previamente.

Es importante destacar el esfuerzo e interés de una de las psiquiatras entrevistadas, quien a pesar de haber sido transferida a un área diferente, reconoce la importancia de la continuidad en el tratamiento con sus pacientes anteriores y decide atenderlos en horarios diferentes a los de su trabajo. La entrevistada se expresa de la siguiente manera:

“...cuando me pasaron para urgencias yo ya no vuelvo a tener agenda en consulta externa, entonces los pacientes muchos no querían cambiar con otra persona entonces lo que yo hago es que, y que esto no lo va a hacer todo el mundo, es que llego una o dos horas antes y atiendo en ese tiempo a los pacientes que tenia de psicoterapia previamente o que eran de control clínico previamente; pero eso no lo va a poder hacer todo el mundo, ni tampoco es muy racional en términos técnicos que sea así” (Sujeto 3)

Por último, se puede afirmar que en general los psiquiatras entrevistados manifiestan sentirse inconformes con el sistema de salud del país y el manejo que se le está dando al área de la salud mental. Tres de los psiquiatras creen necesario ampliar la oferta de terapias tanto al interior como al exterior del Hospital Psiquiátrico. Dentro de las ideas, se mencionan las actividades de promoción y prevención al interior de las comunidades, la implementación de diferentes tipos de tratamientos basados en diferentes escuelas, las terapias de grupo más estructuradas y la contratación de distintos profesionales del campo de la salud mental. Referente a lo anterior una de las entrevistadas menciona lo siguiente:

“Si yo quisiera implementar algo mas aquí, sería una clínica de psicoterapia. Una oferta de psicoterapia amplia no solo de la escuela que más me interesa a mí que es la psicoanalítica, sino incluso de diversas escuelas y posibilidades.... Trabajar en el desarrollo de toda esa red alterna, cubierta por los servicios de salud ¿sí? No como algo que la gente tenga que pagar, per se, porque regularmente no tienen con qué hacerlo. (Sujeto 3)

A diferencia de esto, uno de los psiquiatras está de acuerdo con las dinámicas terapéuticas que se realizan al interior del hospital y considera que se ofrecen suficientes alternativas. Su respuesta

parece estar sesgada por la representación que tiene acerca del modelo de tratamiento que proponen los psicólogos, pues afirma que estos profesionales tienen una creencia firme acerca de la inutilidad del fármaco por lo que siempre proponen llevar al cabo el tratamiento prescindiendo de estos medicamentos. Por esta razón, hace énfasis en que el tratamiento con los pacientes hospitalizados no puede llevarse a cabo sin el uso de psicofármacos porque esto los pondría en riesgo y además no sería costado por las entidades prestadoras de salud.

DISCUSION

Como se mencionó previamente, el tipo de tratamiento que se les ofrece a los pacientes del área psi esta directamente influenciado por la formación del profesional y su visión del ser humano. A través de la información recolectada para este trabajo, es posible afirmar que particularmente en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle confluyen dos modelos de psiquiatría: el modelo viejo y estricto que demanda la hospitalización de los locos sin cura y peligrosos; y el nuevo que se fundamenta en una mirada más humana del paciente y que propende por una hospitalización corta persiguiendo así una pronta reinserción social del mismo.

Es importante mencionar que no se ha logrado alcanzar una convergencia armónica y total entre las dos posturas, pues como se puede evidenciar en las entrevistas se presentan ciertas contradicciones en lo que afirman los profesionales. Si bien reconocen la importancia de una hospitalización corta, la presencia o ayuda de la familia y de las redes de apoyo en el tratamiento de los pacientes; es evidente que la representación de peligrosidad y por tanto de contención de los pacientes sigue estando fuertemente presente en estos profesionales. Esta a su vez es difundida a un número creciente de personas como lo son los familiares de los pacientes, lo que hace que esta visión del enfermo peligroso se vuelva más fuerte.

El paso del modelo de psiquiatría antiguo a uno que propenda por un tratamiento y una mirada más integral del ser humano se ha visto impedido por una serie de factores entre los que se encuentran las leyes impuestas por el Estado y los intereses de las industrias farmacéuticas. La ley 100 y la reforma a la salud representan un retroceso no solo para lo concerniente a la salud en términos generales sino también para la salud psíquica. Como lo demuestra la historia, los modelos de subsidio funcionan en países como en Canadá donde el crecimiento económico es mayor, las cifras de desempleo son bajas, pero sobretodo donde los indicadores de corrupción son mínimos y donde hay una fuerte conciencia de un otro que necesita ser ayudado. Contrario a esto, en Colombia, a pesar de que el gobierno afirma haber disminuido la tasa de desempleo, no se habla del empleo informal o de las garantías y sueldo de quienes cuentan con un trabajo. Estas personas figuran en las estadísticas como ciudadanos con empleo, no obstante la mayoría de ellos reciben un sueldo que no alcanza para cubrir todas sus necesidades o para vincularse al régimen de salud contributivo. Por tanto, estas personas ingresan en el régimen subsidiado y su salud mental queda desprotegida.

Aun si el panorama fuera distinto y la gran mayoría de colombianos lograran afilarse al régimen contributivo, se verían supeditados a las estructuras administrativas de las EPS, sus reglas, lineamientos y condiciones que como hasta el momento solo resultan beneficiosas para ellas. Son estas organizaciones quienes dictan a los hospitales psiquiátricos públicos cuales fármacos deben recetar y la cantidad de días de hospitalización que están dispuestas a costear. Así entonces, los esfuerzos e intereses de los psiquiatras y otros profesionales del área de la salud mental, por mejorar el servicio y ofrecer un tratamiento integral, quedan limitadas a factores externos que los obligan a cumplir con las lógicas institucionales y estatales. Este es el caso de los profesionales que laboran en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, quienes manifiestan su inconformidad con la lógica institucional y la Ley 100; la primera imposibilita ofrecer al paciente que a lo largo de su tratamiento pueda ser atendido por el mismo psiquiatra, cuestión que dificulta forjar una relación transferencial entre el paciente y el profesional atrasando el progreso del tratamiento. Es de destacar la dedicación de los psiquiatras entrevistados, además del alto volumen de pacientes que cada uno de ellos debe atender. Lamentablemente, esto último juega en contra de la eficacia del tratamiento, ya que impide a los profesionales atender a cada paciente por un periodo mayor de tiempo, dejando en estas personas la sensación de haber sido mal atendidas, y aun mucho peor incrementa las posibilidades de realizar un diagnóstico equivocado.

En lo referente a la segunda, es posible afirmar que el tema de la salud en Colombia ha atravesado arduas polémicas, pues gran cantidad de personas, así como también de profesionales en salud, afirman que esta última ha ingresado en una dinámica de mercado, lo que ha resultado en un deterioro de la atención de los pacientes. Esto también afecta el área de salud mental, pues los recursos para este campo son menores. Los estudios de las disciplinas como la sociología, psicología y antropología han demostrado la importancia del Otro social en la vida de cada sujeto, lo que también aplica para el progreso en los tratamientos de los trastornos mentales. No obstante, la Ley 100 impide a los psiquiatras trabajar en el área de salud mental en las comunidades o en espacios cercanos a estas, obligándolos a remitirse a la prestación de servicios médicos. Se presenta entonces una contradicción entre la visión social del ser humano y lo dictado por la Ley 100, pues al prohibir la atención psiquiátrica en comunidades obliga a las personas afectadas a remitirse a hospitales psiquiátricos lejanos, creando un distanciamiento con sus familias.

Con la creación del régimen subsidiado y contributivo, el Estado logra distanciarse de las responsabilidades concernientes a la salud de los colombianos otorgando a empresas privadas el manejo de este asunto. Dichas organizaciones, como todas las empresas privadas trabajan con un fin lucrativo, por tanto les resulta interesante que en el área de la salud mental, particularmente, los tratamientos sean realizados a través de los fármacos. Si bien esto resulta productivo en términos económicos, también se traduce en efectos negativos para los pacientes quienes al parecer, de acuerdo con las EPS y las industrias farmacéuticas no desean ser escuchados o atendidos por medio de la palabra. Esto a su vez cierra las posibilidades a los profesionales del

área “psi”, en este caso a los psiquiatras del Hospital Psiquiátrico, para ofrecer el tipo de tratamiento que ellos consideran conveniente.

Aunque por su formación académica los psiquiatras depositan una gran confianza en los psicofármacos, hay quienes reconocen la importancia de los factores sociales y culturales para la efectividad en el tratamiento y que en algunos casos afirman poder prescindir del uso de fármacos. Son estos profesionales quienes se ven supeditados a los reglamentos impuestos en la institución y las condiciones impuestas por las EPS, las cuales requieren que los tratamientos se realicen haciendo uso de estos medicamentos. Esta será entonces la única manera en la que accederán a cubrir los gastos de hospitalización de los pacientes.

La cuestión no es entonces, desmeritar el trabajo realizado por los científicos en la producción de los fármacos, negar los efectos positivos que algunos de estos pueden tener en el cuerpo humano, o de criticar el uso de los mismos; el interés debe ser puesto en crear conciencia del uso de estos medicamentos, tanto en los profesionales de la salud como en las personas. Se debe luchar en contra de la creencia que crece a pasos agigantados, de que estos fármacos actúan como píldoras mágicas que traerán la solución a los malestares del ser humano. No se trata de prescindir de su uso, se trata de aprender a usarlos como un puente para lograr establecer un contacto por medio de la palabra. Es fácil entender porque la idea de una solución rápida y sin dolor se propaga de una manera tan sencilla y a la vez tan rápida, pues el ser humano por su misma condición preferirá optar por la salida más sencilla. Sin embargo, es trabajo de nosotros los psicólogos, luchar arduamente para que las personas comprendan que los fármacos son solo una ayuda en el proceso de su tratamiento, pero que es necesario buscar la causa psíquica de sus malestares.

Es también imprescindible realizar un trabajo organizado y en conjunto que permita captar la atención del Estado, para la realización de políticas públicas en pro de la prevención y el trabajo en comunidades en el área de la salud mental. Este trabajo puede utilizar como piedra angular, las conclusiones interdisciplinarias que han demostrado que el hombre es un ser social y que necesita de los otros para lograr su bienestar psíquico. Resulta necesario redirigir la mirada del Estado a esta área de la salud, que parece haber sido olvidada, se necesitan más recursos pero también un modelo más integral en donde puedan convivir distintas disciplinas. ¿Para qué agotar nuestras fuerzas concentrándonos en criticar los distintos modelos de atención en salud mental? ¿Por qué no unirnos para lograr que las voces sean más fuertes y que se pueda conseguir cambiar algo que parece tan imposible?

REFERENCIAS

- ALVAREZ, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. México: Editorial Trillas.
- BASAGALIA, F. (1972). *La institución negada*. Barcelona: Barral Editores
- CAZENAVE, L. (2008). La medicalización de la vida cotidiana. *Consecuencias revista digital de psicoanálisis, arte y pensamiento*. Numero 2. Paginas: 1-3.
- DIMENSTEIN, M., NEVES, R., MUCHOS AUTORES SE PONEN TODOS? (2010). La difícil y necesaria integración entre la atención básica y la salud mental en Brasil. *Psicología desde el Caribe*. Número 26. Paginas: 177 – 197.
- GALENDE, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- GALENDE, E. & KRAUT, A. (2006). *El sufrimiento mental – El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- GONZALEZ, P. & ALVAREZ, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- JODELET, D. (2001). *As representacoes sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj
- PORTER, R. (2002). *Breve Historia de la locura*. Madrid: Turner Publicaciones, S.L.
- POSADA, J. (2003). La salud mental en Colombia y la ley 100 de 1993: Oportunidades y amenazas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Volumen XXXII, Suplemento 1. Paginas: 6 -12.
- VILLAR, L. A. (no tiene año) La Ley 100: El fracaso estatal en la salud pública. *Revista Deslinde*.
- WHITAKER, R. (2004). The case against antipsychotic drugs: a 50-year record of doing more harm than good.