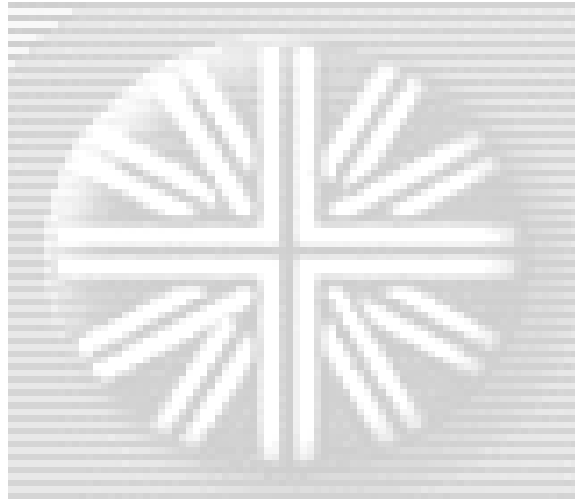


UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO



ESCUELA DE PSICOLOGÍA
TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

***La evolución del rol del psicólogo
en el tratamiento de la esquizofrenia a partir de la
década del cincuenta hasta la actualidad en Chile.***

Autores	: Varinia García Echegoyen
	: Tito Méndez Méndez
	: Marjorie Uribe Guerra
Profesor Guía	: Patricio Araya
Profesora Informante	: Cecilia Castro
Profesor Metodólogo	: Elías Padilla

Santiago de Chile, Enero 2005

INDICE

I INTRODUCCIÓN

1. Planteamientos del problema: antecedentes p.6
2. Formulación del Problema y Pregunta de Investigación p.9
3. Aportes y relevancia de la investigación p.12

II OBJETIVOS

1. Objetivo General p.14
 - 1.1 Objetivos Específicos p.14

III MARCO TEÓRICO

1. Rol del psicólogo p.15
 - 1.1 Teoría de rol p.17
2. Revisión histórica de la Psicología en el mundo y sus inicios en nuestro país. p.21
3. Visiones psicológicas sobre la esquizofrenia p.28
 - 3.1 Psicoanalítica p.28
 - 3.2 Cognitivo Conductual p.35
 - 3.3 Sistémica p.39
 - 3.4 Post Racionalista p.45
 - 3.5 Teoría de la vulnerabilidad p.50
4. Visión antropológica del fenómeno de la esquizofrenia p.52
5. Esquizofrenia p.55
 - 5.1 Revisión histórica del concepto de esquizofrenia p.55
 - 5.2 Historia de la psiquiatría en Chile p.58
 - 5.3 Etiopatogenia de la esquizofrenia p.61

5.3.1	Hipótesis Genética	p.61
5.3.2.	Hipótesis Neurobioquímica: dopaminérgica	p.62
5.3.3.	Hipótesis de Neurodesarrollo	p.62
5.4	Cuadro Clínico de la Esquizofrenia	p.63
5.4.1	Según Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV	p.66
5.4.2	Según Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10	p.68
5.4.3	Tipos de Esquizofrenia	p.71
5.5	Tratamientos para personas diagnosticadas con esquizofrenia.	p.72
	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Biológico ❑ Psicocirugía ❑ Farmacológico: ❑ Anti-psicóticos típicos y atípicos. ❑ Terapia Electro Convulsiva ❑ Intervención Psicosocial. ❑ Psicoeducación. ❑ Psicoterapia. ❑ Intervención Familiar. ❑ Manejo ambiental 	
6.-	Revisión histórica de la salud mental en Chile.	p.82
IV	<u>MARCO METODOLÓGICO</u>	p.94
1.	Enfoque metodológico	p.94
2.	Tipo y diseño de investigación	p.95
3.	Delimitación del campo a estudiar	p.98

4.	Técnicas e Instrumentos de recolección de información	p.100
5.	Plan de análisis de la información	p.101
<u>V</u>	<u>RESULTADOS Y ANÁLISIS</u>	p.103
1.-	Conceptos, códigos, indicadores y preposiciones.	p.103
2.-	Tablas de recepción de indicadores y preposiciones por periodos.	p.105
3.-	Análisis de tablas por periodos	
<u>VI</u>	<u>CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN</u>	p.125
<u>VII</u>	<u>REFERENCIAS</u>	p.133
<u>VIII</u>	<u>ANEXOS</u>	(ver CD anexo)

I INTRODUCCIÓN

1. Planteamiento del Problema: Antecedentes

La esquizofrenia es una enfermedad compleja de abordar, en todo el mundo se investigan - principalmente desde la biología - los orígenes de esta enfermedad. En Chile esta enfermedad ha sido abordada principalmente desde la Psiquiatría, recién en el año 1985; en las Jornadas Chilenas de Salud Mental Pública, se menciona la posibilidad de incluir al psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia. hasta ese entonces, asistentes sociales, matronas, enfermeras y médicos eran los encargados de la Salud Mental y los esfuerzos estaban destinados al manejo del alcoholismo, al consumo de tranquilizantes en estudiantes de Enseñanza Media y a manejar la mortalidad por virosis respiratorias, sarampión, desnutrición y diarreas infantiles.

En el año 1993 se establecen Políticas de Salud específicas para el tratamiento de esta patología, actualmente en las políticas de Salud Mental implementadas por el Ministerio de Salud (2001) se mencionan como formas de tratamiento no sólo los fármacos, sino también Psicoeducación y Psicoterapia Psicosocial.

Los avances de la farmacología han sido un gran aporte al tratamiento de la esquizofrenia, en la actualidad existen medicamentos denominados de última generación que producen mínimos efectos secundarios.

La psicoeducación, contribuye a informar al paciente y su familia, sobre el manejo de la fase aguda y la importancia del consumo permanente de los medicamentos, con la finalidad de evitar desestabilización por supresión del tratamiento farmacológico y promover una atención oportuna en tal caso.

La psicoterapia psicosocial persigue la inserción de la persona diagnosticada con esta enfermedad al ámbito laboral.

La psicoterapia individual se considera un espacio en el cual el psicólogo contribuye a evaluar y promover un adecuado juicio de realidad.

Consideramos que si bien las políticas de Salud Mental abren un espacio de atención particular a la esquizofrenia, con el tratamiento propuesto deja fuera los procesos psicoafectivos de los pacientes y considera al sujeto diagnosticado como un instrumento de producción, ya que los tratamientos específicos para el abordaje de la esquizofrenia se delinearán sobre la base de que éstas personas generan un gran gasto al Estado, por tal razón surge la necesidad de rehabilitarlo e insertarlos a la sociedad. Logrando además con esto reducir el asistencialismo y darle más participación a los propios sujetos.

La mayoría de los estudios en torno a la esquizofrenia se centran en el paciente y las manifestaciones de la enfermedad, en las dificultades de éstos para posicionarse como individuos productivos en el campo laboral y en los constantes problemas que ocasionan a los familiares las personas afectadas por esta enfermedad, pero al momento de destacar el lugar del psicólogo tanto en la prevención como en el tratamiento de esta patología esos estudios se hacen muy escasos. Esto, a nuestro juicio, se constituye en una fortaleza del presente estudio ya que nos situará desde la perspectiva del psicólogo que participa del tratamiento de las personas diagnosticadas con esta enfermedad.

Otro antecedente relevante tiene relación con una deuda histórica (falta de información, escasa o nula asignación de recursos al tema, escasa sistematización o esfuerzo en el trabajo con pacientes de salud mental a nivel nacional) mantenida con la salud mental, es decir, la escasa información existente sobre el tema tanto por razones de no sistematización de la información (copias de documentos disponibles

en bibliotecas) como en la inexistencia de un archivo nacional de salud mental. Hoy, si bien existe el centro de documentación del Ministerio de Salud fundado el año 1990, no cuenta con los documentos más antiguos.

2. Formulación del Problema y Pregunta de Investigación

¿Qué nos motiva a realizar este estudio? Una de nuestras motivaciones es conocer de qué manera la profesión que hemos escogido como medio para desarrollarnos y aportar a la sociedad es valorada en el espacio de la salud mental. Hoy aparentemente los profesionales psicólogos gozan de un cierto respeto y reconocimiento. Pero, ¿cómo se ha dado este proceso en nuestro país?, ¿de qué manera los profesionales anteriores a nosotros han preparado este camino?, ¿desde cuándo y cómo se inició este recorrido?, ¿qué valoración hacen los otros profesionales de la salud mental de su trabajo y su contribución?.

En este punto, queremos también hacer notar cómo la esquizofrenia se ha constituido en un área de trabajo con espacio propio dentro de las políticas de salud mental, esta patología está hoy presente en nuestras grandes ciudades, en los poblados y villorrios del país y ciertamente, lo ha estado durante mucho tiempo, pero la concepción que se ha sostenido de ella ha evolucionado tanto como su tratamiento o su imagen social. Esta enfermedad con caracteres genéticos en su origen, puede ser condicionada por la realidad social y cultural, por las condiciones materiales donde se desempeña el sujeto que la posee, y es en este campo donde el psicólogo no sólo puede ser útil sino que tiene el derecho y el deber de aportar desde su disciplina poniendo al servicio de la sociedad sus competencias y conocimientos.

Al hablar de esquizofrenia estamos hablando de personas que sufren una enfermedad en el ámbito de la salud mental, estos enfermos han sido considerados desde la antigüedad como locos, época en que eran concebidos como la encarnación del mal. La locura era una forma de castigo divino al pecador o al transgresor de normas, “el loco de la Edad Media era considerado un personaje sagrado puesto que poseído. Nada puede ser más falso. Era sagrado, sobretodo porque para la caridad medieval participaba de los poderes oscuros de la miseria” (Foucault Michel 1997:27)

Nuestro país no ha estado ajeno a esta concepción acerca de la esquizofrenia, hasta hace pocos años los enfermos mentales eran reclusos, ya sea, con la finalidad de buscar una cura o bien para proteger a la sociedad “normal” de su presencia, inclusive hoy en día los esquizofrénicos son considerados sujetos peligrosos para sí mismos y para la sociedad.

En Chile debemos esperar a inicios de la segunda mitad del siglo XX para que se realizaran “los estudios poblacionales de los doctores José Horwitz y Juan Marconi en la década de los 50 y los 60... los que permitieron formular los primeros planes de salud mental con una visión pública” (Minoletti 1996:15), estos estudios cuantitativos permitieron realizar un catastro de las enfermedades mentales en las principales ciudades del país constituyéndose en los primeros acercamientos significativos a la realidad de la salud mental en la población, pero debemos esperar hasta los años 90’ para el surgimiento de políticas de salud mental con el aval de estudios que denotan una mejor metodología y mayor exactitud, lo que posibilita una mejor planificación y respuesta a las necesidades.

El mundo de la salud ha estado hegemonizado por el modelo médico, especialmente en la salud mental; la psiquiatría tradicional resulta ser el hilo conductor de los tratamientos con respecto a la esquizofrenia, y en este esquema la Psicología como propuesta y especialmente los psicólogos(as) parecen estar relegados a un desarrollo marginal. Nosotros postulamos la idea de que el psicólogo sí tiene una contribución que aportar a esta realidad y otros fenómenos de interés social.

Finalmente, podemos decir que la Psicología es una ciencia con una presencia relativamente joven en nuestro país, y realizar esta revisión nos reporta una mirada articuladora de nuestro quehacer, una posibilidad de recopilar nuestra historia en el desarrollo de la historia de la esquizofrenia en nuestro propio país.

De esta manera, comenzamos a mirar más desde lo propio, alejándonos, aunque sólo sea en el marco de esta tesis, de las miradas foráneas respecto de estos desarrollos.

Queda de esta forma nuestra investigación plasmada en la siguiente pregunta que guiará el desarrollo del presente trabajo:

¿Cuál ha sido la evolución del rol del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia en Chile a partir de la década de los 50 hasta la actualidad?

3. Aportes y relevancia de la investigación

Consideramos que esta investigación es relevante por que deja de manifiesto el aspecto psicológico en el tratamiento de la esquizofrenia, así como el campo de acción, posibilidad de intervención y limitaciones que tiene el psicólogo en el tratamiento de esta patología.

Sin ser nuestro principal foco de atención, el presente estudio permitirá dar cuenta cuándo o en qué periodo histórico la salud mental pasa a ser percibida por la sociedad, a través de los órganos estatales, como una realidad necesaria de tener en cuenta a la hora de crear políticas de salud. Este es un aporte que nos compete y nos sitúa en una mirada más global en torno a la persona humana.

Desde un punto de vista teórico podemos decir que el presente trabajo nos permite:

- Realizar una sistematización sobre el rol del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia en Chile en el sistema de salud pública.
- Sistematizar información sobre las políticas de salud mental implementadas por el Estado para el tratamiento de la esquizofrenia y el rol que le compete al profesional psicólogo.
- Conocer el lugar que ha ocupado y que ocupa el psicólogo en el tratamiento de esta enfermedad.
- Aproximarnos al aporte del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.

Desde un punto de vista metodológico, la investigación es relevante ya que:

- Es un estudio empírico que nos permite acceder al objeto de estudio en el contexto en el cual éste se desarrolla habitualmente.
- Desde la praxis y por medio de los métodos de recolección de información, podemos rescatar la experiencia tanto de psicólogos como médicos psiquiatras.

Nuestra investigación pretende aportar a la psicología clínica el rol que ha desempeñado el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia en Chile y las diversas formas de abordaje de la esquizofrenia en Chile desde el año 1950 hasta la actualidad.

Es un estudio que comprende tres periodos históricos, lo cual nos permite recabar y sistematizar información sobre: Rol del psicólogo y tratamiento Psicológico.

Entendemos como el **Rol del Psicólogo**, encuentro entre terapeuta y paciente, donde el terapeuta vierte un contenido profesional y mediacional en la relación con el paciente. En esta relación terapeuta-paciente esta implícito un supuesto saber, pero este saber sólo es valido dentro de las más variadas situaciones que conciernen a la persona que posee esquizofrenia y en las que el propio sujeto ve y descubre su modo disfuncional.

Entendemos por Tratamiento psicológico, todos aquellos procedimiento empleados para la rehabilitación de personas diagnosticadas con esquizofrenia.

II OBJETIVOS

1. Objetivo General

Conocer la evolución del rol del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia en tres momentos históricos; 1950 a 1973, 1973 a 1990, y 1990 hasta la actualidad en Chile.

1.1 Objetivos Específicos

- a) Conocer el rol que ha desempeñado el psicólogo (a) en el tratamiento de la esquizofrenia en Chile, en los tres momentos históricos señalados.
- b) Determinar cuáles han sido los tratamientos para la esquizofrenia propuestos entre los años 1950 a 1973; 1973 a 1990, y 1990 a la actualidad en Chile.
- c) Conocer la percepción del psicólogo acerca de su quehacer en el tratamiento de la esquizofrenia en Chile, en los tres momentos históricos señalados en este estudio.
- d) Destacar aspectos diferenciales, tanto del profesional psicólogo como del profesional psiquiatra, en torno al rol que les competen en el tratamiento de la esquizofrenia en Chile.

III MARCO TEÓRICO

1. Rol del psicólogo.

En el ámbito de la salud mental nos encontramos con los roles de dos profesionales; el rol de los psiquiatras y el de los psicólogos. Sabemos también que desde el punto de vista del conocimiento ambos se encuentran con límites bastante establecidos, pero no es menos cierto que, a la hora de llevar estos conocimientos a la praxis se produce cierta confusión.

Desde la perspectiva de la salud mental al psicólogo le corresponden dos grandes tareas o roles; por una parte el de “testómetra” o evaluador, caracterizándose esta misión por la aplicación de test psicométricos con la finalidad de precisar la evaluación psiquiátrica. Por otra parte, le cabe la actuación de ser un profesional más activo en la prevención y tratamiento de problemas psicológicos. “El psicólogo es visto como el profesional más competente para realizar la psicoterapia y como un importante agente de apoyo para las familias de los pacientes” (Aldouin 2003: 3).

Una vez expresadas estas consideraciones podemos, desde la perspectiva psiquiátrica, dilucidar cuál es el rol que ésta le atribuye al psicólogo.

Desde el enfoque diagnóstico-evaluativo (psicométrico) esto es, el modelo médico aplicado al comportamiento anormal, las “enfermedades mentales” se entienden como comportamientos desviados. El postulado básico de este modelo considera que un importante número de problemas psicológicos deben ser calificados de enfermedades mentales, sosteniendo que cada trastorno mental constituye una entidad claramente identificada, con características clínicas que constituyen síndromes diferenciados cualitativamente del funcionamiento sano. Esto da pie para

crear sistemas de clasificación (CIE-10; DSM-IV) con la pretensión de generar diagnósticos confiables y válidos.

Atendiendo a esta perspectiva, el psiquiatra sería el encargado principal de realizar las tareas propuestas, léase, diagnosticar o rotular; tratar la enfermedad y evaluar resultados. Al psicólogo, entonces, le correspondería ayudar en el diagnóstico con la información adquirida a través de las pruebas psicométricas, como también evaluar los resultados apoyándose en estas pruebas. Queda así de manifiesto que el lugar del psicólogo en el tratamiento se encuentra supeditado al del psiquiatra.

Una crítica posible a este modelo emana de Gergen quien plantea que desde el modelo médico se presenta una conceptualización un tanto pictórica del trastorno mental donde se intenta dar cuenta del estado mental a través de los dichos del paciente, construyendo de ésta manera referentes que en última instancia constituirían meras construcciones.

Mirando hacia la psicología, esta crítica se hace mayor ya que no existe la posibilidad de crear referentes concretos y visibles que unifiquen criterios. Este modelo, el médico, considera a la conducta determinada de un modo unilateral desde lo biológico, dejando de lado planteamientos teóricos alternativos que consideran la conducta como parte integrante de un sistema complejo. De esta manera nos encontramos observando un fenómeno más amplio y complejo que no puede ser reducido a la lógica causa - efecto, ya que sus matices, interrelaciones y efectos desbordan esta realidad; lo médico, en el ámbito de la salud mental, no puede dar todas las respuestas; tiene el desafío además de abrir sus fronteras a las otras explicaciones posibles como las que provienen desde la psicología.

1.1 Teoría del Rol

En el proceso de vivir una enfermedad o deterioro de la salud del ser psicótico, o bien de un claro indicio de un cuadro esquizofrénico; el sujeto, el individuo, va perdiendo los rasgos de su individualidad. El peregrinar por diferentes centros de salud, instituciones psiquiátricas, o bien el abandono, hacen perder a la persona una parte importante de su esencia. El encontrarnos con un enfermo, es encontrarnos con algo que ha perdido su brillo, pero que sin embargo mantiene siempre una luz que pervive bajo las muchas capas de la enfermedad.

“Un trozo de madero tirado por el mar en una playa. Sus formas que le ha dado el árbol donde creció. El impacto de los rayos del sol y de la lluvia, los roces del viento y de las olas, sus rodajes por las playas de arenas y de piedras, un sin número de bichos y pequeñas vidas que por algún tiempo hicieron de él su guarida y su alimento, las algas, la sal, las alternancias de calor y frío, son las huellas que han quedado después de la tempestad y su calma.... muchos fueron los artesanos que lo fueron esculpiendo. Quizás mi labor como especialista en función de esta patología ha sido sólo tropezar con él, detectar su belleza, su forma, ponerlo en una posición tal en que ésta se realce y agregarle unos cuantos retoques..., es una escultura que ha sido creada a partir de la belleza y la riqueza, no fácil de ver ante todos los ojos”
(Bruno García, Psiquiatra)

En retrospectiva el rol del psicólogo nos recuerda las curaciones mágicas, los rituales del hechicero, los consejos del hombre sabio de la tribu, los anuncios del oráculo, el sacramento de la confesión, también el escuchar y la palabra de aliento o consejo del familiar, del ser amado o del amigo, o los diálogos íntimos con la divinidad, con el espíritu de un difunto o con uno mismo.

Al parecer, los humanos en sus momentos de sufrimiento han buscado apoyo, orientación o cura en otros, y al parecer también, desde siempre esa ayuda, en todas

sus variantes culturales, ha sido de algún modo útil. De ahí que se haya perfilado como una especie de reacción primaria, casi instintiva, ya que es muy grande nuestro sentimiento de desamparo cuando en esos momentos no encontramos a quien recurrir. Cada cultura ha generado su propio sistema de expectativas legitimando determinadas intervenciones.

El quehacer del chamán, de la machi, del médico y del psicólogo, en su interés por curar. El psicólogo ha hecho suya esta larga tradición impregnándola de su ciencia e incorporándola a su estructura terapéutica denominándola psicoterapia.

Desde antaño y hasta nuestros tiempos el arte de la sanación en principio estaba relacionado con lo ancestral, era de fácil y efectivo acceso considerando la simpleza de sus recursos, aún podemos mencionar que este rito de sanación está relacionado, tanto con la palabra como con el gesto, la comunicación, los símbolos, en síntesis, con un fenómeno relacional significativo.

La historia y la construcción de este rol ha pasado por diferentes estados, y específicamente la construcción de éste rol que nos compete como objeto de estudio es básicamente integradora y abarcativa del ser humano. Así el rol se constituye en uno de los elementos esenciales en la construcción del encuentro.

De esta manera nos encontramos con que el rol tiende a desarrollarse dentro de los vínculos operacionales y de contacto en el ser social psicológico, fisiológico a partir del cual se identifica y experimenta en una unificación denominada “nuestro yo”. Así podemos conciliar la hipótesis de un yo latente, metapsicológico con la de un yo emergente y operacional. La teoría de los roles permite hacer tangible y concreto el concepto del yo. (López y Población 2000: 37)

De alguna manera, a partir de esta idea, se trata de fundar un modelo en el que el yo estaría constituido por todos los potenciales vinculares que un individuo maneja

y que puede poner en juego en un momento determinado. El yo no es un yo en si mismo, sino es un modo de relación que puede perfeccionarse, recrearse y desarrollarse.

Para López y población (2000:37) “el rol entrecruza lo psíquico, lo relacional, lo individual y el mundo de la cultura. El sujeto se auto-construye en base a una serie de matrices o ámbitos a partir de la interacción con el medio y con el propio yo. Estas matrices van a definir la identidad, van a conformar la maduración biológica y la diferenciación del yo y del no yo.”: Como vemos, esta configuración del self es una trayectoria evolutiva, como lo plantea Moreno en López y población(2000:37) “La percepción del rol es cognoscitiva y prevee las inminentes respuestas. La representación del rol es una habilidad para actuar, es un aprendizaje de los papeles, es tanto percepción como representación del mismo, siendo real, imaginario y simbólico”

En esta representación o dramatización el sujeto juega su rol desde su modo habitual de relacionarse, desde ahí lo identifica el terapeuta como su forma personal de conducirse y sentir.

Descrito de esta manera, el ser terapeuta, también sería un rol que vierte un contenido profesional y mediacional en la relación con el paciente. Un rol que tiene como premisa fundamental un supuesto saber, pero este saber sólo es valido dentro de las más variadas situaciones que conciernen al sujeto y en las que el propio sujeto ve y descubre su modo disfuncional. Lo que se persigue es reconstituir en el paciente esquizofrénico su capacidad de manejo y de adaptación a la vida y lograr un monto de fluidez en repuestas cotidianas que puedan ser viables dentro de su contexto.

Para lograr esta capacidad adaptativa el terapeuta debe estar en condiciones de romper los elementos bibliográficos persistentes en el sistema interno de esta persona que le llevan a buscar siempre una respuesta reiterada y equívoca.

El rol desde esta perspectiva, es reconstruir de manera estructural y funcional nuevas matrices de crecimiento, una nueva situación de salud, biofísico y social, regenerativo, flexible y autopoyética.

Haciendo una analogía entre la definición de rol aportada por Moreno y las ideas de otros investigadores como lo planteado por Maturana existiendo una suerte de acoplamiento estructural entre el sujeto y su entorno que gatilla influencias mutuas, en un proceso de constante reconstrucción y modificación de los esquemas de organización interna.

El rol desde esta perspectiva es un patrón elemental de acción que en el proceso de autoorganización del ser vivo sufren cambios constantes, pero que rara vez cambian el modo radical del esquema organizativo de origen.

Para Varela el rol sería una recreación constante de los patrones de autoorganización interna a través de la creación continua, es decir, se podrían ejercer muchos roles y de hecho el paciente vive la diversidad pero no como una unicidad que lo diferencia del otro, pues el vive el continuo conflicto de reconocer variados y suplementarios.

2. Revisión histórica de la Psicología en el mundo y sus inicios en nuestro país.

La Psicología en el mundo

El significado del término Psicología ha sufrido variaciones desde su origen y la comprensión de él depende del sentido que se ha tenido en diferentes momentos históricos, estas variaciones del significado de la psicología responden a que la ciencia no es estática sino dinámica.

La psicología es una ciencia que se ha abordado con diferentes definiciones, “ su pluralidad metodológica contribuye a reforzar la imagen de diversidad existente” (Mayor 1988:21)

Elena Quiñónez (1993) plantea a la psicología como una ciencia moderna desunificada debido a “la diversidad de modelos posibles, ya que la vida mental tiene su origen en la vida orgánica, se desarrolla en la vida social y se manifiesta por medio de estructuras múltiples”, así la historia de la “psicología podría actuar, pues, como instrumento de perspectivación y síntesis de la realidad psicológica” (Pinillos 1988).

La psicología se inicia como una disciplina positivista, basada en el método científico, parte de la experiencia. En sus inicios el esfuerzo se concentraba en la observación de la conducta, esto le daba a la psicología el peso para convertirse en ciencia, posteriormente con una visión más filosófica se comienzan a desarrollar diversas corrientes o modelos psicológicos. Bajo la forma de una psicología fisiológica, la psicología se torna científica, así nace la psicología en el último tercio del siglo XIX, en Alemania, específicamente con Wundt en 1879, dándole un carácter académico reconocido socialmente.

El desarrollo de la psicología desde un punto de vista epistemológico se ve interrumpido por la irrupción de Hitler al poder, en Alemania y en toda Europa, lo que lleva a algunos intelectuales europeos a buscar refugio en Norte América, provocando un giro en la forma de concebir la psicología hacia una gradiente más empírica, funcionalista y pragmática.

En Alemania surge una ciencia introspectiva y en Norteamérica más extrospectiva, “La ciencia de la experiencia filosófica y concentrada en la vida interior, y la ciencia del comportamiento, utilitaria y cimentada en la extrospección objetiva” (Villanova 1995:323)

Estas dos posiciones fueron dando origen a diferentes posturas y corrientes psicológicas. “una vez implantada la psicología como dominio científico específico, comenzaron a surgir divisiones y crisis, intentos de construir planteamientos sistemáticos amplios y suficientes en sí mismo para dar razón de todo lo psicológico: Estructuralismo, Psicoanálisis, Gestalt, etc. comenzando una rivalidad que terminaría aparentemente con el triunfo sociológico del conductismo” (Quiñones 1993: 29).

De esta manera surge el cuadro heterogéneo de la psicología que se mantiene hasta la actualidad, dando origen a la multiplicidad de enfoques, que llevaba a la incomunicación con las otras corrientes o supuestos teóricos.

“Esta división de la ciencia y de la mente en dos grandes cuerpos doctrinales, el europeísmo filosofante y el americanismo pragmático tuvo en América una repercusión sobre simplificadora, ... se arribó a una militancia bipartidista que obligó a permanecer a las huestes de este o aquel bando” (Villanova 1995: 323).

De esta manera en América latina se reproduce la problemática de las corrientes europeas y norteamericanas, no quedando Chile eximido de esta.

En Latinoamérica

El desarrollo filosófico del pensamiento en América latina se muestra bastante fructífero, dando origen a las siguientes etapas, que son las más usadas al momento de clarificar este desarrollo:

- a) Escolástica Americana
- b) Ilustración Americana
- c) Positivismo
- d) Los Fundadores
- e) Periodo contemporáneo (1950 hasta hoy)

“El lugar de la psicología en Latinoamérica sólo puede entenderse estudiando el proceso de desarrollo de su filosofía y de las ciencias, y en general el ambiente científico latinoamericano.” (Ardilla 1998: 27).

El desarrollo de una psicología en América latina siguió las orientaciones propias de la escolástica de Santo Tomás, orientaciones venidas desde España, luego la ilustración irrumpe con su deseo de encontrar el sentido del hombre y del cosmos en la naturaleza. El Iluminismo se hizo presente en América a través de las ideas y estudiosos de Francia e Inglaterra. El positivismo también llega a América bajo el lema de “orden y progreso” cosechando buenos dividendos en países como Brasil, Argentina, Chile y México, países para los cuales esta corriente representó una esperanza de desarrollo. Por otra parte, los fundadores fueron personas que ocuparon cargos públicos y de influencia en la sociedad, emanaron escritos y algunos de ellos formaron Escuela. Ya en el periodo contemporáneo, América latina se ha abocado a encontrar lo auténtico, lo que le es propio, dejando de lado lo europeo o norte americano. Este es un continente donde la ciencia no adquiere los niveles ni la importancia que posee en otros lugares como en Europa o Norte América. La psicología como tal, en Latinoamérica, se desarrolla ligada a la filosofía, que en

tiempos de la colonia tenía un fuerte acento fenomenológico y especulativo. La psicología se caracterizaba por un ascendiente espiritualista.

A partir del año 1896 se creó el Primer Curso de Psicología en la Escuela de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, y con anterioridad, el Padre Joaquín Millás en 1797, escribe el libro “Instituciones Psicológicas” siendo este el primero en su tipo tanto en Argentina como en América latina. En otro ámbito, el Primer Laboratorio de Psicología Experimental en el continente se debe a Horacio Piñeiro (1869 – 1919) siendo instituido en la Escuela Central Nacional en 1898 en Buenos Aires, Argentina. En este mismo país se crea la primera sociedad de psicólogos fundada en Latinoamérica: “Sociedad de Psicología de Buenos Aires” creada en 1908 por José Ingenieros, Horacio G. Piñeiro y Rodríguez E.

Hoy existen diversas sociedades de Psicología, como de algunas corrientes específicas, prácticamente en todos los países del continente. Esto constituye un avance en el desarrollo de esta especialidad aunque aún queda trabajo por realizar tanto desde el punto de vista de la investigación como de la experimentación.

Pasamos a continuación a mencionar, a grandes rasgos, el desarrollo de la psicología en nuestro país.

En Chile

En el año 1947 en Chile, la Facultad de Filosofía de la Universidad de Chile, al crear la carrera de Psicología, evidencia su apego a la postura de origen norteamericana, enfocándose principalmente al área de tecnología experimental, psicometría y psicofisiología. Uno de los precursores de esta escuela es Abelardo Iturriaga, estudioso con fuerte influencia del funcionalismo pragmatista americano.

Paralelamente, en la Universidad Católica, en el año 1957, se desarrolló una carrera espiritualista fenomenológica y psicoanalista, influenciada por el desarrollo de la psicología en Europa. Uno de sus precursores fue Hernán Larraín (filósofo husserliano y freudiano, sacerdote jesuita). Larraín menciona, “Un psicólogo sin metafísica y sin filosofía podrá ser un práctico, pero jamás un científico”. (Villanova 1995: 234)

Reconstituyendo los inicios históricos de nuestra carrera, cabe señalar, que durante el gobierno del Presidente José Manuel Balmaceda, en 1889, se encomienda al Instituto Pedagógico de la Universidad de Chile, algunas estrategias para el mejoramiento de la Educación secundaria de nuestro país, lo que da como resultado que este instituto se interese en el estudio de la psicología científica y su aplicación a la pedagogía; para tal efecto, la Universidad de Chile, trae desde Alemania a dos profesores; Jorge Enrique Schneider (discípulo de W. Wundt) y Guillermo Mann.

Estos profesores de psicología crearon en nuestro país, un laboratorio experimental y una clínica pedagógica. El laboratorio estaba en la Escuela Normal de Copiapó y era dirigido por Rómulo Peña (1907), para realizar la tarea encomendada, estos profesionales importaron aparatos desde Alemania y adaptaron tests psicológicos a nuestra realidad.

“...concretando la Universidad de Chile, en el año 1941 la creación del Instituto de Psicología con base en el Laboratorio de Psicología Experimental, hechos que originan el Departamento de Psicología, en la misma universidad, en el año 1948, haciendo eco del decreto 1023, del 20 de agosto de 1946, instaurándose así la formación de Psicólogos en la Facultad de Filosofía y Educación de la Universidad de Chile en 1959, dicho Departamento se convirtió en la Escuela de Psicología”. (Ardilla 1998: 84)

Una década más tarde, el 21 de octubre de 1957, comienza a funcionar la Escuela de Psicología en la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Es importante destacar que actualmente la carrera de psicología supera el medio siglo de existencia en nuestro país. Desde sus orígenes se le atribuye gran importancia para el desarrollo nacional, vinculado al de las Facultades de Educación, Medicina y Derecho, los ámbitos de docencia e investigación son parte de este proceso. Queda de manifiesto la importancia y relevancia social de la disciplina en sus orígenes en nuestro país, por su contribución a la responsabilidad social, al aludir la posibilidad de contar con profesionales que desde la psicología colaboren al desarrollo nacional, primero, desde la dimensión educacional, luego, de la salud y el trabajo. Por la cercanía temporal con la Escuela de la Universidad de Chile, la Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Chile también hace una contribución a la realidad nacional desde el punto de vista social.

En la década del 60 al 70, se logra concebir una formación académica y un entrenamiento profesional consolidado en ambas escuelas, siendo un síntoma de la madurez de la carrera en nuestro país la creación del Colegio de Psicólogos el 9 de diciembre de 1968, referido por el decreto ley de la república 17033, como el organismo que tiene como función el control ético y técnico del desempeño del psicólogo.

Con la irrupción de la dictadura militar que interviene en toda la nación el 11 de septiembre de 1973, se interrumpe el desarrollo de las dos escuelas de psicología, las que son intervenidas por el poder fáctico del gobierno militar y deben entonces ocupar sus energías en un proceso de auto-conservación. A su vez “el Colegio de Psicólogos de Chile pasa a la condición de asociación gremial y pierde las facultades para controlar el ejercicio” (Toro y Villegas 1999: 183) Esto ocurre a nivel nacional con todos los colegios profesionales.

Ambas escuelas se constituyen, hasta 1982, en los centros exclusivos de formación de Psicólogos en nuestro país. Durante 1983 el gobierno militar interviene la Educación Superior autorizando el surgimiento indiscriminado de universidades estrictamente privadas en nuestro país. Esto provoca un salto cuantitativo de dos escuelas de psicología en 1982 a 35 escuelas en 1997 según el estudio de Pésico y Pésico (1997)

Sin duda el gran desafío como lo plantea Larraín es dotar a estas diferentes escuelas de un espíritu, de una filosofía que sustente la docencia en sus aulas.

El desarrollo que ha experimentado esta ciencia en nuestro país, así como en el continente, justifica una revisión de las principales corrientes que hacen su aporte al estudio como a la comprensión del fenómeno de la esquizofrenia, agregando a esto que estas corrientes nos permiten un acercamiento desde el quehacer del psicólogo a esta temática.

3. Visiones Psicológicas sobre el fenómeno de la esquizofrenia

Esta patología es más ni menos una gran interrogante, un punto de inflexión en el mundo de la salud mental, así que para la psicología no es una desconocida, es más, esta ciencia ha tratado de dar respuesta a las inquietudes que se desprenden desde esta especial patología y no han sido pocos los hombres que se han internado en sus profundidades, hombres que desde sus corrientes han reflexionado, propuesto y examinado esta realidad conocida como la esquizofrenia. Pasaremos a continuación a exponer algunas de esas reflexiones que para los fines de nuestro estudio consideramos las más adecuadas.

3.1 Psicoanalítica

Sigmund Freud, aborda la psicosis desde el estudio de la paranoia, señalando que en esta (paranoia o demencia paranoide) los responsables de la forma singular de los síntomas son los *“mecanismos de producción de síntomas como el de la represión”* (Freud 1993:61). Plantea en su desarrollo que en el delirio homosexual del sujeto este proyecta hacia los otros el desagrado que siente hacia sí mismo.

Desde el estudio del análisis de la paranoia realizado por Freud (1993) y en su pretensión de explicar el delirio de contenido homosexual, toma el recorrido natural que se presenta en el desarrollo sexual evolutivo, especialmente en la evolución de la libido, explicitando los procesos y mecanismos que inciden en el desarrollo de esta patología, indicando que este recorrido se desarrolla de diferente manera en la neurosis y la paranoia.

En el caso de la paranoia, existiría un estadio intermedio en la evolución de la libido, lo denomina Narcisismo, este estadio se ubicaría entre el autoerotismo y el amor objetivado. Consiste *“en que el individuo en evolución, que va sintetizando en una unidad sus instintos sexuales entregados a una actividad auto erótica, para llegar a un objeto amoroso, se toma en un principio a sí mismo; esto es, toma a su*

propio cuerpo como objeto amoroso antes de pasar a la elección de una tercera persona como tal”

“Una vez alcanzada la elección heterosexual de objeto, las tendencias homosexuales no desaparecen ni quedan en suspenso, sino que son simplemente desviadas del fin sexual y orientadas hacia otros nuevos. Se unen con elementos de los instintos del yo, para constituir con ellos los instintos sociales, y representan así la aportación del erotismo a la amistad, la camaradería, la sociabilidad y al amor general a la Humanidad” (Freud 1993: 63).

La disposición a presentar la enfermedad (paranoia) se ubicaría en el proceso sexual evolutivo (de todo ser humano) en sus diferentes etapas: autoerotismo, narcisismo y la homosexualidad-, estadios de la evolución de la psicosexualidad.

Freud deja en evidencia que todas las formas de paranoia pueden ser consideradas como contradicción a la afirmación: “Yo (un hombre) *le amo* (a un hombre)” y en el delirio persecutorio quedaría expresada la contradicción en “No le amo; le odio”.

“El mecanismo de la producción de síntomas de la paranoia exige que la percepción interior, el sentimiento, sea sustituida por una percepción exterior, y de este modo, la frase “Yo le odio” se transforma, por medio de una proyección, en esta otra “El me odia (me persigue), lo cual me da derecho a odiarle” (Freud 1993: 66).

Nos encontramos aquí que finalmente el sujeto sostiene como el pilar del conflicto en la mayoría de los casos “la defensa contra el deseo homosexual” (Freud 1993:62).

Lo singular del carácter paranoico radica en que la reacción del sujeto como defensa contra una fantasía optativa homosexual haya consistido precisamente en un

delirio persecutorio”. Así entonces nos encontramos con el origen de la situación paranoide desde la perspectiva psicoanalítica en donde la fantasía optativa homosexual tiene una relación íntima con la forma patológica.

En la mayoría de los casos estudiados por Freud se encuentra en el punto central del conflicto patológico, la defensa contra el deseo homosexual y el sojuzgamiento de su homosexualidad, inconscientemente intensificada. En la Paranoia el delirio descubre el erotismo en las relaciones sociales y “retrotrae los sentimientos sociales a sus raíces en deseos heroicos groseramente sexuales” (Freud 1993:62). Desde esta perspectiva los procesos anímicos están influidos por el papel que desempeña el deseo homosexual en la vida de una persona.

Paranoia y mecanismos de defensa

Esta corriente destaca la producción de síntomas en la paranoia, producción en la que ocupa un lugar central la represión entendida esta como percepción interna la que es sustituida, a través de la deformación inconsciente de la percepción interna como percepción externa, instalándose así el mecanismo de defensa denominado proyección “En el delirio persecutorio, la deformación consiste en una transformación del afecto: aquello que había de ser sentido interiormente como amor es percibido como odio procedente del exterior”(Freud 1993: 69).

La proyección constituye un proceso normal y cotidiano en la vida anímica ya que está presente en la determinación de la actitud de las personas con respecto al mundo exterior, es un proceso normal que implica buscar las causas de las impresiones sensoriales, no en nosotros mismos sino en el exterior, desplazándose al mundo exterior.

Desde la postura de Freud, tanto la producción de síntomas como la proyección y represión constituyen los mecanismos de defensa característicos de la paranoia.

El proceso de represión consiste en el retraimiento de la libido de las personas y cosas antes amadas (Freud 1993: 74), este es un proceso silencioso. El proceso de curación consiste en anular la represión y conducir nuevamente la libido a las personas de las que antes fue retirada. Este proceso en la paranoia sigue como Proyección; donde “lo interiormente reprimido retorna desde el exterior” (Freud 1993:75).

Freud (1993:155), realiza una distinción entre la neurosis y la psicosis planteando que “la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior”. En la psicosis, en la alucinación específicamente, el mundo exterior no es percibido o la percepción de este carece de eficacia. En el nexo entre el yo y el mundo exterior es el ello quien es gobernado por el mundo exterior de dos formas; por las percepciones actuales, de las que siempre es posible obtener nuevas y por el tesoro mnémico de percepciones anteriores que forman, como “mundo interior”, un patrimonio y componente del yo”

De acuerdo a la teoría psicoanalítica sobre la psicosis, resaltan las siguientes distinciones: para el sujeto el mundo externo no es percibido, este rehúsa admitir nuevas percepciones, resta valor psíquico al mundo interno que sustituía al mundo externo como su copia, por lo que el yo se crea un nuevo mundo interno y externo donde el nuevo mundo se constituye no sólo en las proposiciones del deseo del ello, sino también a la base de una grave frustración que implicó la ruptura con el mundo exterior, en esta ruptura está implícita una denegación de un deseo por parte de la realidad.

Por otra parte, en la esquizofrenia, el autor refiere que la apatía afectiva corresponderá a la pérdida de toda participación en el mundo exterior y el origen del delirio surge como “parche colocado en el lugar donde originalmente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo externo”. (Freud 1993: 157)

Así descubrimos que el origen de toda psiconeurosis o psicosis es siempre una frustración un no cumplimiento de uno de aquellos deseos de la infancia, eternamente indómitos, que tan profundas raíces tienen en nuestra organización comandada filogenéticamente. esta frustración siempre es externa, “en el caso individual, puede partir de aquella instancia interna (dentro del super-yo) que ha asumido la subrogación del reclamo de la realidad” en esta dinámica, lo patológico se produce cuando el yo es sometido por el ello, de esta manera se aparta de la realidad.

No está demás recordar aquí que Freud postula que la psicosis es el conflicto entre el yo y el mundo exterior. Este conflicto se plantea y se desarrolla en el espacio de lo intrapsíquico entregándonos luces acerca de lo psicótico y por ende de la esquizofrenia. existen además otros desarrollos posteriores a Freud sobre este tema, pero al interior de la corriente psicoanalítica, uno de ellos es el de Melanie Klein, el cual pasaremos a revisar a continuación.

Psicoanálisis y Melanie Klein

En el desarrollo psicoanalítico posterior a Freud, la esquizofrenia no ha estado ausente, Melanie Klein, en su artículo “*la psicoterapia de la psicosis*” nos plantea la necesidad de mirar en el desarrollo temprano del niño ya que los fundamentos de la relación con la realidad se articulan en esta etapa. Esta mirada nos puede permitir conocer algunos aspectos aclaratorios de la conducta esquizofrénica. Recordemos que la realidad externa es un “reflejo de la vida instintiva del propio niño” (Klein 1964:223)

De esta manera para Klein el mundo externo del niño esta poblado de peligros, sensación que dominará la relación de este con lo externo “En la primera realidad del niño no es exageración decir que el mundo es un pecho y un vientre lleno de objetos peligrosos” (Klein 1964:223)

Por otra parte, el desarrollo normal del yo lleva al niño a evaluar los objetos externos a través de una escala realista de valores, en cambio, para el psicótico el mundo “es valorado en el nivel original” (Klein 1964: 223) esto es, que para él, el mundo es un vientre poblado de objetos peligrosos, hecho que sin duda marcará su relación temprana como la adulta, con el mundo exterior.

Klein plantea que los rasgos esquizofrénicos en los niños se hacen menos evidentes que en los adultos, ya que los considera como parte del desarrollo de los niños normales. De esta forma se encuentran en la infancia diversos indicadores que nos ayudan a explicar la conducta esquizofrénica. La escisión, como mecanismo de defensa primario, está al inicio de lo que conocemos como psicosis y que al mismo tiempo, y a juicio de Klein, esta patología es más común de lo que normalmente se acepta.

El artículo de la misma autora plantea como un rasgo central de las personalidades esquizoides “*una violenta escisión del yo y excesiva proyección*” (Klein 1967:264) esta excesiva proyección provoca en la persona que es objeto de la proyección, ser sentida por el que proyecta, como un perseguidor siendo este un sentimiento que lleve al sujeto a permanecer en un constante estado de alerta ya que el peligro abunda distorsionando la imagen del sujeto con respecto tanto a su entorno como a sus interacciones con él. Se confabulan aquí una proyección excesiva a la par con la escisión del yo resultando un sujeto dividido y atormentado por el miedo de los peligros que debe enfrentar y todo esto se desarrolla a temprana edad generando la cuna de la personalidad esquizoide y probablemente del desarrollo de la esquizofrenia en la etapa juvenil.

También, desde el Psicoanálisis, pero en un desarrollo posterior nos encontramos con la perspectiva propuesta por **J. Lacan** sobre la psicosis, que sin duda apunta al imaginario más que a la experiencia temprana como es el caso de Klein. Hablar desde el psicoanálisis sobre la Psicosis pasa indudablemente por una referencia a Freud. Lacan nos da a entender que se abordaba con mayor entusiasmo el problema de la esquizofrenia y no tanto las paranoias, aunque en Freud el interés era mayor por esta última patología. De esta manera tenemos que en Freud las psicosis se dividen en dos grupos, a saber, la paranoia y la esquizofrenia.

Entendamos a la psicosis como demencia y en palabras del propio Lacan, como “las locuras”. Continuemos esta descripción agregando lo que en su Seminario N° 3 (Lacan 1986: 23) nos relata: “En las psicosis, el inconciente está en la superficie, es conciente.” Dicho de otro modo, el inconciente se constituye como lenguaje, pero esto no quiere decir que por ser lenguaje necesariamente se encuentre reconocido, esto es, que en el discurso lacaniano “el sujeto psicótico ignora la lengua que habla” Aquí es cuando nos acercamos al centro de lo psicótico, es decir, cómo en un sujeto se da que lo inconciente aparezca en lo real: “que es el discurso realmente pronunciado en su dimensión diacrónica.” (Lacan 1986: 95)

Así llegamos al punto donde el sujeto se experimenta como escindido ya que por una parte tiene el discurso de este inconciente que se ha hecho real al aparecer en su vida, en sus acciones y relaciones y, por otra parte, carece de los elementos que le ayuden a descifrar estos códigos o lenguaje. Esta disfunción coloca al individuo en el ámbito de la enfermedad, de la psicosis. La psicosis o lo que llamamos locura era entendida como paranoia. Un sujeto paranoico era un “malvado, un intolerante, un tipo con mal humor, orgullo, desconfianza, susceptibilidad, sobreestimación de sí mismo. Esta característica era el fundamento de la paranoia; cuando el paranoico era demasiado paranoico, llegaba a delirar.” (Lacan 1986: 13)

Esta forma de percibir al sujeto es sin duda una mirada psicológica y desde esta perspectiva uno de los aportes centrales del psicoanálisis consiste en introducir sentido a una cadena de fenómenos. “todo lo que en el comportamiento humano es del orden de lo psicológico está sometido a anomalías tan profundas, presenta en todo momento paradojas tan evidentes, que se plantea el problema de saber qué hay que introducir para dar pie con bola.” (Lacan 1986: 17).

Esto que se debe introducir es un ordenamiento nuevo, un nuevo sentido, otra interpretación posible a la sucesión de fenómenos experimentado por el paciente. El discurso del paciente, es decir, el habla de este o la palabra, es la que permite acceder (en definitiva) al inconsciente y este es el lugar desde donde se inicia el encuentro del paciente con su terapeuta.

Desde luego Lacan nos brinda una posibilidad, una palabra que busca sentido a las palabras de una persona que sufre tanto por su propia condición como por la segregación de la cual es objeto a nivel social y laboral. Este discurso del sujeto que posibilita nuestro acceso a su inconsciente es la clave para adentrarse en su psiquis y quizá, con un poco de suerte, poder descubrir la lógica faltante y así leer ya no enigmáticamente su discurso sino con la certeza de la verdad expuesta por su propio autor.

3.2 Cognitiva conductual.

La psicología cognitiva surge en oposición al conductismo que entra en crisis a partir de los años cincuenta. El cognitivismo como teoría no es un enfoque unitario, más bien supone variadas alternativas teóricas sobre el funcionamiento de la mente humana como forma de acercarse a la conducta y el conocimiento. Esto a través de las representaciones que genera nuestro cerebro y los procesos mediante los cuales transforma y manipula dichos mecanismos. En efecto, a partir de esta idea común la

terapia cognitiva conductual es formulada para identificar pensamientos y creencias que resultan ser irracionales desde el punto de vista lógico formal.

La terapia conductual es un enfoque psicoterapéutico que tiene como base una orientación científica del comportamiento del hombre. Esta línea tiene como objetivo: establecer leyes generales del comportamiento humano a través del descubrimiento de relaciones entre los estímulos del medio y la respuesta del organismo.

Así este enfoque pretende dar respuesta a las diversas alteraciones del comportamiento utilizando como técnicas el manejo conductual y el tratamiento conductual.

A continuación describiremos algunas características de este modelo desarrollando diferentes líneas de estudio métodos y técnicas. En un principio tenemos a Pavlov, Watson y Guthrie, quienes proponen como énfasis la interrelación existente entre las situaciones y las respuestas como función de la presentación del estímulo.

Este tipo de terapia aplicada al paciente psiquiátrico está focalizada desde lo individual a lo grupal, apoyándose en las características: sensoperceptivas, desempeño psicomotor y capacidad de aprendizaje. A nivel grupal se toma en cuenta su comportamiento verbal, entrenamiento en hábitos básicos, conducta autodestructiva y comportamiento institucionalizado.

En nuestro país desde el año 1976 se instaura un precedente en la aplicación de programas conductuales que van desde entrenamiento en hábitos básicos hasta intentos de reinserción social.

En el ámbito de la adaptación cognitiva terapéutica Alford y Beck aconsejan dedicar una especial atención a una serie de aspectos fundamentales tales como la

motivación al cambio; entendida como la disposición o la voluntad del sujeto en la medida que vive los síntomas de la esquizofrenia y que mantienen, recuperan y conservan facultades para plantearse una modificación conductual.

Una técnica que ayuda a modificar la conducta es la de explicitación racional: consistente en indicar al paciente que lo que se hace y lo que se dice a partir de un sujeto que esta fuera de él tiene sentido y tiene dirección. Lo variable y lo invariable, dentro de lo que es la colaboración terapéutica, o entendido también como aquellos factores que son constantes dentro de la relación (sexo, lo biográfico, etc) y aquello fluctuante (familia, contexto, etc.). Otros aspectos tan esenciales como evitar y reducir la confrontación a través del método socrático, La colaboración en el diseño de tareas para la casa, las estrategias de distanciamiento o toma de perspectiva en donde el paciente puede lograr la capacidad de auto-observarse y la necesidad de identificar y explorar la emociones asociadas a los diversos delirios, especialmente los sentimientos sobre la posibilidad de que estos delirios sean ideas sobrevaloradas.

Se marca una diferencia importante con respecto al modelo propiamente conductual, ya que desde esta mirada se pretende fomentar el auto monitoreo de las cogniciones relacionando los pensamientos con el afecto y la conducta, identificando a la vez, los posibles sesgos del pensamiento.

Según los avances desarrollados en la psicología cognitiva podemos acercarnos al estudio de los diferentes niveles de adquisición del aprendizaje a través de los cuales se organizan los procesos de adquisición y de incorporación que realiza el sujeto. Ahora daremos una rápida mirada a los principales procesos que conforman esta propuesta de trabajo con personas enfermas de esquizofrenia

La adquisición y cambio de representaciones:

La mente humana para ejecutar tareas tiene a la base conexiones de unidades de información que van generando representaciones del mundo. Estas representaciones se conservan y organizan dando lugar a la memoria mas o menos permanente, regida por los propios procesos, que junto con los mecanismos de adquisición y cambio de las representaciones y otros procesos auxiliares, como la motivación, la atención o la recuperación de lo aprendido constituirían los proceso de aprendizaje .

La conciencia reflexiva como proceso de aprendizaje

La representación de una tarea puede cambiar para que se establezcan nuevas conexiones, a un nivel elemental, entre unidades de información o por cambios en la organización dinámica de nuestra memoria, en la motivación o en la atención, como consecuencia de la mecánica del sistema cognitivo. Pero además de construir un elaborado mecanismo, el sistema cognitivo humano es parte de un organismo, sujeto a su propia dinámica de cambio, capaz entre otras cosas de acceder, por procesos de reflexión consciente, a sus propias representaciones y modificarlas. La mente humana es capaz de re-estructurarse a sí misma

La construcción social del conocimiento

En los tres niveles anteriores el aprendizaje es producto de la activación de diferentes procesos que tienen lugar dentro de la persona, el aprendizaje como un proceso recíproco que está dado por las interacciones. En este nivel de análisis las representaciones no se almacenarían en la mente donde se encuentran las redes neuronales de quien aprende, sino que estarían distribuidas entre las personas, en los formatos de la interacciones social que origina los cambios observados en todos estos

niveles. Por lo tanto, desde esta mirada el conocimiento se adquiere y se cambia en el marco de un total de comunidades de aprendizaje. (Pozo 1996).

Dentro de esta investigación es importante considerar estos niveles como aportes al proceso psicoterapéutico con pacientes esquizofrénicos localizando desde el aprendizaje, la manera en que se adquieren nuevas experiencias y contextos que hacen al sujeto organizar su estructura cognitiva en la relación terapeuta - paciente.

Esta forma de hacer terapia ha tenido todo un desarrollo histórico, cobra fuerza en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia ya que brinda la posibilidad de educar o adiestrar a los pacientes tanto en habilidades de comunicación como en el entrenamiento de la asertividad que contrarresta, por ejemplo, la carencia típica de habilidades sociales en las personas diagnosticadas con esquizofrenia.

3.3 Teoría Sistémica

La figura de Gregory Bateson desorienta a quienes pretenden encerrar el compartimiento de la ciencia o de la filosofía en pensamientos estancos. Este pensador recorre los caminos de la biología, la antropología, la psicología conductista, la psicoterapia avanzada, la epistemología y hasta la ecología. Por su búsqueda incansable de saber, y por la amplitud de los temas que estudió, puede compararse con los grandes pensadores del renacimiento.

Bateson desarrolla diferentes conceptos referidos a cada uno de estos temas, como aportes a un cambio epistemológico y a un cambio de perspectivas para enfrentar los dominios de la ciencia desde la primera mitad del siglo XX. Su actitud crítica y poco ortodoxa choca con los círculos intelectuales de la época, pues, para él, ni la lógica ni la cantidad sirven ya para describir la organización interna de los organismos vivientes ni su interrelación. Desde antes de 1979, Bateson declara que los procedimientos utilizados por la ciencia no dan cuenta de la generalidad y

tampoco de la especificidad de los fenómenos, por tanto es incapaz de abordar los circuitos recurrentes sin generar paradojas en su propia producción.

La incursión de Bateson en la psiquiatría comienza a partir de los años 50. Existe en él y en todo este campo, la emergente tendencia a desplazar la atención de los fenómenos intrapsíquicos a fenómenos interpersonales y a los contextos dentro de los cuales se desarrolla.

Según Bateson (1986:64) en 1954 Bowen ya se ocupa de explorar la idea de que la psicosis en un paciente es “un síntoma de un proceso activo que compromete a toda una familia”. Más adelante agrega: “la familia es un síntoma en que el cambio de una parte va seguido del cambio compensatorio de otras partes” (Bateson 1986:104).

Aparece entonces la pregunta que cristaliza más de 20 años de investigación. ¿Hay alguna indicación de que ciertas formas de psicopatología se caracterizan por anomalías en la manera en que el paciente maneja los marcos de la comunicación?, La respuesta de Bateson y su grupo es la celebre hipótesis del doble vínculo: *el esquizofrénico responde simultáneamente a dos modos de comunicación distintos y contradictorios entre sí y en dos niveles de comunicación diferentes.* (Bateson 1986:186)

El concepto de doble vínculo, o doble atadura, tan utilizado en los años sesenta “no debe ser entendido como una relación entre un verdugo (madre) y una víctima (hijo)” (Bateson 1986: 186). Poco a poco se van analizando las redes comunicacionales de todo el sistema familiar es una relación que se establece entre personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones conceptuales en la relación.

Para el autor, la teoría de la esquizofrenia “se aprende”, está relacionada con la idea de que la realidad no es objetiva. En nuestra diaria comunicación con los

demás intercambiamos sólo una quinta parte de la información, definición rechazo y redefinición de la naturaleza de nuestras relaciones.

La comunicación no depende tanto de su contenido ni de su imagen sino de sus procesos de formación. Son éstos los que, cuando son alterados (cuando se aprende una comunicación “loca”), producen problemas mentales.

Cómo fabricar un esquizofrénico

A partir de las situaciones de doble vínculo y luego de trabajar específica y metódicamente con esquizofrénicos y sus familias, Gregory Bateson agrega “es la situación familiar la que lleva en última instancia, a que una persona enferme de esquizofrenia”. (Bateson 1986: 142) Para él la situación familiar de un esquizofrénico tiene las siguientes características:

- Un niño cuya madre se angustia y se aísla cuando él le responde como a una madre amorosa. Es decir, la existencia misma del niño tiene un significado especial para la madre, que suscita su angustia y hostilidad cuando se encuentra en peligro de un contacto íntimo con el niño.
- Una madre para la cual no son aceptables sus sentimientos de angustia y de soledad hacia el niño y cuya manera de negarlos consiste en expresar una conducta manifiesta de amor para persuadirlo de que le responda como a una madre amorosa, y que se alejara de él si no lo hace. “Conducta amorosa” no significa necesariamente “afecto” puede, por ejemplo, estar encuadrada en un marco de hacer las cosas que corresponden.
- La falta en la familia de una persona (por ejemplo, un padre fuerte y comprensivo) que pueda intervenir en las relaciones entre madre y el niño y apoyar al niño frente a las contradicciones en juego.

Dada una situación con estas características, la hipótesis es que la madre del esquizofrénico expresará simultáneamente por lo menos dos órdenes de mensajes. Estas órdenes de mensajes pueden caracterizarse en términos generales como:

- Conducta hostil o de retraimiento, que surge cada vez que el niño se aproxima a ella.
- Conducta de amor o acercamiento simulado, que surge cuando el niño responde a su conducta hostil y de retraimiento, como una manera de negar que ella es la que se aparta.

Su problema consiste en controlar su angustia mediante el control de la proximidad y distancia entre ella y su hijo. Para decirlo con otras palabras, si la madre comienza a sentir afecto y proximidad para con su hijo, comienza también a sentirse en peligro, y tiene que apartarse de aquél; pero no puede aceptar este acto hostil, y para negarlo tiene que simular afecto y cercanía. Lo que aquí importa es que su conducta amorosa es entonces un comentario de su conducta hostil (pues constituye una compensación para ella), y por consiguiente es un mensaje de orden diferente del de la conducta hostil: es un mensaje sobre una secuencia de mensajes. Sin embargo, por su naturaleza misma niega la existencia de aquellos mensajes sobre los cuales versa, es decir, el retraimiento hostil.

La madre emplea las respuestas del niño para afirmar que la conducta de ella es de amor, y como la conducta de amor es simulada, el niño se ve colocado en una situación en la que no debe interpretar correctamente la comunicación de su madre, si es que desea mantener su relación con ella. En otras palabras, no debe discriminar correctamente entre los distintos órdenes de mensajes, en este caso la diferencia entre las expresiones de sentimientos simulados y los sentimientos reales. El resultado es que el niño se ve obligado a distorsionar sistemáticamente sus percepciones de las señales meta comunicativas.

Para Bateson esto significa que el niño tiene que engañarse a sí mismo respecto de su propio estado interno para apoyar a su madre en la ilusión. Para sobrevivir junto a ella, el niño tiene que discriminar falsamente sus propios mensajes internos ,y al mismo tiempo, discriminar falsamente los mensajes de otros.

El niño puede intentar distintos medios para escapar de esta situación. Podría, por ejemplo, tratar de apoyarse en su padre o en algún otro miembro de la familia. No obstante, a partir de las observaciones de Bateson, el pensaba que lo más probable es que el padre de un esquizofrénico no sea una persona lo suficientemente sustantiva como para apoyarse en ella. Estos padres se encuentran también en una posición incómoda, ya que si se manifiestan de acuerdo con el niño sobre la naturaleza de los engaños de la madre, tendrían que reconocer la naturaleza de sus propias relaciones con ella, cosa que no pueden hacer y así se mantienen adheridos a ella en el modus operandi que han elaborado.

La necesidad que tiene la madre de ser necesitada y querida también impide al niño obtener apoyo de alguna otra persona de su ambiente, por ejemplo, un maestro. Una madre con estas características se sentiría amenazada por cualquier otro lazo afectivo del niño y lo rompería para atraer al niño, con la consiguiente angustia cuando el niño se tornara dependiente de ella. La única manera de que el niño pueda escapar realmente de la situación sería comentar la posición contradictoria en que su madre lo ha colocado. Sin embargo, si así lo hiciera, la madre tomaría esto como una acusación de que ella no es afectuosa y podría insistir que la percepción del niño no corresponde a la realidad. Al evitar que el niño hable sobre la situación, la madre le prohíbe emplear el nivel metacomunicativo, que usamos para corregir nuestras percepciones acerca de la conducta.

La capacidad de comunicarse sobre la comunicación, de comentar las acciones significativas de uno mismo y de los demás, es esencial para un intercambio social exitoso. En cualquier relación normal se da un continuo inter-juego de señales

metacomunicativas tales como: “¿Qué quieres decir?” o “¿Por qué lo hiciste?” o “¿me estas haciendo una broma?” y otros semejantes. Para discriminar correctamente que es lo que otras personas expresan de hecho, debemos poseer la capacidad de hacer comentarios directos o indirectos sobre esas expresiones. Este nivel metacomunicativo es aquél que el esquizofrénico parece incapaz de emplear con éxito.

Dadas éstas características de la madre se ve con claridad cual es la razón de la imposibilidad. Si ella niega un orden de mensajes, se sigue que cualquier enunciado sobre sus enunciados la pone en peligro y que, por lo tanto, debe prohibirlo. Como consecuencia el niño crece sin adquirir pericia en su capacidad de diálogo y acción comunicativa, y como resultado, tampoco puede determinar qué es lo que otras personas quieren decir realmente, ni expresar lo que él quiere realmente decir, cosa esencial para las relaciones normales.

En resumen, para Bateson, la índole de la situación familiar de un esquizofrénico, caracterizada por el doble vínculo, termina colocando al niño en una topología contradictoria y angustiante en donde el infante se ve excluido de las relaciones íntimas y seguras con su madre. De esta manera, si él no realiza aproximaciones afectuosas hacia ella, esta sentirá que no es una madre cercana y emergerá la angustia como emoción supra reconocible y predominante.

Al interior de este modelo de apego temprano el niño sentirá el rechazo tanto si entrega amor o si lo reprime, quedando prisionero de su propio quiebre y fractura existencial.

3.4 Post Racionalismo

Para Guidano, padre de esta corriente, el enfoque post racionalista asume que toda observación tiene una total autorreferencialidad, en la que el observador pasa a ser parte integrante en lo que observa. Esto implica un cambio en el marco empírico racionalista pues cambia la relación de realidad y adaptación del sujeto. Este nuevo fundamento epistemológico, modifica sustancialmente la conceptualización y evolución de la psiquis humana y la noción de enfermedad psíquica.

El enfoque procesal sistémico, concibe a la mente como constructora de significados emocionales, los que se conforman como resultado de la relación dialéctica entre experiencia inmediata (conocimiento tácito/ emotivo) y reformulación en el lenguaje de la explicación (conocimiento explícito/ racional), manteniéndose la conciencia interna de la narrativa personal. Los síntomas psicopatológicos serían entendidos como el producto de los esfuerzos del sistema de conocimientos explícitos para reconocer, reformular e integrar la experiencia tácita emotiva inmediata como un todo provocando un alto nivel de discrepancia interna.

Desde la mirada cognitiva post racionalista, los síntomas psicopatológicos no son vistos como una entidad en sí mismos, es decir, como una entidad de conocimiento, sino como una forma de procesar un mismo significado personal, ya sea de forma normal, neurótica o psicótica.

En Ruiz los procesos psicóticos, en primer lugar, son vistos como interferencias o daños de integración. Así desde el punto de vista cognitivo post racionalista, la nosografía corresponde a un proceso y no a una entidad en sí misma, como aparece en los cuadros clínicos de la nosología tradicional. Por tanto, es una mirada evolutiva, ya que tiene como base la consideración del enfoque del desarrollo en todo el ciclo de la vida del individuo.

La primera diferencia entonces que es destacable, es que en la nosografía tradicional lo normal, lo neurótico y lo psicótico siempre está referido al contenido del conocimiento. Según este autor si nosotros sólo reparamos en el contenido del conocimiento no logramos entender lo que son los síntomas psicóticos. Desde un punto de vista post racionalista, lo que se trata como normal, neurótico o psicótico es una modalidad de procesamiento de contenidos. Cada contenido depende del significado personal del sujeto. En este sentido, se puede decir que cada uno de estos elementos puede ser elaborado desde lo personal, referido así es un significado depresivo, fóbico, obsesivo o dápico.

Ruiz plantea que en el psicótico la integración esta interrumpida, es decir, el sentido de identidad personal no se advierte, no es unitario, lo que es percibido es algo que siempre queda fuera, es la falta de unidad sistémica e imagen consciente de sí mismo. A este respecto Ruiz agrega que la falta de integración se manifiesta en dos grandes categorías: la falta de integración in minus, es decir, algo se queda fuera como percepción crítica, la cual el paciente no logra incorporarla en su yo y se vuelve una alucinación, algo que se percibe como si le llegara al sí mismo desde afuera. Por otro lado, el delirio es un daño de integración en exceso, es algo que se desborda, que se tiene que exagerar, que tiene que inventarse para que de forma longitudinal pueda ser reconocido en el ciclo de la experiencia. El paciente que esta con una producción psicótica, no solo no tiene una imagen conciente unitaria de sí mismo en el momento, sino que también pierde el sentido de continuidad y coherencia de su vida pasada, se fragmenta en miles de individuos y uno a la vez.

La esquizofrenia y la psicosis crónica.

Los brotes delirantes agudos, son la principal manifestación de lo que llamamos esquizofrenia, son momentos particulares de completa separación aguda entre la experiencia inmediata de sí mismo y la imagen conciente de sí mismo que ocurre entre la adolescencia y la primera juventud.

En la adolescencia, debido a que surge el pensamiento reflexivo (abstracto), ya no se puede seguir viviendo en la inmediatez que se vivía cuando niño. Así un niño puede presentar grandes discrepancias psíquicas, pero no logra visualizarlas completamente porque vive la experiencia instante a instante, fijado en un solo aspecto del existir. Con la aparición del pensamiento reflejo se empieza a ver todo un conjunto de manifestaciones de la experiencia y de vinculación familiar que pueden ser anómalos y discrepantes para el sujeto. De esta manera el adolescente responde al mundo de forma deliriosa como único mecanismo de mantener la coherencia interna.

Para el autor, la identidad para el ser humano es el sentido de vida, por tanto la separación o el quiebre que se produce a partir de esta escisión, es un quiebre también en los aspectos semánticos y constitutivos del sujeto. La única manera de lograr la integración, de lograr la conexión, es a través, de la manifestación de un brote delirante. Así desde el punto de vista procesal evolutivo todas las organizaciones de significado personal si son interferidas en su capacidad de integración, pueden ser causales en el periodo de la adolescencia y juventud de estados atípicos de comportamiento y de comunicación alterada con respecto a los contextos de origen y permanencia del individuo.

La cronicidad de un estado psicótico depende de tres factores: en primer lugar los psicofármacos que están hechos para desestructurar el pensamiento de las personas, por tanto, el sujeto pervive en un estado de constante desrealización y apego de su forma natural de pensar. El otro aspecto tiene que ver con la

hospitalización, que es el aspecto más desestructurante, pues pone al individuo fuera de su lugar de origen o cotidianidad, transportándolo a un escenario de despersonalización y lejanía con su mundo habitual. Un tercer elemento tiene que ver con las relaciones familiares. Según Ruiz la familia puede gatillar un brote psicótico en relación a factores premórbidos o de predisposición, cuando en la adolescencia del sujeto éste trata de lograr la separación o individuación y las familias interfieren con la capacidad de integración o separación emotiva. La familia actúa como especie de etiquetador de enfermedad, de manera de mantenerlo en casa. Para el autor, lo que se ve muy frecuentemente después de un brote delirante es que un joven nunca más sale de la familia, se vuelve el enfermo de la familia, y todos los miembros se reorganizan sobre él.

Psicosis y trama narrativa.

Otro tipo de interferencia de integración tiene que ver con el metalenguaje de significado. Cuanto mas el metalenguaje de significado sea interferido, cuanto menos haya alcanzado un desarrollo poco articulado, poco abstracto, mas producirá una disminución en la posibilidad o en la capacidad de visualización de la experiencia inmediata. Este proceso puede tener variadas consecuencias: La capacidad de ver las cosas desde muchos puntos de vista, es decir, la abstracción está disminuida, al punto tal de que este tipo de interferencias en una situación emocional intensa produce perturbaciones que no son reconocidas por la construcción narrativa de la persona.

Para Guidano (1990), el mundo del sujeto se arma en base a la creación de un discurso interno que atraviesa todas las dimensiones del ser. Esta narrativa personal es la forma de ser en el mundo y partir de lo cual se construye y deconstruye con un funcionamiento interno/externo que otorga identidad y propone la subjetividad en relación a otros.

Cuando se producen perturbaciones en el sistema, que no son acogidas por una trama rígida, pueden volverse síntomas y alteraciones del comportamiento. La interferencia se manifiesta, entonces, en forma grave produciendo una desorganización entre trama narrativa y regulación afectiva. Hay una desintegración entre la experiencia y lo que se auto refiere. Hay un quiebre completo y el sujeto vive la ruptura. El psicótico ve desde afuera una interrupción en su continuidad y le es difícil acordarse de lo que era su vida antes, es una discontinuidad masiva.

Lo que es notable, según Ruiz, es que al perder completamente la trama narrativa se pierden también todas las características que tenía la trama narrativa escritural, vale decir, la secuencialización cronológica causal y temática. No ocurre como en la correlación neurótica en la cual algunas emociones son más perturbadoras y activantes pero que el sujeto puede reconocerlas como emociones suyas, en el psicótico estas emociones son sentidas desde afuera como si fueran impuestas desde otro lugar perdiendo la libertad y la independencia como valor fundamental.

3.5 Teoría de la Vulnerabilidad: Piaget

Este modelo fue propuesto por primera vez, en el año 1977, por Zubin y Spring, éstos autores plantean que los fenómenos esquizofreniformes son multideterminados y multiformes por lo que no es posible delimitarlos con claridad.

La teoría de la vulnerabilidad, permite comprender la evolución psíquica del individuo como la construcción de una estructura jerárquica de programas internos o sistemas de referencia cognitivos y afectivos. Esta construcción es influida por las características biológicas y las experiencias vitales de las personas (Huneus 2001: 32).

De acuerdo con esta teoría, la evolución a largo plazo de las manifestaciones de la esquizofrenia se dividen en tres fases:

Fase pre- mórbida: los factores biológicos y psicosociales contribuyen a la génesis de la esquizofrenia, anormalidades genéticas, daño cerebral pre y perinatal, perturbación temprana de la relación madre hijo y patrones ambiguos y contradictorios de la comunicación familiar.

Fase aguda: aparición de fenómenos psicóticos agudos, producto de una sobre exigencia a un sistema vulnerable de procesamiento de la información. Se postula que con esta disminuida capacidad de procesar información y factores de riesgo presentes, estarían más propensos a desarrollar esquizofrenia. Algunos de estos factores pueden ser tensionales, de ansiedad y confusión.

Fase crónica: Síntomas opuestos a la sintomatología aguda, como desmotivación, apatía y aplanamiento afectivo.

Estos síntomas antes descritos, característicos de las distintas fases, se puede relacionar con la sobre estimulación gatillada en el episodio psicótico y los síntomas experimentados en dicho episodio.

La fase crónica, afecta sólo a una minoría de los pacientes. Para la esquizofrenia el pronóstico es favorable a largo plazo, incluso en edades avanzadas dependiendo de los factores biopsicosociales mencionados anteriormente.

El precursor de la teoría de la vulnerabilidad: Piaget, menciona que una evolución favorable a largo plazo estaría influida por una adaptación social armónica a la fase pre-mórbida, un comienzo agudo, un cuadro clínico inicial con síntomas de primer orden y un curso en fases.

4. Visión antropológica del fenómeno de la esquizofrenia

Psiquiatría y fenomenología se establecen fuertemente durante la primera mitad del siglo XX, como una corriente de la medicina que trata de explicarse los procesos patológicos, desde una perspectiva diferente a lo que postulaba el modelo clásico, siendo sus más fuertes representantes la escuela francesa y alemana.

Se comienza a desarrollar una vertiente de pensamiento basado en la fenomenología postulada por Husserl, en la que afirma que para poder entender lo que lo seres humanos hacemos es necesario *mirar* lo que hacemos, es necesario detenerse en lo que las cosas son y no en lo que nosotros creemos que son, a través de lo cual se explica que las cosas sean de una determinada manera.

Así la primera fenomenología sistemática aplicada en psiquiatría fue la de Husserl, desarrollando temas como la intencionalidad, el acto, la sensación, la percepción. Se pregunta por cosas esenciales de la experiencia humana y acerca de cómo es posible que la conciencia nos permita saber. De esta manera, el método es una experiencia que requiere de algunos pasos.

El primero consiste en “*sacarse de encima*” los conocimientos previos, pues para que las cosas se nos muestren tal como podrían mostrarse es necesario despojarse de prejuicios, preconocimientos o teorías que traten de explicarla.

Para que se nos hagan visibles tenemos que dejar el fenómeno solo frente a nosotros y para esto debemos hacer una reducción, poner entre paréntesis, dejar de lado nuestros conocimientos, nuestras teorías, nuestros prejuicios científicos. A este primer momento se le denomina Reducción Fenomenológica.

En segundo lugar es necesario ver qué cosa nos permite hablar de algo cuando hay muchos “*algo*” parecidos a eso. Por ejemplo, cuando hablamos de una manzana,

cada manzana es distinta de cualquier otra. Sin embargo, somos capaces de captar aquello único de la manzana, aunque todas sean diferentes. Esto que nos permite hablar de ciertas cosas dentro de esta variación que se da en la experiencia real, es lo que nos permite encontrar la unidad de la diversidad. Hablamos por tanto, de un procedimiento que nos permite llegar a la esencia de algo.

Esta segunda etapa del método consiste en una serie de variaciones y permutaciones de los elementos que se nos ofrecen de las cosas, hasta que la cosa se nos deshaga, para después rearmarla pero solo con aquellos ingredientes que nos son esenciales. A esto se le denomina Variación Imaginaria y es el resultado, lo que queda para que la cosa pueda seguir siendo, un concepto eidético o esencial, algo que posee sentido y que es la característica del fenómeno a estudiar.

Husserl no alude a modelos por medio de los cuales tratamos de interpretar, sino a la acción de ir hacia las cosas mismas para que se nos muestren.

Para Husserl normalmente nosotros vivimos haciendo distinciones fenomenológicas sin darnos cuenta. Las cosas nos ofrecen diferencias que no nos dejan que se nos muestren, es decir, “*no vamos*” a las cosas mismas y por el contrario no dejamos que ellas se “*nos muestren*”, tanto como pueden mostrarse.

La psiquiatría, con una visión crítica, toma esta proposición y se plantea mirar los trastornos mentales, las desadaptaciones psicológicas o la alteración del comportamiento no sólo como causas, sino concibiendo la psicopatología como algo en profundidad acerca de lo cual se puede preguntar.

Husserl trataba de conocer la conciencia pura y los fenómenos puros. El dice, “partimos de los fenómenos, los reducimos y ya no los vamos a considerar como cosas, como entes, sino que ahora los vamos a utilizar como sentidos relacionados con la conciencia y sus correlatos”. (Dörr 1995) Esto representa el tercer paso

denominado Reducción Trascendental. Todo este recorrido tiene como eje la constante reducción que nos ayuda a precisar los fenómenos y volver a ellos.

La psiquiatría vuelve a los fenómenos reales, ya que trata de entender mejor, los rasgos constitutivos del trastorno y el sentido de la enfermedad en el contexto de la psicología del sujeto, de sus elementos vitales, biográficos, afectivos, existenciales, etc. Dentro de ésta misma postura, la relación sujeto-sujeto, supuesto saber, es enfrentada en términos de un encuentro interpersonal, un encuentro que tiene su fundamento en la constitución misma de la existencia en cuanto co-existencia.

Dörr (1995) en su libro, *Psiquiatría antropológica*, rescata las ideas de Heidegger, ideas que representarán un aporte, pues lo que en otro contexto llamamos síntoma, adquirirá desde esta mirada la unidad ser- mundo como totalidad. Tomando estos conceptos básicos, especialmente el de las “*cosas mismas*” Heidegger se pregunta por el ser (*dasein*) y describe las estructuras de este:

Así tenemos que lo importante es que el *dasein* siempre es un ser en el mundo, pero no dentro de un sí mismo, dentro de un Yo. Él está siempre afuera, en el mundo. Todo lo que hacemos está referido a otro. Los otros siempre han estado, es decir, *el dasein no es solo, es siempre con otro. Tanto es con otro que cuando está solo, lo necesita o lo tiene en su ausencia.*

En Psiquiatría la vivencia transcurre en un espacio que contiene nuestro mutuo encontrarse, en un particular clima emocional y por el conjunto de significaciones a lo largo del tiempo que dentro de la psicosis se configuran como un cerrarse a la experiencia del sujeto, aquí se es en un mundo en donde no existe el diálogo, en donde no se encuentra la casa del ser, es allí donde transcurren los quiebres que estarán detrás de todas las preguntas hacia esta persona. El quiebre revela al existente su falta de equipamiento, su falta de compromisos y su falta de preocupaciones relacionales.

5. Esquizofrenia.

*“ La persona enferma se relaciona
con el mundo real tan poco como
la persona normal se relaciona con sus sueños”
(Bleuler, E.)*

La esquizofrenia es una patología compleja, no sólo para quien la padece sino también para la sociedad, es considerada una enfermedad que irrumpe en la juventud y por mucho tiempo se consideró que el curso de esta enfermedad era desfavorable y destructivo afectando distintas áreas de la vida de la persona, actualmente se considera que las personas afectadas de esquizofrenia que reciban un tratamiento temprano, tanto farmacológico como psicológico y social tienen un pronóstico favorable.

5.1 Revisión histórica del concepto de Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad que se ha investigado por siglos logrando avances en su etiología y tratamiento. El concepto actual de esquizofrenia corresponde a “alteración en el neurodesarrollo que culmina con la expresión clínica de psicosis en la adolescencia o adultez temprana”. (Tardito 2002: 1)

Antiguamente las personas desadaptadas, raras, dementes, personas con actitudes extrañas, poseídos por un mal oculto o simplemente locos, fueron estigmatizadas, alejadas y aisladas de cualquier lugar social. Desde el siglo XVI, se consideraban a estas personas con actitudes extrañas, perturbadoras para la sociedad, por lo que comenzaron a ser reclusos en hospitales. Al principio la cura no era la finalidad sino el rechazo a su forma de ser. Una manera de ocultar lo indeseable, lo insano.

A fines del siglo XVIII, la psiquiatría se va constituyendo como una rama más de la ciencia médica y surge la locura como noción de enfermedad mental, que debía ser estudiada y tratada. Palabras de Jorge Téllez – Vargas “Cuando Philippe Pinel rompe las cadenas de los alienados y los consagra como enfermos, devolviéndole la calidad humana...” siendo éste, el primer acercamiento al reconocimiento de los derechos humanos de las personas con este tipo de enfermedad.

Durante el siglo XIX el énfasis se puso sobre la observación empírica de la naturaleza, abandonándose las teorías acerca de lo sobrenatural y convirtiendo las ciencias médicas en disciplinas científicas. Los médicos de ese tiempo, dedicado a las investigaciones de las enfermedades mentales comenzaron a buscar un sistema de diagnóstico lógico en términos de identificar síntomas y signos para poder nombrar las enfermedades y predecir su evolución.

En 1814 Jean Etienne Esquirol describe los “cuadros emparentados” llamándolos “demencia Juvenil” como un proceso de abolición en el pensamiento lógico de los jóvenes.

En tanto Benedit Agustín Morel, psiquiatra belga, da por primera vez el nombre de demencia precoz a estos cuadros, los define como una desorganización de la personalidad, como una detención en el desarrollo de la persona.

En 1893 Kraepelin usa la categoría de demencia precoz cuyos caracteres centrales los define como: “desinterés por lo real, frialdad afectiva, incoercibilidad de los impulsos automáticos y ruptura del lazo que une el pensamiento y la realidad” acentuó también el curso de estos cuadros hacia una indiferencia progresiva.

Posteriormente, Bleuler, en 1911 propone el término esquizofrenia o mente dividida en su libro *Demencia precoz o grupos de las esquizofrenias*.

El autor Kurt Scheneder descubrió síntomas primarios y secundarios en estas personas. Los primarios no los consideraban específicos de la esquizofrenia, pero le atribuía un valor pragmático.

El precursor del psicoanálisis existencial, el psiquiatra Carl Jasper, definió esquizofrenia “como un proceso psíquico que ha diferencia de los desarrollos como la paranoia, es psicológicamente incomprensible y tiene un elemento de irreversibilidad representado por el defecto esquizofrénico” (Herlein, apuntes de clases)

Durante 1952, se elaboró la primera edición del Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSMI), como primera iniciativa de elaborar definiciones y conceptualizaciones en torno a un mismo criterio diagnóstico de los procesos intra psíquicos.

Continuando con esta línea de investigación, durante los años 1970, 1972 y 1973 en Estados Unidos surge “El proyecto Estados Unidos, Reino Unido y el estudio piloto internacional de la esquizofrenia” este proyecto mostró ciertas carencias en la definición y clasificación de las enfermedades mentales. Casi una década más tarde se reelabora este estudio (1980) dando origen a un nuevo manual, el DSM-III que más tarde se convierte en el DSM-III-R (la versión revisada en 1987) y finalmente surge el DSM-IV en 1994.

La organización mundial de la salud (OMS) elaboró el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades denominado CIE 10 en 1992.

Estas clasificaciones son las más usadas actualmente en nuestro país, lo cual no quiere decir que sean las únicas ya que existen propuestas desde la psicología y sus distintas corrientes y experiencias en torno a nuevas visiones o comprensiones de la esquizofrenia.

5.2 Historia de la psiquiatría en Chile.

Para situarnos en el lugar de las políticas de Salud Mental es preciso hacer primero el ejercicio de mirar nuestro pasado, sorprendente pasado descubierto entre libros y polvo de las bibliotecas consultadas, donde algunas de las que más luces muestran sobre el tema que nos ocupa es la del instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.

Recordemos que el tema que nos preocupa y ocupa se inicia (en un corte arbitrario y sólo sostenido con la finalidad de realizar este estudio) en el año 1950, pero al momento de entregar algunos antecedentes históricos que nos permitan comprender el desarrollo de la salud mental como concepto plasmado en políticas es absolutamente necesario situarnos a mediados del siglo XIX, (época de la patria vieja) y acercarnos a la historia de la psiquiatría en nuestro país. Relataremos algunos acontecimientos situándolos temporalmente con la finalidad de aportar datos transitorios para ayudarnos a ordenar el proceso de creación de las políticas de salud mental.

En Santiago de Chile se creó el Hospicio de Santiago “institución surgida como complemento de la legislación penal vigente que prohibía la mendicidad, destinado a albergar ‘al público menesteroso’, que llegó a tener 550 internos, hombres y mujeres, ancianos, dementes epilépticos y ‘fatuos’ (diversos tipos de oligofrenia) población ajena a toda asistencia médica especializada”. (Medina 1990: 99) Este hospicio en ningún caso constituía un centro de salud, hospital psiquiátrico o algo parecido sino que cumplía la misión de agrupar a los que se apartaban de la ley. Los enfermos mentales pertenecientes a las familias acomodadas de la época eran enviados al Manicomio Limeño, y sólo en 1834 el Hospital San Juan de Dios levantó unas precarias dependencias para la reclusión de los enfermos mentales.

Esto es lo que existía en nuestro país antes de la creación de **La Casa De Orates de Nuestra Señora de los Ángeles el 08 de Agosto de 1852**, con el objetivo de entregar “los socorros de la caridad a los dementes”. (Acta de fundación de la Casa de Orates, 1952). De esta manera se inicia un largo recorrido por la psiquiatría, que con esfuerzo propio, el de benefactores y algunos aportes del gobierno de la época da origen a su trabajo institucionalizado.

Cinco años más tarde de la creación de la Casa de Orates, el bullado caso de Carmen de Marín (1857) “La Endemoniada de Santiago” se constituye a juicio del Dr. Armando Roa en “el inicio de la Psiquiatría científica chilena” ya que este caso demanda del Dr. Carmona, médico tratante, un exhaustivo examen de la paciente. Al respecto el Dr. Roa plantea que “Carmona se preocupa del pasado biográfico, de las condiciones psicológicas, morales y materiales en que dicho pasado se ha desenvuelto, concluyendo que todo apunta hacia el diagnóstico de una enfermedad natural ... ” más adelante Roa nos dirá que “sería difícil encontrar casi 40 años antes de las primeras publicaciones de Breuler y Freud, juicio tan lúcido, respecto a la fuerza psicogenética volcánica de la lívido...” con estas palabras Roa justifica plenamente su posición de dar por iniciado el periodo de la psiquiatría científica en nuestro país.

La Casa de Orates (1852) pasó a ser llamada también Manicomio Nacional (1929) y al terminar las nuevas dependencias (1956) pasa a llamarse Hospital Psiquiátrico y finalmente, a mediados del siglo XX, es conocido como el Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”.

Esta iniciativa respondía a la necesidad de prestar servicios a los “enajenados mentales o alienados”, como los llamaban en esa época, pero debemos esperar hasta 1952 para que el gobierno del Presidente Gabriel González Videla cree el “Servicio Nacional de Salud”. Recordemos aquí que durante este mismo año el comité de expertos de la OMS, definió salud mental de la manera siguiente: “*el estado de la*

salud mental implica la capacidad del individuo de adaptarse al ambiente en que vive, así como su capacidad de participar y contribuir, en forma constructiva a las modificaciones del ambiente físico y social...” de esta manera se entregan definiciones que implican modos específicos de actuar mientras que en Chile años más tarde se crea la Sección de Higiene Mental dependiente del Servicio Nacional de Salud, misma que cambiará de nombre a “Sección de Salud Mental” en 1960 y regulará los tratamientos a los enfermos mentales.

Hasta los años ‘60 “la salud mental se había restringido en Chile a la atención psiquiátrica de los desordenes mentales, siendo la psiquiatría concebida como una especialidad de bajo rendimiento destinada fundamentalmente a aislar al individuo enfermo de su comunidad”, (Fliman 1972: 343), pero cerca de los años ‘70 los cambios sociales experimentados en el país generan la conciencia del derecho de la población al acceso a la salud mental. Ya no sólo se refiere a los desordenes mentales sino que se abre a problemáticas más generales propias de la infancia y de la juventud, a saber; aprendizaje escolar, alcoholismo y drogadicción, por mencionar algunos. Fliman plantea en su artículo: “Análisis de la situación previa al programa nacional de salud mental de 1971” que esta puede entenderse como “El bienestar de la población y del desarrollo armónico de la personalidad de los individuos posibilitando su adaptación activa y participación organizada en el proceso de cambio social”.

Se desprende entonces que la salud mental tiene un doble campo de acción: uno más abarcativo, multisectorial, que se proyecta hacia toda la planificación y acción de gobierno en su aspecto de modificación de conducta, valores y actitudes, en suma, al cambio socio cultural; y otro, más circunscrito, específico de salud, enfocado a la atención integral de los desordenes mentales y trastornos conductuales, en su aspecto de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación.

En la práctica nos encontramos que ya pasada casi en su totalidad la década de los 70, específicamente en el año 1978 el Dr. Pedro Naveillán nos dice que la salud mental se encuentra relegada a los últimos lugares en las prioridades de la salud pública, estado que no es justificable ya que esta merece un tratamiento específico por que involucra una mirada integral del hombre que abarca el bienestar físico, psicológico y social. Queda de manifiesto entonces la importancia de implementar estrategias adecuadas para las necesidades específicas en el ámbito de la salud mental.

5.3 Etiopatogenia de la esquizofrenia

Al preguntarnos sobre los orígenes de la esquizofrenia, generalmente se afirma la existencia de una predisposición genética que en conjunto con los factores ambientales, biológico, psicológicos, nutricionales y lesiones al momento del parto o durante la lactancia, serían los contribuyentes al desarrollo de esta patología.

A raíz de que la esquizofrenia es una enfermedad compleja, se han desarrollado diferentes hipótesis con el intento de explicar los comienzos de esta enfermedad, estas serán mencionadas a continuación:

5.3.1. Hipótesis Genética: Esta mirada positivista postula que la esquizofrenia es un síndrome neuropsiquiátrico complejo cuya correlación anatomopsicológica y funcional es difícil de comprobar. Por lo tanto, suponemos que sus bases genéticas se deben más a una herencia de tipo poligenética y compleja, de tipo no mendeliana (Téllez y López 2001: 18).

Considerando los aportes de esta hipótesis, se sostiene que existe un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia con la existencia de un miembro del grupo familiar con dicha enfermedad, los porcentajes probabilísticos corresponden al 17%

en personas que tienen un hermano esquizofrénico y uno de los padres sufre esta condición y existe un 46% de riesgo cuando ambos padres sufren de esquizofrenia.

En estudios realizados con gemelos idénticos monocigotos y falsos gemelos dizigotos, se estima una concordancia que varía entre un 50% y un 63% en gemelos monocigotos y de un 10% a un 15% en gemelos dizigotos.

Los estudios genéticos permiten prever la prevalencia de la esquizofrenia. Se ha encontrado que familiares biológicos de primer grado de los individuos con esquizofrenia tienen un riesgo mayor de presentar la enfermedad que la población general (Téllez y López 2001: 19).

No se puede desconocer la importancia de los factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia, pero hasta la actualidad no se ha identificado una mutación que permita explicar el origen de esta compleja enfermedad.

5.3.2. Hipótesis Neurobioquímicas: En estudios postmortem con pacientes esquizofrénicos se ha identificado una mayor presencia de neurotransmisores de dopamina atribuyendo a esta causa los síntomas característicos de la enfermedad. La aparición de síntomas negativos y la apatía pueden ser originados por una alteración de los circuitos dopaminérgicos límbicos, especialmente a nivel de las proyecciones del área ventro-tegmentaria (VTA) y mesolímbicas, que originan hipofrontalidad funcional observada en los estudios de neuroimágenes funcionales (Téllez y López 2001: 39).

5.3.3. Hipótesis de Neurodesarrollo: En los estudios realizados se ha evidenciado alteraciones estructurales macroscópicas en el cerebro de personas diagnosticadas con esquizofrenia en etapas pre-natales de desarrollo cerebral. Los hallazgos en estas investigaciones indican que existe hipoplasia cerebral, aumento de volumen ventricular, correlación anormal entre volúmenes corticales, cisuras y surcos

agrandados, pérdida de la asimetría cerebral normal o defectos del cuerpo calloso. Téllez y López. (2001: 60) mencionan que se ha observado menor peso y tamaño del cerebro lo cual es resultado de una hipoplasia o menor crecimiento cerebral.

Como consecuencia de las alteraciones antes mencionadas existe un déficit en el desarrollo de los lóbulos frontales y temporales, aumento de volumen de los ventrículos cerebrales, también se ha observado que en la esquizofrenia se pierde la asimetría normal generando repercusiones morfológicas y funcionales relacionadas con el cuadro clínico de la esquizofrenia (Téllez y López 2001: 60).

5.4 Cuadro clínico de la esquizofrenia

En una mirada retrospectiva y con en el afán de caracterizar y definir la esquizofrenia consideramos, en el libro La Esquizofrenia: Visión integradora de Teresa Hunneus (2001), en este libro ella recoge el planteamiento de Bleuler quien posteriormente a Kraepelig, denomina a esta patología como esquizofrenia. Este autor refiere que la esquizofrenia designa un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, a veces está marcado por ataques intermitentes y puede detenerse o retroceder en cualquier etapa pero no permite una recuperación completa. En sus estudios define la esquizofrenia como una alteración del pensamiento, sentimiento y la relación con el mundo externo que no aparece en ningún otro cuadro de manera particular, agrupando a la esquizofrenia en sub-tipos: Paranoide, Catatonía y Hebefrenia.

La propuesta de Hunneus continúa con el desarrollo de las ideas de Bleuler en donde este propone un sistema de clasificación para la esquizofrenia, donde reúne cada una de sus manifestaciones o síntomas en dos grupos, a saber, los síntomas accesorios y los síntomas fundamentales.

Los **síntomas accesorios**, denominados actualmente síntomas positivos corresponden a:

1. Alucinación; percepción sin objeto real, son frecuentemente auditivas y cenestésicas (de carácter sexual placenteras y displacenteras), esta alteración también puede consistir en sensación de dolor o sensaciones extrañas en el cuerpo. Las alucinaciones auditivas son contradictorias y personificarían los deseos y temores de los pacientes, son mas frecuentes en condiciones de aislamiento y silencio y disminuyen con la distracción, contacto interpersonal y la actividad social y/o laboral.

2. Ideas delirantes; corresponden a ideas insólitas y disparatadas, mantenidas con certeza e imbatibilidad a través de argumentos lógicos. Bleuler menciona cuatro tipos de ideas delirantes -delirio persecutorio, delirio de grandeza, delirio erótico e hipocondríaco-.

Tanto las alucinaciones como las ideas delirantes estarían presentes en la fase aguda de la esquizofrenia.

3. Síntomas Catatónicos; estos son actos de la esfera motora voluntaria - actualmente poco común como la Catalepsia (postura del cuerpo mantenida por largo tiempo, puede ser rígida o flexible), estupor (reacción disminuida o ausente ante el medio), hiperkinesis (movimiento constante sin sentido), estereotipias (actos que se repiten y se van abreviando a lo largo del tiempo que resultan incomprensibles para el observador), amaneramiento (poses como imitando a un personaje), negativismo (reacción que es en el sentido contrario al esperado, la persona no quiere o no puede hacer lo que se espera de ella), obediencia automática, ecopraxia (imitación), automatismo (movimiento involuntario compulsivo) e impulsividad.

Los **síntomas fundamentales;** corresponden a una perturbación de la asociación y la afectividad. Esta perturbación se manifiesta en una preferencia por la

fantasía v/s la realidad, tendencia a separarse de la realidad y ausencia de síntomas tales como la perturbación primaria de la percepción, orientación y memoria. Como síntomas fundamentales, Bleuler describe las denominadas “cuatro A”:

1. Alteración de la asociación (secuencia coherente de pensamiento); El pensamiento se torna ilógico a menudo bizarro, incorrecto, confuso y abrupto, las asociaciones pierden su continuidad.

2. Afectividad (Se torna crónica cuando los afectos comienzan a desaparecer); indiferencia –señal externa de su estado-, en algunas personas no se manifiesta este síntoma y pueden demostrar vivos afectos. La capacidad de la psiquis para producir afectos no ha desaparecido en esquizofrénicos.

3.- Autismos; Desapego de la realidad junto con el predominio relativo o absoluto de la vida interior. Debido a que son excesivamente sensibles, evitan el contacto con la realidad por que sus afectos son tan poderosos que tienen que evitar todo aquello que pueda estimular sus emociones.

4. Ambivalencia; tendencia a dotar diversos psiquismos con indicadores negativos y positivos al mismo tiempo sin explicitarlo. Puede ser ambivalencia afectiva, de la voluntad y/o intelectual.

Para Bleuler, en la esquizofrenia se destacan funciones conservadas como la sensación, percepción, memoria y conciencia, orientación espacio temporal y motilidad.

Posterior a Bleuler, **Kurt Schneider** hace algunas diferenciaciones, la más importante son los síntomas de primer orden.

Síntomas de primer orden de Kurt Schneider (Huneus 2001: 31):

- Sonorización del pensamiento (la sensación de que el pensamiento de uno es escuchado por los demás)
- Oír voces que dialogan entre sí
- Oír voces que comenta las propias acciones

- Vivencias de estar controlado/a físicamente desde afuera
- Divulgación o difusión del pensamiento
- Percepción delirante
- Sensación de que las emociones, los deseos y la voluntad están controlados desde afuera.

Para Schneider, cuando uno de estos modos de experiencia se manifiestan y no existen enfermedad física subyacente, se puede hablar de esquizofrenia.

Hoy día tanto en nuestro país, como en el mundo se utilizan diferentes criterios diagnóstico para establecer la presencia o ausencia de esquizofrenia. Los criterios actuales recogen los aportes tanto de Bleuler como Schneider.

En Chile, el Ministerio de Salud, recoge el cuadro clínico de la esquizofrenia desde el Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales DSM IV y / o el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE – 10, definiéndolo de la siguiente manera

*“Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a las persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de si misma”
(Plan Auge:2001)*

5.4.1 Definición según Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV.

A continuación detallaremos aquellos síntomas que se presentan como los más característicos de esta patología según este manual (DSMIV) y que son consignados

en el capítulo referente a la esquizofrenia en este manual. De esta forma el presentar algunos o todos ellos situaría a la persona en los dominios de la enfermedad.

Criterios para el diagnóstico de la Esquizofrenia (DSMIV)

a).- Síntomas característicos: dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa dentro de un periodo de un mes (o menos si se ha tratado con éxito.

- (1) Ideas delirantes.
- (2) Alucinaciones.
- (3) Lenguaje desorganizado.
- (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- (5) Síntomas negativos.

Nota: Solo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes consisten en voz que comenta continuamente los pensamientos o comportamientos del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

b).- Disfunción laboral /social: Durante un tiempo significativo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad, como trabajo, relaciones interpersonales o cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico y laboral.

c). Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este periodo debe incluir al menos un mes de síntomas que cumpla el Criterio A (o al menos si se ha tratado con, éxito) y puede contar con períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (Por ej: creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

- d). Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo:* El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa, 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.
- e). Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:* El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (Por ej: una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
- f). Relación con un trastorno generalizado del desarrollo.* Si hay historia de trastorno autista u otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de Esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito).

En el CIE 10 y el DSMIV se mencionan y definen diferentes subtipos de esquizofrenia, a saber; tipo Paranoide, Desorganizado, Catatónico, Indiferenciado, Residual, Hebefrénica y tipo Simple. Estos subtipos de esquizofrenia se diferencian de acuerdo a los síntomas que se presentan mas exacerbados, pero en el interés de este trabajo no serán expuestos.

5.4.2 Definición según Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE10.

La clasificación del CIE – 10 dice sobre la esquizofrenia (F20) que: “... los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficit cognoscitivos...”.

Esta clasificación pretende mostrar ciertos fenómenos psicopatológicos revisten una significación especial en el diagnóstico de Esquizofrenia, mismos que pueden presentarse asociados entre si. Estos son:

- a) ***Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.***
- b) ***Ideas delirantes de ser controlado***, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
- c) ***Voces alucinatorias que comentan la propia actividad***, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otro tipo de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) ***Ideas delirantes persistentes*** de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como la de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobre humanos (por ejemplo: ser capas de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otro mundo).
- e) ***Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad***, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) ***Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento***, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) ***Manifestaciones cata tónicas***, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor.
- h) ***síntomas negativos***, tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o medicación neuroléptica.
- i) ***Un Cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal***, que se manifiesta como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Pautas para el diagnóstico

Esta nomenclatura exige la “presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un periodo de un mes o más”. (Cie-10: 43)

Los cuadros que reúnan otras pautas, pero de una duración menor a un mes deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

El diagnóstico no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecedieran claramente al trastorno de humor (afectivo) se presentan juntos y con la misma intensidad deben recurrir al diagnóstico esquizoafectivo aún cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por si solo el diagnóstico de esquizofrenia

Tampoco deberá diagnosticarse en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicotrópicas o una abstinencia de las mismas. Los trastornos que se presentan en el curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría FO6.2 y aquellos inducidos por sustancias psicótropicas como F1x.5.

5.4.3 Tipos de Esquizofrenia

No todas las esquizofrenias son iguales, ni evolucionan de la misma manera, generalmente la esquizofrenia es diferenciada en cuatro grupos donde el o los síntomas principales permite distinguir el tipo de esquizofrenia.

a) **Paranoide:** Este tipo de esquizofrenia es la más frecuente. Se caracteriza por un predominio de los delirios de persecución o supuesto daño de otras personas o instituciones hacia el paciente. La persona que presenta esquizofrenia paranoide puede comportarse suspicaz, irritable, generalmente evita la compañía, mira de reajo y con frecuencia no come. Cuando se le pregunta suele eludir la respuesta con evasivas. Pueden darse alucinaciones, lo que puede generar mucha angustia y temor en la persona.

b) **Catatónica:** Es menos frecuente que la forma anterior. La principal característica está dada por alteraciones motoras, ya sea una inmovilidad persistente y sin motivo aparente o agitación. Un síntoma muy típico es la llamada obediencia automática, según la cual el paciente obedece ciegamente todas las órdenes sencillas que recibe.

c) **Hebefrénica:** Es la menos frecuente, y aunque también pueden presentarse ideas falsas o delirantes, lo más característico son las alteraciones del estado de ánimo. Esta forma de esquizofrenia suele aparecer antes que la paranoide y es mucho más grave, con peor respuesta a la medicación y evolución más lenta.

d) **Indiferenciada:** Este diagnóstico se aplica a aquellos casos que siendo verdaderas esquizofrenias no reúnen las condiciones de ninguna de las formas anteriores.

5.5 Tratamientos para personas diagnosticadas con esquizofrenia

La experiencia de España con respecto al tratamiento de la esquizofrenia se desarrolla siguiendo el criterio de pasar de hospitales psiquiátricos y la hospitalización del paciente a un esquema de incorporación de estos a la sociedad. Sin duda lo que ellos, ya con una ventaja temporal sobre nosotros, han realizado es importante de considerar por lo que ahora daremos una mirada a este proceso.

En este país se están posibilitando esfuerzos para hacer de la esquizofrenia y de su tratamiento, un proceso con mayor capacidad de interactuar con la sociedad ya que de esta manera se posibilita un grado mayor de sensibilidad social sobre el problema y se genera un cambio conductual en estos pacientes tendiente a ayudarles a desarrollar habilidades de interacción social como hábitos de trabajo y ciertas responsabilidades.

En el área de la salud mental y en específico el de la esquizofrenia, se ha logrado una cierta paridad entre el tratamiento farmacológico y el terapéutico, es así como “el diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado y continuo son factores determinantes para controlar la enfermedad”. En el ámbito del tratamiento existe un eje sobre el cual giran los esfuerzos por contener y superar esta enfermedad. En primer lugar, están los fármacos que ayudan a aliviar los síntomas y evitar las recaídas, en segundo lugar, se encuentra la enseñanza e intervenciones psicosociales que ayudan a los pacientes y familiares a resolver problemas, enfrentar la enfermedad y prevenir las recaídas y, en tercer lugar, la rehabilitación social que intenta incorporar a los pacientes a la comunidad, ya sea en lo laboral o bien en los estudios.

Esto es el tratamiento a grandes rasgos o en sus ejes centrales, pero los especialistas españoles han dado otro paso destinado a mejorar la condición de estos pacientes y su entorno, este cambio en el cómo hacer las cosas nos muestra que a nivel de salud pública es posible provocar mejoras y propiciar índices de

mejoramiento significativos tanto a nivel de pacientes como en la incorporación a la sociedad de estos enfermos.

Lo que ellos realizaron en este plan piloto consistió en que un grupo de expertos de diferentes áreas que actúan como coordinadores de salud a nivel nacional, docentes y psiquiatras, han propuesto un programa de trabajo llamado **“esquizofrenia abre las puertas”** el que se dirige a los grupos más cercanos a la realidad de los pacientes; familiares, profesionales de la salud mental, etc. como un medio de combatir la discriminación a la que son sometidos estos pacientes se realizan contactos con asociaciones sociales como periodistas, administración pública etc., para de esta forma hacer conciencia de la enfermedad en un público que no es el que se relaciona directamente con los pacientes, pero que a la hora de la reinserción de estos últimos se tornan fundamentales.

Algunas de las estrategias usadas en este programa son charlas a pacientes con esquizofrenia y familiares, seminarios dirigidos a psiquiatras y profesionales sanitarios y difusión en los medios de comunicación. Sin duda el objetivo del programa esquizofrenia abre las puertas se orienta hacia la población general y los índices estadísticos que muestran como ha impactado éste en las diferentes ciudades españolas donde se ha desarrollado son positivos, aumentando el nivel de conocimientos concretos sobre la enfermedad.

También los entrevistados pueden aventurar una definición de la enfermedad, reconocer a personas con los síntomas, etc. Y al comparar las zonas donde se aplica el programa con aquellas donde no se aplica, en las primeras aumenta el porcentaje de quienes creen que esta dolencia es curable como también aumenta el porcentaje de aceptación hacia este tipo de pacientes. Situación esta que entrega una herramienta más para potenciar el tratamiento de la esquizofrenia.

Sin duda este esfuerzo a nivel de la sociedad cambia la concepción que del paciente esquizofrénico se tiene, lo que en el mediano y largo plazo posibilitará que

más de ellos sean incorporados a las actividades productivas, estudiantiles y la vida social en general

En lo que respecta al sistema de salud pública, en nuestro país, el ministerio de salud ha diseñado e implementado diversos tipos de tratamientos para la esquizofrenia, los cuales se mencionarán a continuación.

En un principio, en los años 1948 – 1955 se utiliza el **tratamiento biológico**, donde se practicaba la lobotomía y los comas insulínicos.

En el año 1936, Moniz y Almeida, médicos portugueses comenzaron a practicar la lobotomía esta consiste en operar los cerebros de los pacientes psiquiátricos para interrumpir determinadas conexiones neurológicas (Huneus 2001: 62) con la finalidad de alterar la vida emocional de los pacientes y disminuir algunos síntomas, especialmente la conducta violenta, de esta manera se podía acceder al control de los desajustes conductuales presente en el sujeto.

La lobotomía consistía en alterar los conductos fronto-talámicos, lóbulos frontales y prefrontales de ambos hemisferios del cerebro, destruyendo selectivamente el tejido cerebral sano.

En investigaciones posteriores se logró constatar que éste tratamiento provocaba daños irreparables en el cerebro y producía efectos indeseables en la personalidad y vida del sujeto. Actualmente se utiliza la psicocirugía, técnica denominada singulotomía a través de la extereotaxia, donde se introduce un electrodo en una zona del cerebro y se quema el tejido con corrientes eléctricas. Esta técnica es utilizada especialmente en personas que presentan trastornos depresivos severos. Con relación al coma insulínico, otro de los tratamientos practicados antiguamente, podemos mencionar que consistía en administrar regularmente dosis de insulina hasta lograr el coma insulínico, posteriormente al despertar el paciente del coma, se le incorporaba azúcar a través de sondas.

Hoy día los tratamientos antes descritos se encuentran restringidos ya que no eran eficaces en todos los pacientes, más bien en una minoría y además existen objeciones éticas puesto que producen lesiones irreparables en el cerebro de los pacientes.

Con los avances de la farmacología surgen, como alternativa al tratamiento invasivo y destructivo que nos resulta ser la lobotomía, el coma insulínico y electroshock-, los **antipsicóticos o neurolépticos**, son fármacos que pueden alterar la función mental, actualmente, estos fármacos se clasifican en antipsicóticos **Típicos** o convencionales y **Atípicos**.

En primer lugar, los **fármacos Típicos**, de uso masivo en la actualidad, actúan sobre los receptores dopaminérgicos y sistema límbico, modificando el afecto y el contenido emocional; sobre el hipotálamo, ejerciendo control sobre el sistema nervioso autónomo; sobre receptores alpha-i y sobre los receptores muscarínicos, originando constipación, visión borrosa, boca seca y mareos.

Al grupo de los neurolépticos típicos pertenecen: a) las fenotiacinas, tipo largactil; b) las butirofenonas, tipo haloperidol y c) los tioxantenos, tipo clorprotixeno. (Téllez y López. 2001: 276).

Los fármacos antes señalados poseen la capacidad de manejar las alucinaciones, el delirio, los trastornos del pensamiento y otras manifestaciones de la psicosis. Estos fármacos producen efectos adversos tales como: Boca seca, visión borrosa, estreñimiento, sedación, hipotensión ortostática, aumento de peso, amenorrea, galactorrea, disfunción sexual, déficit de memoria, síndrome extrapiramidal, parkinsonismo y discinesia tardía.

Debido a los efectos indeseables producidos por los neurolépticos típicos, surgen, en segundo lugar, los fármacos **antipsicóticos atípicos**, los cuales representan una alternativa a los convencionales ya que se destaca en ellos “su eficacia antipsicótica, sin inducir síntomas extrapiramidales; aumento de prolactina, o discinesia tardía. Además, los antipsicóticos atípicos deben tener mayor eficacia sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia en

comparación con los demás antipsicóticos y ser eficaces en tratar pacientes refractarios a los antipsicóticos convencionales” (Tellez y López 2001: 289).

Los fármacos atípicos actúan sobre los receptores dopaminérgicos, serotoninérgicos y en variados sistemas de neurotransmisión.

A pesar de los grandes avances en la farmacología, estos medicamentos también producen efectos indeseables, en el caso de la Clozapina, los efectos secundarios corresponden a inducción de leucopenia (glóbulos blancos por debajo de 3.500/mm³) y agranulocitosis (granulocitos por debajo de 500/mm³), aumento de peso, sedación, taquicardia, mareos, vómitos, constipación, cefalea, hipotensión, fiebre y visión borrosa.

Por otra parte, como efectos adversos de la Olanzapina se mencionan, (Téllez y López 2001: 299), somnolencia, agitación, insomnio, nerviosismo, hostilidad, rinitis, ansiedad, tos y faringitis entre otros.

Risperidona, otro del grupo de los fármacos atípicos, se caracteriza por producir efectos colaterales como: Insomnio, agitación, ansiedad, síntomas extrapiramidales, cefalea, estreñimiento, dispepsia, vómitos y rinitis.

Los efectos indeseados que produce la Quetiapina corresponden a cefalea, estreñimiento, somnolencia, mareos, vómitos y dispepsia entre otros.

En Chile la utilización de los fármacos antipsicóticos aún no es masiva, sobretodo en el sistema de salud publica debido al alto costo de estos fármacos.

Al revisar la historia de los tratamientos practicados para el abordaje de la esquizofrenia se menciona que la **terapia electro-convulsiva**, fue realizada con una finalidad terapéutica por primera vez en el año 1938 por el doctor Cerletti.

Este método es considerado como un tratamiento seguro y efectivo, consiste en aplicar descargas eléctricas alternándose en ambos hemisferios, bajo anestesia general. Esta

intervención puede producir significativo alivio a pacientes con mala respuesta en la fase aguda o en pacientes de menos de un año de evolución.

Actualmente este tipo de tratamiento está fuertemente regulado y con los avances de la farmacología, los antipsicóticos convencionales y atípicos, los cuales se constituyen como el principal tratamiento de la esquizofrenia, en la mayoría de los casos no se justifica.

En primer lugar, los **fármacos** convencionales, de uso masivo poseen la capacidad de manejar las alucinaciones, el delirio, los trastornos del pensamiento y otras manifestaciones de la psicosis. En segundo lugar, los fármacos antipsicóticos atípicos representan una alternativa a los convencionales, estos, contribuyen al manejo de los síntomas característicos de la esquizofrenia y tienen una escasa incidencia de efectos secundarios, aún en Chile su utilización no es masiva, sobretodo en el sistema de salud pública debido al alto costo de estos.

En la actualidad las nuevas políticas de salud mental para el tratamiento de personas con primer episodio de esquizofrenia plantea una visión integral que tiene como objetivo “lograr una mejoría sustancial de los síntomas y la recuperación funcional con el acceso oportuno a un tratamiento adecuado a partir del primer episodio de esquizofrenia”. (Plan Auge 2004: 2)

El tratamiento incluye intervención farmacológica, psicoeducación, intervenciones terapéuticas y rehabilitación psicosocial. De acuerdo a las condiciones clínicas el tratamiento puede tener lugar en un programa ambulatorio, hospitalización diurna y/o hospitalización completa de corta estadía. Estas mismas políticas proponen un tratamiento multidisciplinario consistente en:

Intervenciones psicosociales, las que reducen las readmisiones hospitalarias, previenen las recaídas, disminuyen los síntomas, mejoran el funcionamiento social y ocupacional, aumenta la capacidad para funcionar independiente y proveen de soporte a los familiares y cuidadores. Éstas son a nivel individual, familiar y grupal.

Psicoeducación, es entendido como un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. Este tratamiento logra desarrollar un contacto más estrecho con la familia, abre un espacio para intervenciones destinadas a mejorar la relación y la comunicación entre los distintos miembros de ella. La psicoeducación cumple así un rol preventivo.

Los contenidos trabajados se refieren a la naturaleza de la enfermedad, manifestaciones clínicas, importancia de factores como el estrés, vulnerabilidad, etc, tratamiento farmacológico, tratamiento psicosocial, derechos y alternativas de apoyo social, reconocimiento precoz de síntomas y signos, reconocimiento de complicaciones y por último, reconocimiento de signos de alerta de riesgo de suicidio.

Psicoterapia, la función de la psicoterapia individual o grupal para pacientes estabilizados en su sintomatología psicótica es proporcionar alivio y contención de las ansiedades paranoides, elaborar las fantasías acerca de la enfermedad, proporcionar una adecuada toma de conciencia y aceptación emocional de la enfermedad y trabajar las dificultades actuales en el marco de su historia personal.

Intervenciones familiares, la familia es, en la mayoría de los casos, la principal fuente de cuidado de los pacientes esquizofrénicos. Las intervenciones familiares están destinadas a fortalecer los recursos de esta unidad, a través de las siguientes líneas de acción: Comprometer en forma temprana a la familia, proveer a la familia con información actualizada, ayudar a los miembros de la familia a desarrollar habilidades de comunicación, entrenar en resolución de problemas, y por último, contribuir a la resolución adecuada de las crisis.

Estas intervenciones deben ser complementadas a menudo con intervenciones específicas para cada familia.

Manejo ambiental, el manejo ambiental está enfocado a contribuir a la estabilidad sintomática del paciente, a estructurar las rutinas del paciente, su vinculación con algún grupo organizado de la comunidad o la residencia transitoria en un hogar protegido. Son

ejemplos simples que mejoran significativamente el pronóstico de la persona mediante la disminución del estrés ambiental.

La esquizofrenia provoca una discapacidad de largo plazo en una proporción significativa de los pacientes. Esto ha llevado a desarrollar una serie de técnicas de rehabilitación con énfasis en la función más que en los síntomas. El objetivo es optimizar el desempeño en roles sociales, vocacionales, educacionales y familiares. Alcanzando una mejor calidad de vida y productividad posible. En la siguiente tabla daremos a conocer las diversas formas de intervención del plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

Tabla Nª 1: Tratamiento integral para personas con primer episodio esquizofrénico

<p>-Tratamiento parenteral en caso de riesgo de seguridad.</p> <p>- Inicio de Risperidona</p>	<p>Fase aguda. Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar una relación de colaboración - Garantizar la seguridad 	<p>Psicoeducación (persona y su familia) Contención emocional y desarrollo de relación terapéutica . Información simple y relevante sobre la enfermedad, su tratamiento y al manejo de conductas disruptivas.</p> <p>Intervenciones familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> -Apoyo a la familia en su función de protección de la persona . -Apoyo a la persona para mantener hábitos básicos, estimular capacidades cognitivas y usar constructivamente el tiempo libre
<p>-Evaluación de resultados</p> <p>-Ajustes de dosis o cambio de antipsicóticos si es necesario.</p> <p>-Medicación adjunta para mejorar respuestas o efectos colaterales</p>	<p>Fase de estabilización Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar alianza terapéutica -Mantener libre de síntomas positivos. -Mantener máximo funciones posibles. -Evitar efectos colaterales 	<p>Psicoeducación (persona y su familia)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Conocimiento acerca de la enfermedad y su manejo -Adherencia al tratamiento. -Inserción en redes sociales de apoyo. <p>Intervenciones Familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aprendizaje de tolerancia a la sintomatología de la persona y detección y manejo precoz de signos de recaída -Elaboración conjunta de plan terapéutico -Disminución de expresividad emocional. <p>Intervenciones terapéuticas (individuales o grupales)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Refuerzo de habilidades sociales -Manejo de situaciones ambientales que generan estrés. -Entrenamiento en resolución de problemas <p>Rehabilitación psicosocial (sólo para personas con discapacidad).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Entrenamiento en habilidades para la vida diaria. -Entrenamiento vocacional/ laboral (o educacional). -Apoyo en la integración a estudio o trabajo

<p>Manejo efectos colaterales tardíos. Reforzamiento de adherencia para tratamiento a largo plazo</p>	<p>Fase de integración social Objetivos -Restablecer funcionamiento a nivel previo de episodio psicótico -Mejorar calidad de vida. -Disminuir riesgo de recaída</p>	<p>Psicoeducación (persona y su familia) Actualización periódica para mantener adherencia al tratamiento. Rehabilitación psicosocial (solo para personas con discapacidad) -Apoyo en la integración a estudio o trabajo. -Fomento a la participación en organizaciones de usuarios. -Incorporación a club de integración social u Hogar protegido si es necesario. Intervenciones terapéuticas. -De acuerdo a necesidades individuales.</p>
---	---	--

6.- Revisión Histórica de la Salud Mental en Chile desde 1850 a la actualidad.

No podemos concluir nuestra investigación sin revisar las transformaciones que han ocurrido con respecto a la salud mental en Chile, el contexto histórico, social y político en el cual se desarrollan así como también las variaciones en el tratamiento de la esquizofrenia y la inclusión progresiva del psicólogo/a en el ámbito de la salud mental estatal.

En Chile, y en América latina en general, se han generado reformas en los sistemas de salud que van acorde con los cambios producidos en la historia de cada uno de los países. A continuación se expone una revisión detallada de diferentes momentos de la salud mental en nuestro país, las necesidades de la época y las acciones de la salud mental en Chile desde 1985 a la actualidad.

Contexto político – social y necesidades de la Salud Mental en Chile.

A comienzos del año 1850, surgen grandes investigaciones científicas que inciden en el desarrollo de la medicina científica y con esto la progresiva medicalización de la misma.

En el año 1886, en Chile, se crea la sección de Higiene y Posteriormente el Instituto de Higiene – laboratorio productor de vacunas y medicamentos- debido a que la preocupación de este periodo era manejar y controlar las infecciones debido a la alta mortalidad que provocaban. Los contagios con virus eran frecuentes ya que no todas las personas en Chile tenían acceso al agua potable.

Recién en el año 1918 se aprueba, en nuestro país, el Código Sanitario y en 1924 nace el Ministerio de Salud, llamado Ministerio de Higiene, Asistencia y

Previsión Social que agrupaba no sólo a la dirección de Sanidad sino también a la del Trabajo, Vivienda y Previsión Social.

Debido a la gran crisis social en Chile en los años 1929 y 1930 por el florecimiento de virus y epidemias surge la necesidad de crear políticas sociales que pudieran de alguna manera resolver los problemas mas urgentes, prueba de esta situación es el dictamen de la Ley de Medicina Preventiva en 1938 y siguiendo con esta iniciativa, en 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el Sistema Nacional de Salud (SNS), organismo encargado de la protección de la salud para toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta los 15 años. Para su creación se fusionaron la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social; el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, el Servicio Nacional de Salubridad, la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia; la sección técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo; los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades; y el Instituto Bacteriológico de Chile (Minsal, 2004).

Entre los años 1952 y 1960, se establece institucionalmente el Sistema Nacional de Salud, desarrollándose mas intensamente la docencia, asistencia e investigación generando programas específicos de atención sobre los problemas mas relevantes como lo eran la asistencia a Madres e Hijos a través de los programas de control de desnutrición, diarrea infantil, vacunaciones ampliadas, control y atención profesional del embarazo, parto y fertilidad entre otros. En esta época existen pocos antecedentes sobre la salud mental ya que este tema no era prioridad, debido a la urgente necesidad de abordar problemas médicos debido a virus y epidemias.

En el periodo correspondiente al Gobierno del Presidente Salvador Allende no se encontraron datos o textos que dieran luces sobre la problemática en estudio, la información recabada siempre se obtuvo por intermedio de publicaciones científicas o a través de las entrevistas realizadas en la presente investigación. Éste hecho es

lamentable ya que se pierde una parte importante de nuestra historia y la historia de la salud mental.

En el periodo del régimen militar comienza la etapa de la privatización de la salud y la reestructuración del sistema público estableciendo la municipalización de la atención primaria de salud, así como también la elitización de la salud que conlleva a que la salud se convierta en privilegio para algunos perdiendo de esta manera, la esencia de derecho para todos.

Entre los años 1979 y 1987, se realizó el programa de capacitación continua en salud mental y psiquiatría básica para el nivel primario. Llevándose a cabo las jornadas nacionales del nivel primario de atención en salud mental, 1979, 1980, 1982, 1985 y 1987-. Éstas tienen la finalidad de capacitar a los médicos en las patologías de salud mental para realizar un mejor diagnóstico, derivación y contención de los pacientes ya que el sistema hospitalario o de internación mostraba claramente su deficiencia para atender a la demanda creciente por los servicios de salud mental de una población en aumento constante.

La realidad nacional de una inexistente coordinación de recursos humanos y materiales, la pérdida de camas en hospitales psiquiátricos, la costosa mantención de los edificios antiguos donde funcionan los hospitales psiquiátricos, la demanda en aumento de estos servicios por parte de la población, ya no sólo por problemas asociados a drogadicción y alcoholismo, sino que a diferentes patologías y trastornos específicos en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, acrecentados por las nuevas condiciones de vida en las grandes ciudades que generan mayores niveles de estrés en los ciudadanos son algunos de los antecedentes que llevan al ministerio de salud de la época a desarrollar un plan nacional de salud mental y psiquiatría (1989)

Este documento es el primero luego de casi 20 años de inexistente planificación global en materia de salud mental, recordemos que el último Plan nacional se realizó en 1971.

En las políticas de Salud del año 1979, se menciona que es deber del Estado, por decreto, garantizar la salud, pero que debido a los pocos recursos disponibles para éstas materias el Estado decide buscar el camino de acciones de salud básicas y más simples para todos.

Las preocupaciones del sector salud, en el gobierno militar, giran en torno a temas como alcoholismo en adultos y escolares a modo de prevención primaria, capacitación de psiquiatría básica para médicos generales y desarrollo de recursos humanos debido a la escasez de estos.

El panorama general de la salud en Chile entre los años 1968 hasta antes del golpe militar, según antecedentes del ministerio de salud (1979: 16) era el siguiente:

- Se establece en 1968 un enfoque integral de salud mental con una perspectiva comunitaria dirigida a los individuos, su familia y los profesionales asistentes.
- Los cambios ocurridos derivaban “más del descontento hacia las condiciones existentes en el campo de la salud mental que del crecimiento racional –del conocimiento en estas materias” (Ministerio de Salud 1979: 16), además mencionan que la calificación de pacientes no resultaba clara en el enfoque comunitario. El descontento surgía por la desconfianza “sobre la efectividad de los recursos especializados dedicados a actuar con grandes grupos humanos o con sujetos mentalmente retraídos” (Ministerio de Salud 1979: 17). Se cuestiona también la eficacia de la psicoterapia.
- En este periodo no era fácil la asignación de roles por la inclusión de personas no profesionales y distantes del campo de la salud, no existían metas claras en el ámbito de la salud Mental, los marcos conceptuales eran

diversos; psicoanálisis, conductismo, concepciones existenciales, surgimiento de modelos bioquímicos y neurología, se comienza con una apertura a las intervenciones grupales en salud mental y la atención individual se había extendido a las poblaciones

Con relación a los profesionales a cargo de la Salud Mental, en Chile, durante el Gobierno Militar se establece:

- Los niveles de salud dependerán fundamentalmente de las acciones médicas.
- Se menciona que con la inclusión de una modalidad de servicios de atención “donde se consideraba que la salud mental era diferente y el psicólogo era más importante que el psiquiatra” se crea una enemistad entre ambos programas.
- Se establece como idea del ministro de salud de la época que todos los profesionales que dirijan Servicios en las provincias sean Master en Salud pública.
- Expansión del rol, reasignación de funciones y delegación conocimientos y acciones. Definición de funciones para los recursos “no profesionales” además de adiestramiento y supervisión.
- Se advierte que “las actitudes extremas” –como considera las características de los modelos de salud aborígen y popular- “favorables o desfavorables tienden más bien a caer en estereotipos (...) que ha contribuir útilmente en su conocimiento” (Ministerio de Salud 1979: 23).
- Se abocan los esfuerzos a reorganizar y poner en marcha el nivel de atención primaria y se mantiene la idea de trabajo comunitario.
- Se plantea la idea de manejar la psicosis aguda en la comunidad para evitar la hospitalización debido a las respuestas favorables con los nuevos tratamientos farmacológicos y se mantienen a los psicóticos crónicos en las instituciones psiquiátricas
- Las políticas sectoriales de salud tienen como marco de referencia la política general nacional; Declaración de Principios de la H. Junta de Gobierno

(1974), Los objetivos Nacionales (1975) y la nueva Constitución Política del Estado (1980) (Ministerio de Salud 1980: 6).

Al realizar la revisión histórica del periodo que comprende el régimen militar, nos resulta discordante el decálogo de salud del Gobierno Militar, con las prácticas de tortura, secuestro y violación a los derechos humanos que eran prácticas cotidianas durante el gobierno militar, mismas que se produjeron en Chile hasta aproximadamente los años 1990, ya que desde un punto de vista gubernamental se promulga y promueve la salud y por otra parte se practica y se provee de maltrato, esto fue proporcionado de hecho en las prácticas de tortura, secuestros, violaciones a mujeres, hombres y jóvenes y vejaciones hacia las personas así como también los asesinatos.

Por otra parte, los agentes de salud, a saber: algunos médicos, psiquiatras, cardiólogos, entre otros, así como también algunos psicólogos, que tienen por misión proveer de salud a los sujetos, infringían en esa época la ética profesional.

Decálogo de Salud (Ministerio de Salud, 1980. Extracto del discurso del Dr. Augusto Schuster Cortés, Jefe de Oficina de Planificación y Presupuesto).

- La Salud es el estado de bienestar físico y psicológico de la persona y del medio social donde ésta vive.
- La salud es un bien del ser humano, necesario para su realización personal. En un país, su capital humano es básico para su desarrollo. Como bien, la salud es un fin en sí misma, como también un medio para el desarrollo social.
- La salud, como bien y elemento del desarrollo, es un patrimonio nacional. El Estado tiene una responsabilidad irrenunciable al respecto.
- El derecho a la salud está establecido en la Constitución Política del Estado
- El derecho a la salud se adquiere desde la concepción del sujeto y se mantiene durante toda su vida.

- El derecho a la salud comprende acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación, como máxima cobertura y proporcionadas en forma integrada, coordinada, eficiente y oportuna.
- El financiamiento de las acciones de salud debe ser proporcionada a los ingresos de cada individuo.
- La salud será entregada en forma coordinada entre los sectores públicos, privado y mixto. Se entiende por este a los sectores que, aunque ejecuten acciones al respecto su fin último es otro (universidades, servicios médicos de grandes empresas, etc.)
- La población tiene completa libertad para elegir la forma de obtener su salud.

Es así como llegamos al periodo de retorno a la democracia, donde la concepción de la salud mental experimenta algunos cambios y es entendida ahora como: *“la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas, relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común.”* (Minsal 1999).

Las experiencias ganadas durante los años de la democracia en el desarrollo de la atención de salud mental más los “cambios demográficos y la cobertura de los sistemas de salud, el deterioro del medio ambiente y sin duda las condiciones de la vida moderna, en particular en las grandes ciudades, son algunos de los factores asociados al hecho de que las enfermedades mentales hayan llegado a ser –junto a los accidentes y las enfermedades crónicas- uno de los grandes desafíos sanitarios para las próximas décadas” (Minsal 2001).

Respondiendo a estas necesidades, el ministerio de salud complementa su quehacer con nuevas estrategias, fundamentos teóricos y estudios epidemiológicos

consignados en **El Plan de Salud mental y Psiquiatría (2001: 11)** teniendo este como propósito fundamental “contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”

En el periodo -1990 a 2000-, en el ámbito de la Salud Mental las acciones han estado orientadas al manejo médico preventivo y curativo de las psicosis, los trastornos emocionales, el retardo mental, los trastornos convulsivos, el alcoholismo, las fármaco-dependencias y el manejo de ciertas conductas desadaptadas (Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 1990: 59). En el año 1990, las preocupaciones de la salud mental giraban entorno a ampliar la cobertura de los servicios de salud estatales, entrega de atención según la necesidad de salud y capacidad económica y la organización de los servicios estatales.

En el año 1993, la Salud Mental en Chile destinaba sus recursos económicos y humanos en la reestructuración de la atención psiquiátrica en Chile tomando la iniciativa planteada en la Conferencia de Caracas, en 1990. La reestructuración comienza a tomar cuerpo y se invierte tiempo y esfuerzo en esta tarea.

De acuerdo a los antecedentes históricos del año 1993 sobre la realidad chilena en el ámbito de la salud mental se menciona que “A partir de los años cincuentas, se inicia el desarrollo de un movimiento que busca cambiar los servicios psiquiátricos de estructura asilar, atenuar los efectos de las hospitalizaciones prolongadas y la de socialización que se origina en la ausencia de efectivas acciones de rehabilitación y reinserción social de los pacientes crónicos. En vez de ello se impulsa la creación de centros de atención extra hospitalarios y de carácter ambulatorio, así como la inserción de la atención psiquiátrica dentro de los canales de

atención de salud en general, incluyendo camas de hospitalización en hospitales generales” (Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. 1993: 6).

En este año comienza a surgir la necesidad económica y social de atención psiquiátrica del paciente en el seno familiar para evitar la institucionalización y fomentar los lazos familiares y el abandono de los pacientes.

“Los cambios sociales y políticos que conducen a la recuperación de la democracia en el país, conllevan una aguda percepción, por el conjunto de la sociedad, de la interacción de las situaciones políticas, económicas, represivas y de la convivencia social, con las manifestaciones de sufrimiento psicológico y los problemas psicosociales” (Ministerio de Salud: 1993).

Con los avances de la tecnología y las características políticas y económicas del siglo XX, asociado al descenso de la mortalidad y morbilidad comienza a acrecentarse el riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas por tanto las necesidades de la salud mental proyectadas, se amplían, este contexto exige mayor demanda de servicios especializados para la comunidad así como también la necesidad de promover y realizar estudios tendientes a identificar indicadores que permitan la detección precoz de riesgos y daños para orientar intervenciones de prevención primaria y/o promoción de la salud.

El las políticas de salud mental en el año 1993 se plantea como objetivo no sólo abrir sus puertas y compartir con la comunidad las actividades de promoción de salud mental y prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

En este periodo se establece el rol y formación específica para cada uno de los profesionales que integran el equipo de salud mental pública, a saber, médicos psiquiatras, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y psicólogos.

Las políticas de salud mental implementadas en Chile en el año 1993 se crearon con una proyección de diez años, la evaluación de estas Políticas de salud Mental se realizaron en el año 2000 y en el año 2001 se desarrolló el Plan nacional de salud mental y psiquiatría (Ministerio de Salud 2001: 7), en este documento se mencionan los avances logrados en el sistema público durante los once años de implementación de las políticas de salud creadas en el año 1993, los avances fueron:

- Programa de tratamiento integral de la depresión en centros de atención primaria de salud.
- Atención ambulatoria de personas con esquizofrenia, a través de hospitales de día, rehabilitación psicosocial, hogares protegidos y medicamentos de última generación como la clozapina.
- Nuevo reglamento de internación, y constitución de la comisión nacional de protección de las personas con enfermedades mentales.
- Puesta en marcha, por primera vez en el país, de unidades de psiquiatría forense, junto con programas de tratamiento y reinserción familiar y laboral.
- Red de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de alcohol y drogas, con participación de atención primaria, centros comunitarios de salud mental (COSAM), hospitales y comunidades terapéuticas.
- Equipos PRAIS, para los problemas de salud mental de las víctimas de violaciones a los derechos humanos durante la dictadura.
- Redes comunales para maltrato infantil y violencia Intrafamiliar.
- Programas de salud mental escolar, en conjunto con la junta nacional de auxilio escolar y becas (JUNAEB), para la promoción, prevención y tratamiento temprano en niños de 1° y 2° Básico.
- Organizaciones de usuarios y familiares que en todas las regiones asumen responsabilidades importantes con relación al cuidado de las personas con enfermedades mentales.

Las políticas de salud del año 2001, tiene como finalidad crear planes y programas de salud mental para superar brechas importantes de cobertura, calidad, satisfacción usuaria y equidad (Ministerio de Salud. 2001: 8).

En éstas políticas de salud mental del año 2001 se disponen diferentes acciones intersectoriales para la promoción, prevención, detección, reinserción social y rehabilitación de las personas afectadas de enfermedades mentales. Las acciones intersectoriales pretender abordar cuatro principales ámbitos y dos estrategias fundamentales.

a) Ámbitos:

- 1) Salud Mental en la Educación pre escolar y escolar
- 2) Salud Mental y Trabajo
- 3) Salud Mental en Barrios, poblaciones y comunas
- 4) Salud Mental de personas en conflicto con la Justicia

a) Estrategias:

- 1) Salud Mental de Pueblos Indígenas
- 2) Comunicación Social para una mejor salud mental

Las actividades del programa de salud mental y psiquiatría del año 2001, tienen por objetivo general:

- Desarrollar factores de protectores de la Salud Mental en la población beneficiaria.
- Evitar y retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles.
- Detectar o retrasar la aparición de enfermedades mentales mediante intervenciones de costo efectividad sustentada en evidencias.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución y de sus familiares y/o cuidadores.

Las actividades de tratamiento y rehabilitación comprenden consulta Psiquiátrica, psicodiagnóstico, consulta psicológica diagnóstica, consulta de salud mental especializada, intervención psicosocial grupal especializada y psicoterapia individual principalmente.

En las políticas de salud del año 2001 se comienza a perfilar un tipo de tratamiento específico para esta patología, actualmente, en el plan auge se define un tratamiento especial multidisciplinario para el abordaje de la esquizofrenia (véase Tabla 1, Tratamiento integral para personas con primer episodio esquizofrénico) el tratamiento para la esquizofrenia consiste en una atención integral tanto médica como psicológica.

Los últimos antecedentes recopilados al término de esta investigación nos indican que la revisión del Plan Auge fue realizada durante el año 2004 y durante la segunda semana de enero del año 2005 fue distribuida la segunda versión del Plan AUGE.

IV MARCO METODOLOGICO

1. Enfoque Metodológico

En la presente investigación nos aproximamos al objeto de interés, a saber, el psicólogo, a través de un estudio empírico sobre la base de la metodología cualitativa.

Este tipo de metodología nos permite la comprensión del fenómeno desde su interior, es decir, desde su propio marco de referencia para de esta manera acceder tanto a un conocimiento más comprensivo y reflexivo sobre el rol del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia en las políticas de salud implementadas a nivel gubernamental en tres grandes periodos que marcan la historia de nuestro país como a la percepción que los propios actores tienen de su realidad. Desde este enfoque cualitativo el interés está puesto en lo ontológico, en la naturaleza o esencia del fenómeno en estudio, queremos decir con esto que esta metodología cualitativa se centra en lo ideográfico, en lo particular sin la necesidad de cuantificar las experiencias, como en el enfoque positivista.

Debido a que la metodología cualitativa se caracteriza por ser un enfoque reflexivo y subjetivo, nos provee de mejores herramientas para nuestro análisis ya que es un enfoque interpretativo el cual nos posibilita la descripción y decodificación del fenómeno que nos ocupa en la presente investigación.

A través de la metodología cualitativa no sólo nos aproximamos al objeto de estudio sino también, podemos conocer, interpretar, analizar e interactuar con él, así como también, dar cuenta de la realidad del rol del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia en el contexto de la de salud pública.

“La asunción de los métodos cualitativos permite considerar de manera preeminente algunas características: (a) un cambio en la sensibilidad investigadora,

(b) la investigación guiada teóricamente y (c) la garantía de participación”.(Iñiguez 2004) Continuando con las ideas del mismo autor, en su artículo sobre el debate entre la metodología cualitativa versus la cuantitativa, menciona que el cambio en la sensibilidad investigadora se articula en la dimensión histórica, cultural, política y contextual. Histórica por que los procesos sociales están inscritos en un tiempo y en un espacio específicos; cultural, en el sentido de que cada proceso se desarrolla en un entorno determinado, característico de cada lugar, lo que permite la diferenciación del proceso histórico cuestión que no puede ser ignorado en la investigación y sociopolítica ya que las prácticas sociales se enmarcan en un contexto político concreto.

Es por este fundamento que optamos por la metodología cualitativa ya que nuestra investigación considera los tres escenarios mencionados. En definitiva, el objeto de estudio es el psicólogo, específicamente la evolución del rol que este ha desempeñado en el tratamiento de la esquizofrenia en el marco de la historia de la salud mental en Chile. Es el contexto cultural y político en que se enmarca este proceso de particular interés porque desde él se toman decisiones destinadas a potenciar la participación de este profesional en el área de la salud mental, por esto el análisis considera tres momentos históricos, políticos y culturales que contribuyen en el intento por conocer, evaluar y comprender el desarrollo de la psicología y el rol del psicólogo asumiendo que investigador-objeto se influyen mutuamente.

2. Tipo y Diseño de Investigación

De acuerdo al estado del conocimiento que nos motiva, la revisión bibliográfica y las entrevistas preliminares realizadas el tipo de investigación elegida por los investigadores es exploratorio descriptivo debido a que el tema que nos convoca es “un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido estudiado antes.” (Hernández y Cols. 1991: 58)

“Los estudios exploratorios sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de cada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones (postulados) verificables” (Hernández y Cols. 1991: 59)

Los estudios exploratorios o de acercamiento a la realidad social tienen como propósito reconocer, ubicar y definir problemas sobre temas acerca de los cuales no existen teorías y/o estudios empíricos que permitan precisar hipótesis de investigación.

De ahí que su objetivo se orienta a recoger ideas para orientar hipótesis, afinar la metodología y depurar estrategias para formular con mayor exactitud esquemas de investigación más definitivos acerca del problema a estudiar.

Es descriptivo, ya que nuestro interés no es sólo aproximarnos al problema o tema de investigación sino también dar cuenta del fenómeno a investigar, es decir, descubrir, describir y medir el rol del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia. Cómo se manifiesta este problema de investigación en los tres periodos históricos que incluye esta investigación, a saber, democracia; años 1950 a 1973, dictadura; años 1973 a 1990 y regreso de la democracia; años 1990 a 2004., lo que se relaciona con que “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. (Hernández y cols. 1991: 60)

En relación al diseño de investigación del presente estudio podemos decir que es no experimental de tipo longitudinal.

No experimental ya que no pretende manipular variables, lo que haremos en esta investigación es “observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (Hernández y cols. 1991: 184) por ello, se eligen a los psicólogos que trabajen o hayan trabajado en el tratamiento de la esquizofrenia en cada uno de los periodos históricos antes mencionados, esta es una situación que existe con anterioridad a la investigación. Es longitudinal porque se estudiará la evolución del rol del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia en tres momentos históricos, para de esta manera analizar los cambios que el rol del psicólogo pueda haber tenido a través del tiempo ya que “los diseños longitudinales recolectan datos a través del tiempo en puntos o periodos especificados, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias” . (Hernández y cols. 1991: 191)

3. Delimitación del campo a estudiar

El presente estudio se centrará en dos aspectos fundamentales; conocer la evolución que ha tenido el rol del psicólogo y la evolución que ha tenido el tratamiento de la esquizofrenia implementado en el ámbito público, por lo tanto, nuestras unidades de análisis serán:

1. Psicólogos y/o Médicos psiquiatras.
2. Expertos en Políticas de Salud Mental.

El universo corresponde al conjunto de profesionales psicólogos y/o psiquiatras y expertos que trabajen o hayan trabajado con personas diagnosticadas con esquizofrenia tanto en el tratamiento como en el diseño de políticas de salud públicas orientadas a contener esta patología, desde 1950 hasta la actualidad.

La muestra es no probabilística ya que los sujetos a estudiar serán aquellos que acceden voluntariamente a ser entrevistados. Esta muestra estará compuesta por psicólogos, médicos psiquiatras y expertos en Políticas de Salud Mental.

El tamaño de la muestra es de un total de 8 personas que estarán divididas según los periodos históricos a abordar, lo cual se detalla en los siguientes cuadros:

Cuadro 1: Periodo 1950 – 1973

Unidad de Análisis	Cantidad
Psicólogo y/o médico psiquiatra	1
Experto	1
Total	2

Cuadro 2: Periodo 1973 – 1990

Unidad de Análisis	Cantidad
Psicólogo y/o médico psiquiátrica	2
Experto	0
Total	2

Cuadro 3: Periodo 1991 – 2003

Unidad de Análisis	Cantidad
Psicólogo y/o médico psiquiatra	2
Experto	1
Total	3

Cuadro 4: Total Entrevistados

Unidad de Análisis	Cantidad
Psicólogo y/o médico psiquiatra	5
Expertos	2
Total	7

Procedimiento de Selección:

Para las diferentes unidades de análisis, a saber, Psicólogos y/o Médicos Psiquiatras y Expertos en Políticas de Salud Mental en Chile, los requisitos de selección son:

- Que trabajen o hayan trabajado en el sistema público de salud en Chile, respetando los periodos históricos propuestos en la presente investigación.
- Psicólogos y/o psiquiatras que trabajen o hayan trabajado en el tratamiento de la esquizofrenia en el ámbito de la salud pública en Chile.
- Profesionales que incidan en la planificación o diseño de políticas de salud mental en Chile que trabajen o hayan trabajado en el sistema de salud pública.

4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información

La presente investigación se realizará recolectando información que nos permita cumplir con los objetivos propuestos a través de **Entrevistas semi-estructuradas** y **Fuentes documentales**. Se diseñará una entrevista para psicólogos y/o psiquiatras, y otra para los expertos.

4.1. Entrevista semi-estructurada:

La entrevista como medio de recolección de información consiste en "Encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras". (S.J. Taylor y Bogdan 1987: 101)

Este instrumento de recolección de información es valioso para desarrollar los objetivos planteados en la presente investigación ya que nos permite acceder de forma ordenada y acotada a los temas que son de nuestro interés.

El diseño de la entrevista se realizará en dos momentos, en primer lugar se aplicará una entrevista piloto, y en segundo lugar, luego de ser revisada y corregida, se aplicará la entrevista definitiva.

4.2 Fuentes Documentales

Las fuentes documentales se definen como “medio (s) de conservar en forma de documento un fenómeno (social) que de otra forma no hubiera dejado huella” (Duverger 1972. 116) Para el desarrollo de esta investigación las fuentes documentales que nos permiten recabar información son específicamente los documentos escritos, a saber, libros, diarios, revistas, archivos públicos, documentos oficiales y personales.

5. Plan de Análisis de la Información

Los estudios cualitativos contienen gran variedad de datos importantes, surgidos de los propios entrevistados. Este estudio pretende rescatar información sobre la actividad que desempeñan o han desempeñado a lo largo del ejercicio profesional, en este caso, Psicólogos, Médicos Psiquiatras y expertos en Políticas de Salud Mental.

Consideramos de gran utilidad, teniendo en cuenta los temas a abordar, utilizar como plan de análisis de información el denominado **Análisis por Categorías de Conceptos**. Este proceso consiste en registrar los temas emergentes, leer

transcripciones y desarrollar conceptos y proposiciones para dar sentido y orden a los datos recopilados, así como también analizar y codificar los datos, para así acceder a un análisis exhaustivo y comprensivo de lo que queremos estudiar.

En esta etapa consideraremos como guía el enfoque descrito por Taylor y Bogdan (1987: 159) que se orienta hacia “el desarrollo de una comprensión en profundidad de los escenarios o personas que se estudian”.

En esta propuesta de análisis de información los autores mencionan diferentes etapas a seguir, las cuales nos permiten continuar un orden en el proceso. Estas etapas consisten en:

1. Lectura de entrevistas.
2. Identificar conceptos, indicadores y preposiciones.
3. Elaborar pauta de conceptos clave.
4. Codificar conceptos claves.
5. Identificar indicadores
6. Identificar temas recurrentes
7. Identificar temas emergentes.
8. Desarrollo de guía de la historia.
9. Comprensión de los datos en el contexto en que fueron recogidos.
10. Análisis de datos de acuerdo a información seleccionada.

El plan de análisis de datos expuesto nos permitirá sistematizar la información recabada para posteriormente realizar un análisis por periodos históricos y conclusión final.

De esta manera, podremos conocer principalmente y como hilo conductor de nuestra investigación, la evolución del rol del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia, así como también la evolución del tratamiento para la esquizofrenia y el contexto histórico de la salud mental en Chile desde el año 1950 hasta el 2004.

V. RESULTADOS Y ANÁLISIS

1.- Conceptos, Códigos, Indicadores y Preposiciones.

De acuerdo al fenómeno estudiado en la presente investigación y siguiendo los pasos metodológicos relativos al análisis cualitativo de los resultados obtenidos, se analizaron las entrevistas según los conceptos establecidos previamente, estas son: rol desempeñado por el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia, tratamientos para la esquizofrenia, percepción del psicólogo y psiquiatra acerca de la función del psicólogo, complementariedad entre profesionales psicólogos y psiquiatra, organismos encargados de salud mental en Chile, prioridades de la salud mental en Chile, inclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia e inclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.

Cabe señalar que el objetivo metodológico, en la aplicación de las entrevistas, era precisamente , responder al objetivo general de esta investigación: **Conocer la evolución del rol del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia en tres momentos históricos; 1950 a 1973, 1973 a 1990, y 1991 hasta la actualidad en Chile.**

A modo de compactar información se utilizará una tabla N° 2, en la cual se reunirán los conceptos claves a considerar en la presente investigación, los que serán representados por códigos.

Los indicadores y preposiciones que se obtendrán de las entrevistas, siguiendo la pauta propuesta en la tabla de conceptos, códigos, indicadores y preposiciones.(a continuación). Esta tabla se usará para los tres periodos en estudio.

Tabla N° 2. Conceptos, códigos e indicadores (todos los periodos)

CONCEPTOS	CÓDIGO	INDICADOR
Rol del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.	RPTE	Rol desempeñado por el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia. Avances observados por el aporte de la psicología.
Tratamientos para la esquizofrenia.	TE	Tipos de tratamientos practicados. Tratamiento que ha producido mayor impacto
Percepción del psicólogo Y psiquiatra acerca de la función del psicólogo.	PPF	Limitaciones en la práctica Diferencias en la formación
Complementariedad entre profesionales psicólogos y psiquiatras.	CEP	En qué medida la labor de uno de los profesionales se ve complementada con la del otro
Organismos encargados de salud mental en Chile.	OSM	Persona u organismos encargados de la salud mental en Chile. Organización de la salud mental en Chile.
Prioridades de la salud mental en Chile.	PSM	Preocupación de la época Contexto de la salud mental en Chile
Inclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.	IPTE	Razones o fundamentos de la inclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.
Exclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.	EPTE	Razones o fundamentos de la exclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.

2.- Tabla de recepción de indicadores y preposiciones por periodos.

En esta tabla se presentarán aquellos aspectos que se constituyen en indicadores y las correspondientes preposiciones o frases textuales referidas por los entrevistados que los fundamentan.

Tabla N° 3. Indicadores y preposiciones: primer periodo (1950 – 1973)

CÓDIGO	INDICADOR	PREPOSICIONES
RPTE	Rol desempeñado por el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia. Avances observados por el aporte de la psicología.	<p><i>“...pero con el tiempo, empezamos a tener cierta influencia a través de los tests, que era lo único que podíamos hacer”</i></p> <p><i>“pero era más que nada ayudar al trabajo de hacer diagnósticos, (...) para hacerles electroshock y que se yo”</i></p> <p><i>“...un manejo de terapia así, pero por simpatía, por comprensión, por abrir los corazones, por prestarle oídos a las personas enfermas”</i></p>
TE	Tipos de tratamientos practicados. Tratamiento que ha producido mayor impacto	<p><i>“...yo diría que en ese momento el tratamiento era bastante primitivo y lo que se usaban eran terapias muy agresivas, el electroshock, se usaba el shock insulínico”</i></p> <p><i>“...hasta que empezaron a utilizarse las drogas que los tranquilizaban y ahí se disminuyó la corriente del electroshock y por insulino terapia”</i></p> <p><i>“...nada, ni intervenir, ni hacer terapia con esquizofrenicos, con un ser lejano, ido, ya nada que ver con este mundo y, que había que encerrarlo, esa era la idea”</i></p> <p><i>“...un tratamiento psicológico a la esquizofrenia no se usaba ni se hablaba ni se consideraba por ningún motivo”</i></p>
PPF	Limitaciones en la práctica Diferencias en la formación	<p><i>“...entonces llegamos con toda esa actitud incierta, insegura y no saber mucho para que serviamos”</i></p> <p><i>“¿qué van a saber?”</i></p> <p><i>“...en no sirven para nada los psicólogos”</i></p> <p><i>“...en la época mía, era la ignorancia. No sabíamos, para nosotros el esquizofrénico era un ser ya rematado, que como que no se podía hacer nada con él....”</i></p> <p><i>“...de la psicoterapia, que nosotros mismos no teníamos formación de ningún tipo en la universidad”</i></p>

		<p>”...nuestra formación, era medio deficientona”</p> <p>“...después hacíamos cursos con colegas que ya se habían informado, pasando por todas las terapias, tipos de terapias (...) pero formándonos ya en el Colegio de Psicólogos.</p>
CEP	En qué medida la labor de uno de los profesionales se ve complementada con la del otro	<p>“...te pedían exámenes, se solicitaba ayuda así que empezó bastante consideración por el trabajo de los psicólogos”</p> <p>“...te pedían exámenes, se solicitaba ayuda así que empezó bastante consideración por el trabajo de los psicólogos”</p>
OSM	<p>Persona u organismos encargados de la salud mental en Chile.</p> <p>Organización de la salud mental en Chile.</p>	<p>“...el director de la salud mental en ese tiempo era el psiquiatra Mario Fliman”</p> <p>“...en ese tiempo que yo estuve en el ministerio, nos dedicábamos a visitar una serie de clínicas psiquiátricas que aparecían en la guía telefónica”</p> <p>“...por supuesto la medicina hay una parte del negocio que es terrible...(.) hay que financiar hay que reducir los costos”</p> <p>“...el doctor Mario Fliman trabajaba en armar el Plan de Salud Mental pero no alcanzó a concretarlo”</p> <p>“...además trazamos algunas líneas importantes, nuevas. En ese momento el programa que predominaba era el materno infantil y empezamos a preocuparnos por la salud mental”</p>
PSM	Preocupación de la época Contexto de la salud mental en Chile	<p>“...las prioridades de salud mental estaban orientadas fundamentalmente a la prevención y tratamiento del alcoholismo”</p> <p>“...además empezamos a preocuparnos de las adicciones, fundamentalmente de la marihuana que era en ese momento el consumo de drogas que se conocía”</p> <p>“...empezamos la investigación de eso y teníamos algunos expertos en que trabajaban en psiquiatría y toxicología dedicados al estudio de la marihuana”</p> <p>“...también empezamos (...), las campañas (...) en contra de los fumadores”</p> <p>“...empezamos también (...), a preocuparnos de algunas enfermedades mentales del adulto mayor”</p> <p>“...también empezamos (...) a preocuparnos de la situación de menoscabo y a veces de miseria en que terminaba mucha de esta gente que no tenía mayores recursos económicos y que los familiares iban a dejar y generalmente los abandonaban”</p> <p>“...efectivamente cada una de estas clínicas de distintas localizaciones (...) siempre estaban llenas con pacientes (...) algunas tuvimos que clausurarlas por razones de salubridad elemental”</p>

IPTE	Razones o fundamentos de la inclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.	<p><i>“...muchos psiquiatras , (...) pedían exámenes psicológicos”</i></p> <p><i>“Otto Kemberg (...), yo creo que él fue de los que empezó a insistir que los tratamientos tradicionales que se usaban para la esquizofrenia estaban equivocados, de que el tratamiento a base de los psicólogos y la psicología y la terapia psicológica era fundamental”</i></p>
EPTE	Razones o fundamentos de la exclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.	<p><i>“...la especialidad de psicólogos era muy nueva (...) entonces tenía pocos años de desarrollo, de tal manera que el psicólogo no se incorporaba en masa todavía”</i></p> <p><i>“...no sabíamos, si realmente no sabíamos el manejo del... ni siquiera pensábamos que se pudiera manejar con terapia”</i></p>

Análisis de los conceptos por indicadores: Primer periodo (1950-1973)

Pasaremos a continuación a realizar el análisis de este periodo según las conceptos claves tipificados en la pauta de trabajo.

Según los antecedentes recopilados con respecto al rol del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia podemos decir que en un principio el psicólogo, al incorporarse al sistema de salud pública, no contaba con pautas institucionales específicas para desempeñar su labor. *“Entonces llegamos con toda esa actitud incierta, insegura y no saber mucho para que servíamos” (Psicóloga Liana O.)* Posteriormente y gracias a la formación recibida en las escuelas, orientada hacia el campo de la psicometría estos profesionales comenzaron a ser requeridos por los psiquiatras para que desarrollara evaluaciones de personalidad y de esta manera se inicia una incipiente relación de colaboración entre ambos profesionales, *“pero con el tiempo, empezamos a tener cierta influencia a través de los tests, que era lo único que podíamos hacer.” (Psicóloga Liana O.)*

Como queda testimoniado en esta frase, los pocos psicólogos que existían en este periodo cumplían una función muy limitada por los médicos psiquiatras, quienes sostenían la totalidad del tratamiento hacia los pacientes psicóticos.

Los datos obtenidos nos permiten dar cuenta de lo anteriormente señalado debido a que en primer lugar, esta era una carrera nueva y emergente a nivel nacional, aunque en algunos países latinoamericanos como Argentina la profesión ya existía. En segundo lugar, podemos decir que la formación de los psicólogos carecía de una preparación específica en psicoterapia, en las características de los pacientes institucionalizados y el tratamiento de éstas patologías. Esto queda de manifiesto en las propias percepciones de los entrevistados: *“la especialidad de psicólogos era muy nueva (...) entonces tenía pocos años de desarrollo, de tal manera que el psicólogo no se incorporaba en masa todavía”*.(Dr. Arturo J.V.)

En tercer lugar, también en el ámbito de la formación, pero desde la óptica propia de la Psicología, no existía una preparación que les permitiera conocer, comprender y abordar la problemática de los pacientes esquizofrénicos. *“Nada, ni intervenir, ni hacer terapia con esquizofrénicos, con un ser lejano, ido, ya nada que ver con este mundo y, que había que encerrarlo, esa era la idea”* (Psicóloga Liana O.)

Continuando con el desarrollo de el análisis de los conceptos claves, podemos decir que el tratamiento ofrecido a estos pacientes, en este periodo en estudio, se encontraba a cargo exclusivamente del médico psiquiatra. Este era el encargado de evaluar, diagnosticar y delinear un tratamiento.

Los tratamientos existentes en un primer momento consistían básicamente en: electro shock y coma insulínico. *“Yo diría que en ese momento el tratamiento era bastante primitivo y lo que se usaban eran terapias muy agresivas, el electroshock, se usaba el shock insulínico”*(Dr. Arturo J.V.). Más tarde, con el surgimiento de los

primeros antipsicóticos comenzó a disminuir la frecuencia de uso de los tratamientos antes mencionados. Señalamos también que debido a la concepción negativa que se tenía de la esquizofrenia, estos pacientes eran encerrados sin mayores cuidados sometidos a una condición de pobreza, insalubridad y abandono por parte de sus familiares como de la sociedad. *“también empezamos (...) a preocuparnos (...) de la situación de menoscabo y a veces de miseria en que terminaba mucha de esta gente que no tenía mayores recursos económicos y que los familiares iban a dejar y generalmente los abandonaban”... “efectivamente cada una de estas clínicas de distintas localizaciones (...) siempre estaban llenas con pacientes (...) algunas tuvimos que clausurarlas por razones de salubridad elemental” (Dr. Arturo J.V.).* Este era el contexto el cual se desenvolvían los pacientes psicóticos en Chile.

Durante los primeros momentos de este periodo el acento de la salud estaba puesto en el control de las epidemias y virósis infantiles para lo cual existió un programa materno infantil destinado a controlar la mortalidad de los infantes. Luego, en un segundo momento la preocupación giró hacia el tema del alcoholismo y la incipiente adicción presente en estudiantes secundarios por la irrupción de la “marihuana” en los establecimientos educacionales. Esta situación propició un creciente interés por la investigación sobre la realidad de las adicciones con la finalidad de alcanzar una mayor comprensión y manejo de estas situaciones.

Otros temas de salud que comienzan a surgir como preocupación son las enfermedades mentales en adultos mayores y el tabaquismo. Todos estos esfuerzos se encontraban a cargo del Ministerio de Salud de la época, realizando para tal efecto los estudios de diagnósticos y necesidades en la población, como también los costos que estos programas supondrían.

Tabla N° 4. Indicadores y preposiciones: Segundo periodo (1973 - 1990)

CÓDIGO	INDICADOR	PREPOSICIONES
<p>RPTE</p>	<p>Rol desempeñado por el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.</p> <p>Avances observados por el aporte de la Psicología.</p>	<p><i>“...la actitud del terapeuta es fundamental (...) estar en el presente, el estar en el aquí y ahora el aceptar al paciente incondicionalmente,”</i></p> <p><i>“...yo me rehusé a que me utilizaran para aplicar pruebas psicológicas que era para lo cual los psicólogos estaban en ese momento”</i></p> <p><i>“¿Cómo se fue incluyendo el rol del psicólogo en el tratamiento?”</i></p> <p><i>Claro así no mas, haciéndolo, haciéndose”</i></p> <p><i>“¿Y en ese tiempo, el rol fundamental que cumplía el psicólogo era la psicometría? Eso es lo mas que hacían allá, las psicólogas porque eran casi todas mujeres”</i></p> <p><i>yo sostengo que según como es la actitud y el tratamiento que tenga la esquizofrenia es la gravedad de la enfermedad”</i></p> <p><i>“...yo creo que el psicólogo puede hacer todo en el tratamiento de la esquizofrenia, puede hacer desde terapia grupal, terapia individual hasta organizar un centro”</i></p> <p><i>“...donde se les hacía todo el estudio necesario para establecer bien el diagnóstico, lo que también incluía evaluación psicológica”</i></p> <p><i>“...bueno, el rol del psicólogo, además, de la parte como de evaluación, de estudio y evaluación inicial, era el apoyo psicoterapéutico en pacientes que tenían recursos como para beneficiarse con la psicoterapia.”</i></p>
<p>TE</p>	<p>Tipos de tratamientos practicados.</p> <p>Tratamiento que ha producido mayor impacto</p>	<p><i>“...hacíamos terapia de grupo”</i></p> <p><i>“...como te digo, grupo terapéutico , hacíamos asambleas comunitarias, hacíamos psicocalistenia que es una gimnasia”</i></p> <p><i>“...los médicos hacían su terapia de siempre digamos, terapia de dar medicamentos”</i></p> <p><i>“...no creo mucho en la terapia individual, no creo que sirva yo creo que sirve más la terapia de grupo que la individual”</i></p> <p><i>“...para los pacientes esquizofrénicos que están todavía con sus primeros brotes, en las primeras crisis psicóticas, aquí el tratamiento, bueno, ofrecía hospitalización, durante los períodos de crisis, en sectores de agudos”</i></p> <p><i>“...el tratamiento farmacológico siempre como, como el pilar, como más fundamental.”</i></p> <p><i>“...cuando yo empecé los psicólogos no podíamos hacer psicoterapia siquiera con la gente sana digamos como los neuróticos menos con los psicóticos”</i></p> <p><i>“...mantener el apoyo a la familia, con psicoeducación, con</i></p>

		<p>información acerca de las enfermedad”</p> <p>“...yo creo que ahí probablemente la terapia familiar sea habitualmente más indicada y con mejores posibilidades.”</p>
PPF	<p>Limitaciones en la práctica</p> <p>Diferencias en la formación</p>	<p>“...Claro era exclusividad psiquiátrica, claro total y todavía lo es tal y los psicólogos no se meten”</p> <p>“...los Psicólogos hemos estado sometidas a los médicos de forma y no de fondo”</p> <p>“...desde luego sometidas a los médicos por lo menos en la forma y claro tampoco no había mucho reconocimiento ni de la comunidad terapéutica”</p> <p>“...entonces como que no ven las cosas cuando no son hechas por los médicos”</p> <p>“...yo soy profesora, yo tengo la impresión que tienen muy poca formación en psicoterapia, tampoco la tuvimos nosotros hace mucho tiempo. Poca formación clínica yo creo tienen los psicólogos para meterse con enfermedades”</p> <p>“...mucho prejuicio al medicamento por ejemplo de que las enfermedades no son enfermedades”</p> <p>“...pero yo tengo la impresión que los psicólogos no salen preparados para hacer terapia ni siquiera a las personas sanas, los neuróticos menos a los psicóticos por que les falta mas práctica, les falta mas especialidad y tal vez poca formación,”</p> <p>“...bueno, por sobre todo, como proyectado hacia cumplir una función como de “yo” auxiliar”</p> <p>“...tiene que poner una visión diferente a la de los médicos, no la misma, tiene que poner una visión más integral, ver al enfermo en su totalidad”</p> <p>“...el psicólogo en ese sentido, puede aportar con su visión y desde una evaluación de la estructura de personalidad que está a la base”</p> <p>“...bueno, yo creo que es muy importante que el psicólogo tenga una buena formación en torno a las enfermedades mentales más graves”</p>
CEP	<p>En qué medida la labor de uno de los profesionales se ve complementada con la del otro</p>	<p>“...sí, por lo menos en la comunidad terapéutica yo siempre intenté tener un psiquiatra ahí,”</p> <p>“...el psiquiatra tenía que estar en la comunidad ir a la comunidad, estar ahí y verlos ahí”</p> <p>“...ha habido complementación pero poca”</p> <p>“...he viajado harto yo he visto que los psicólogos son directores de hospitales diurnos, de todo tipo de organizaciones con pacientes psicóticos, aunque ellos no den la medicamentación,”</p> <p>“... y una coordinación con el psicólogo para poder planificar una estrategia psicoterapéutica que sea adecuada al paciente”</p> <p>“...que puedan derivar a esos pacientes a tiempo, correctamente...”</p>

OSM	Persona u organismos encargados de la salud mental en Chile. Organización de la salud mental en Chile.	<i>“...yo era directora del colegio de psicólogos y me acuerdo que tuvimos que pelearla mucho para que nos aceptaran que oficialmente hiciéramos terapia individual”</i>
PSM	Preocupación de la época Contexto de la salud mental en Chile	<i>Nota. No nos fue posible obtener los datos desde los entrevistados, pero la información necesaria para este indicador se extrajo desde las fuentes documentales. Punto seis del marco teórico.</i>
IPTE	Razones o fundamentos de la inclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.	<i>“...cuando yo llegué a hacer la beca, ya había dentro del equipo, en sectores de agudos y en el departamento de crónicos, ya había presencia de psicólogos. Y el aporte, como te decía, era importante, sobre todo en una etapa de evaluación diagnóstica... y planificación del tratamiento más integral” “...y el apoyo terapéutico, tanto la familia del enfermo como del enfermo mismo” “...entonces, ya estaban incluidos hace tiempo...En ese tiempo sí. En una manera, quizás menos marcada que hoy día, ya había presencia del psicólogo”</i>
EPTE	Razones o fundamentos de la exclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.	<i>“...yo creo que es el psiquiatra tiene que ser quien vaya definiendo fundamentalmente el tratamiento...”</i>

Análisis de los conceptos por indicadores: Segundo periodo.

Durante el segundo periodo en estudio, se inician algunos cambios en la implementación del rol del psicólogo. Este profesional ha logrado ganar algunos espacios ya sea por que a nivel social existe una mayor presencia como también por que se valida la capacidad del diagnóstico realizado a nivel de evaluación de la personalidad transformándose en un apoyo para los psiquiatras que trabajan con pacientes psicóticos, *“bueno, el rol del psicólogo, además, de la parte como de evaluación, de estudio y evaluación inicial, era el apoyo psicoterapéutico en pacientes que tenían recursos como para beneficiarse con la psicoterapia.”* (Psiquiatra Francisco B.) Este avance es paulatino, ya que, a pesar de la existencia de dos escuelas de Psicología, estos profesionales aún son insuficientes en número y no están del todo considerados en el marco de la salud pública. A pesar de esto, comienza a surgir la concepción desde los mismos profesionales psicólogos que es posible trabajar con pacientes psicóticos, como también ocupar un lugar en los equipos de trabajo en los hospitales psiquiátricos.

La terapia, como una herramienta en el trabajo con pacientes psicóticos, al principio estaba vedada para los psicólogos y no fue hasta que se introdujo el Colegio de Psicólogos que se propiciaron los espacios para desarrollarla tanto con los pacientes neuróticos como con los psicóticos, en especial, con los esquizofrénicos. *“Cuando yo empecé los psicólogos no podíamos hacer psicoterapia siquiera con la gente sana digamos como los neuróticos menos con los psicóticos”* (... *“yo era directora del colegio de psicólogos y me acuerdo que tuvimos que pelearla mucho para que nos aceptaran que oficialmente hiciéramos terapia individual”*) (Psicóloga Teresa H.)

La Psicología aporta en esta época con una nueva mirada de los pacientes esquizofrénicos, en donde se pasaba de la concepción negativista del periodo anterior a una de aceptación mayor y una consideración más humanizante de su condición.

“la actitud del terapeuta es fundamental (...) estar en el presente, el estar en el aquí y ahora el aceptar al paciente incondicionalmente.” (Psicóloga Teresa H.) Sin lugar a dudas este enfoque propio de la Psicología sitúa al psicólogo desde una perspectiva y desde un rol distinto al del psiquiatra, no se trata sólo de medicar sino que junto con ello, experimentar una mirada más íntegra del paciente. Este proceso se inicia en esta etapa, pero tiene que ver más con el deseo de estos nuevos profesionales que con pautas presentes tanto en los equipos de trabajo como con una política de Estado. *“¿Cómo se fue incluyendo el rol del psicólogo en el tratamiento? Claro así no mas, haciéndolo, haciéndose” (Psicóloga Teresa H.)*. Cabe señalar aquí que los entrevistados refieren esta situación en los siguientes términos: Desde esta perspectiva podemos decir que el tratamiento ofrecido a los pacientes esquizofrénicos continúa teniendo un fuerte respaldo farmacológico, situación que experimentará algunos cambios hacia el final del presente periodo.

Desde la psiquiatría los antipsicóticos se mantienen en su lugar de preeminencia, *“el tratamiento farmacológico siempre como el pilar, como más fundamental.”(Psiquiatra Francisco B.)*. Aunque se percibe un cambio promisorio y complementario con tratamientos surgidos desde la Psicología y sus diferentes corrientes que ayudan a dar una mejor atención a los pacientes esquizofrénicos. *“Mantener el apoyo a la familia, con psicoeducación, con información acerca de las enfermedad” (...)* *“yo creo que ahí probablemente la terapia familiar sea habitualmente más indicada y con mejores posibilidades.” .(Psiquiatra Francisco B.)* Esta opinión es coincidente con la postura planteada por la Psicóloga Teresa H., *“no creo mucho en la terapia individual, no creo que sirva yo creo que sirve más la terapia de grupo que la individual”*, pero este proceso no impide que tratamientos como la hospitalización en pacientes con fases agudas o los electro shock se continúen usando.

Cabe señalar aquí que los entrevistados refieren la presencia de psicólogos en los equipos de trabajo en los hospitales *“Cuando yo llegué a hacer la beca, ya había*

dentro del equipo, en sectores de agudos y en el departamento de crónicos, ya había presencia de psicólogos. Y el aporte, como te decía, era importante, sobre todo en una etapa de evaluación diagnóstica” (Psiquiatra Francisco B.)

Desde el punto de vista de la planificación en salud mental, el Ministerio de Salud continúa a cargo de la planificación a través de la Unidad de Salud Mental, que se orientaba fundamentalmente al trabajo sobre el alcoholismo en adultos, y escolares, drogadicción y depresión, manteniendo a los enfermos psiquiátricos en los hospitales. Sobre la depresión podemos señalar que esta patología se hace más notoria con los cambios sociales y económicos propiciados en este periodo hacia un modelo económico de mercado.

Destacamos de este periodo que, producto de la escasez de profesionales psicólogos, el gobierno se ve en la obligación de capacitar a los médicos generales en el diagnóstico de patologías psiquiátricas para la posterior derivación a centros especializados, todo esto mediado por las Jornadas Chilenas de Salud Mental, lo que deja en evidencia la necesidad de profesionales de la salud mental.

Finalmente, podemos agregar, que otro fenómeno, ajeno a la salud, como es la intervención del gobierno militar en la educación superior, logra desatar una gran apertura de universidades y por ende, de escuelas de Psicología, lo que para finales de los ochentas producirá una gran oferta de estos profesionales que intentarán penetrar tanto el sector público como el privado. Estas condiciones, sin duda, provocarán algunos cambios con respecto a la disciplina como en el ejercicio de la misma.

Tabla N° 5. Indicadores y preposiciones: Tercer periodo (1990 – 2004)

CÓDIGO	INDICADOR	PREPOSICIONES
<p>RPTE</p>	<p>Rol desempeñado por el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.</p> <p>Avances observados por el aporte de la psicología.</p>	<p><i>“...juega un rol un papel importante para reestablecer y retomar funciones habituales en los pacientes”</i></p> <p><i>“...el rol es importantísimo. Incluso es de gran importancia que el psicólogo cuando hay duda diagnóstica, a veces, las herramientas diagnósticas, de baterías de test que puede aplicar el psicólogo, que es el que mejor maneja esta situación como para poder aclarar ciertas dudas diagnósticas con lo que tiene que ver con la enfermedad o con diagnóstico diferencial de la enfermedad”</i></p> <p><i>“...yo creo que juega un papel importante ahora en la actualidad, en la intervención de los pacientes con esquizofrenia”</i></p> <p><i>“...yo diría que neuropsicólogos en el servicio público, sería un gran aporte...”</i></p> <p><i>“...el psicólogo, aporta la otra visión, la esquizofrenia, pacientes psiquiátricos no solamente neurotransmisores tiene que ver también con historias, tiene que ver con conflictos, tiene que ver traumas muy anteriores, tienen que ver con habilidades cognitivas, tiene que ver ese paciente con limitantes o no de potencial desde el punto de vista intelectual, todo esto lo determina el psicólogo”</i></p> <p><i>“...muchas veces, las reuniones clínicas las orientamos nosotros, las dirigimos los psicólogos, discutimos si es necesario como para mandar hacer un estudio neuropsicológico, o un estudio de personalidad”</i></p> <p><i>“...el gran aporte de los psicólogos en todo lo que tiene que ver con el estudio de las abraxias, afasias...”</i></p> <p><i>“...el aporte de la psicología clínica, la intervención en el manejo de los pacientes con esquizofrenia. Es gran importancia. Ahora, las nuevas técnicas y abordajes psicoterapéuticos que hay en la actualidad, las técnicas y nuevas intervenciones también es una situación que revolucionado la evolución...”</i></p>
<p>TE</p>	<p>Tipos de tratamientos practicados.</p> <p>Tratamiento que ha producido</p>	<p><i>“...los electroshock se usan en casos determinados y eso esta normada...”</i></p> <p><i>“Al paciente se le pide una evaluación</i></p> <p><i>“...ahora, las nuevas técnicas y abordajes psicoterapéuticos que hay en la Actualidad...”</i></p> <p><i>“...La rehabilitación cognitiva. El apoyo que hace el psicólogo desde este punto de vista fundamentalmente de la orientación</i></p>

	mayor impacto	<p><i>psicosocial...”</i></p> <p><i>“...tanto en el apoyo psicoterapéutico, en el apoyo de psicoeducación y en el apoyo psicodiagnóstico, también...”</i></p> <p><i>“...tratamiento clásico, de los esquizofrénicos, va primero orientado del lado de los fármacos...”</i></p> <p><i>“...más la terapia farmacológica que puede dar el psiquiatra...”</i></p> <p><i>“...el tratamiento de la esquizofrenia demanda una...es como una estructura en telaraña, donde empieza la intervención en los periodos de crisis a los pacientes crónicos que generalmente eran hospitalizados por sus síntomas psicóticos. Ahora la nueva estrategia es que ellos deben reintegrarse a la comunidad...”</i></p> <p><i>“...la intervención de recobrar las habilidades sociales, las habilidades para manejarse dentro de la vida...”</i></p> <p><i>“...las intervenciones en hogares protegidos, en talleres, en talleres protegidos, en la intervención de otros profesionales cómo el terapeuta ocupacional, la asistente social,, la enfermera...”</i></p> <p><i>“...en general los antipsicóticos atípicos. O sea, eso es el que tiene mayor impacto clínico, mayor impacto social, mayor impacto en la recuperación y en la estabilidad del paciente y en el funcionamiento del paciente de los antipsicóticos atípicos, han revolucionado verdaderamente la recuperación del paciente esquizofrénico...”</i></p> <p><i>“...cómo te decía la rehabilitación esta orientada al diagnóstico...”</i></p>
PPF	<p>Limitaciones en la práctica</p> <p>Diferencias en la formación</p>	<p><i>“...pero los alumnos a la hora de enfrentarse con la práctica, bueno también son alumnos que recién están terminando, pero son muy débiles...”</i></p> <p><i>“...pero alumnos que no conocen un Bender o que llegan acá y van a aplicar un WISC, en cinco años de la carrera, o no han aplicado un Rorschach, estudio de neuropsicología es prácticamente nulo...”</i></p> <p><i>“...yo creo que hay una debilidad porque hay un acercamiento al paciente muy desde lo teórico, muy desde estos sistemas, estos grandes sistemas teóricos, pero quedamos al margen de conocer la parte biológica del paciente, que es un cerebro, hay gente que nunca ha visto un cerebro, que no sabe que es una neurona, no sabe que cantidad de neuronas tenemos , no ubica las estructuras del sistema nervioso que son tan importantes, cuando tu estas hablando de lóbulo frontal, de los núcleos de la base, de sistema subcortical le estas hablando prácticamente en chino a un alumno de Psicología...”</i></p> <p><i>“...mucho intelectualización de esa teoría, pero a la hora concreta de poder determinar que pasa con un paciente, que hay que recomendar a la familia, que test voy a aplicar porque me hace falta poder aclarar en el diagnóstico, hay poco que</i></p>

		<p><i>opinar...”</i></p> <p><i>“...un paciente con una real crisis psicótica yo creo que tendría, digamos, se vería como, digamos, frustrada la intervención psicológica, porque estos pacientes en ese momento necesitan una intervención rápida de disminuir los síntomas psicóticos...”</i></p> <p><i>“...se requiere una orientación farmacológica, un abordaje farmacológica...”</i></p> <p><i>“...veo que son pocos los psicólogos que tienen experiencia en personas con esquizofrenia...”</i></p> <p><i>“...estas son como las falencias en muchos de las gentes y tiene que ponerse como a tono después de entrar al..., va aprendiendo en el camino y algunos se integran y otros no lo logran...”</i></p>
<p>CEP</p>	<p>En qué medida la labor de uno de los profesionales se ve complementada con la del otro</p>	<p><i>“...es súper importante como la mirada integral, interdisciplinaria, transdisciplinaria en el tratamiento de las personas, y efectivamente el psicólogo es, súper importante, como también, el terapeuta ocupacional, como también el asistente social, como también el psiquiatra como también la enfermera o sea, la verdad que ese es un equipo para nosotros vital,</i></p> <p><i>“...pero la idea dentro de los equipos que no tengamos la función, lo que queremos que haya un equipo, que haya una mirada de equipo...”</i></p> <p><i>“...la idea es que incluso hayan momentos de evaluación, que haya una entrevista de evaluación para el ingreso en conjunto, luego hayan monitores, seguimiento de las personas también en conjunto...”</i></p> <p><i>“...acá generalmente trabajamos interdisciplinariamente, tenemos una relación horizontal, aquí no hay una relación de subordinación, somos un equipo donde nos complementamos...”</i></p> <p><i>“...es con mucha tolerancia, con mucha comprensión, con mucha afinidad y con mucho respeto hacia lo que nosotros hacemos como sicólogos. A veces, las reuniones clínicas las orientamos nosotros, las dirigimos los sicólogos acá, vemos pacientes también a veces solos, un equipo de sicólogos, discutimos si es necesario como para hacer un estudio neuropsicológico, o un estudio de personalidad; cuando el estudio de personalidad está hecho o el estudio neuropsicológico, lo discutimos junto con ellos. Para poder, cierto, que exista una retroalimentación entre diferentes especialidades...”</i></p> <p><i>“...el psicólogo, como te decía denante, creo que forma parte del equipo multidisciplinario de intervención a los pacientes esquizofrénicos...”</i></p>

		<p><i>“...tiene una formación distinta, es psicológica, social de la situación del individuo, de las enfermedades clínicas de la psiquiatría. Entonces, se podría hacer como una diferencia. Pero, yo creo que, digamos, siempre debería manejarse como una dualidad paralela, conjunta para este tipo de intervenciones en estos pacientes...”</i></p>
OSM	<p>Persona u organismos encargados de la salud mental en Chile.</p> <p>Organización de la salud mental en Chile.</p>	<p><i>“...se empezó a trabajar precisamente en el plan nacional, de a poco, primero existieron, la política y el Plan Nacional de Salud Mental que más o menos del año 1991 -1993 y después el año 2000 donde ya el Plan Nacional de Salud Mental y psiquiatría, entonces efectivamente incluso acá dentro del ministerio hasta el año 1990, 1989 y 1990 había una persona encargada de la salud mental y después hubo 10 personas...”</i></p> <p><i>“...el Ministerio de salud es como el órgano planificador de las políticas de los programas y estos son ejecutadas a través de los servicios de salud, las redes de servicios. Dentro de estos servicios de salud, las redes de servicios, dentro de estos servicios de salud hay ciertos equipos especializados, ahí tiene que ver todo lo que es el nuevo plan nacional también, en términos de que antes estaban solamente equipos ambulatorios en los hospitales consultorios especialidades y también los COSAM...”</i></p> <p><i>“...en realidad para nosotros una gran salto cualitativo que a partir del año 2000 nosotros hacemos una sociedad con un hospital psiquiátrico para poder incorporar a todo el país dentro de este convenio que ellos tenían con una entidad que nos proveía la Clozapina China, que era exclusivo para ellos...”</i></p>
PSM	<p>Preocupación de la época</p> <p>Contexto de la salud mental en Chile</p>	<p><i>“...hoy día más menos de los 28 servicios de salud que existen, mas o menos existen camas de corta estadía al menos en 18, tendría que calcularlo exactamente, ...hem.. y también empieza en los últimos, a empezado un proceso de cierre de cama de larga estadía, por ejemplo en el hospital psiquiátrico de Valparaíso ya no quedan camas de crónicos, ellos fueron todos incorporados en hogares protegidos y la idea es esa, a partir del año 1991 se empieza a crear proyectos de rehabilitación, de trabajar con la gente que estaba en los hospitales psiquiátricos para poder la integrara a una vida más humana, ya, y están en hogares protegidos y aquellas personas más graves...”</i></p> <p><i>“...existe un reglamento 570, el reglamento de la internación de las personas con enfermedad mental, eso es súper importante, que también crea un salto importante en términos de los derechos de la persona, este reglamento de internación...”</i></p> <p><i>“...cambia absolutamente la mirada y establece una serie de</i></p>

		<p>derechos de las personas, entre las cuales está el consentimiento informado para los tratamientos, el que las personas no pueden ser hee..., no pueden ser heee.... Tienen un plazo de intervención, no en forma indefinida...”</p> <p>“...nosotros regulamos, paramos, hee..., regula también la esterilización de las personas y regula la terapia electroconvulsiva como una cosa especial, pero igual reconociéndola, o sea la terapia elctroconvulsiva requiere un consentimiento informado de la persona y la reunión del comité ético del establecimiento....”</p> <p>“...hay todo un protocolo para el tratamiento de la esquizofrenia, o sea esta una norma del tratamiento de la esquizofrenia unas orientaciones técnicas el año 2000 y luego ahora esta el protocolo auge...”</p>
IPTE	Razones o fundamentos de la inclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.	<p>“...es la necesidad que se incorporen a la mirada al nuevo modelo de atención de salud mental y psiquiatría no solo el psicólogo todos los profesionales, o sea incluyendo los médicos los psiquiatras, los asistentes sociales los terapeutas, los terapeutas quizás tienen algo mucho más, tienen una mirada más interdisciplinario, mas integral...”</p>
EPTE	Razones o fundamentos de la exclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.	

Análisis de los conceptos por indicadores. Tercer periodo.

Al explorar las perspectiva de los profesionales de la salud mental entrevistados, sobre la evolución del rol del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia, afloran una serie de líneas discursivas básicas que confieren unidad al conjunto de los discursos producidos. Junto a éstas, es posible identificar, que los profesionales de la salud mental tienen una propuesta sobre el tema abordado, rasgo caracterizadores de posiciones particulares, de acuerdo a cada una de las áreas de la salud mental, en la que ellos actualmente se desempeñan.

Dichas percepciones y/o significados fueron manifestándose, a lo largo del desarrollo de cada una de las entrevistas, lo cual será presentado a continuación:

De acuerdo a los conceptos considerados en estos indicadores, lo que nos interesa saber es el rol desempeñado por el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia y avances observados por el aporte de la psicología en el tratamiento de la esquizofrenia. Entre las líneas comunes, que dan unidad y cohesión al contenido del conjunto de estos datos producidos por las afirmaciones, se destaca dentro de lo presentado a continuación: *“...El rol es importantísimo. Incluso es de gran importancia que el psicólogo cuando hay duda diagnóstica, a veces, las herramientas diagnósticas, de baterías de test que puede aplicar el psicólogo, que es el que mejor maneja esta situación (...) como para poder aclarar ciertas dudas diagnósticas con lo que tiene que ver con la enfermedad o con diagnóstico diferencial de la enfermedad...” (Psiquiatra Ulises R.)*, como podemos apreciar aquí-continúa-el rol del psicólogo circunscrito al área de la evaluación psicodiagnóstica preferentemente, aunque no por ello se han dejado de abrir espacios para este profesional en términos de aportar al estudio de la esquizofrenia desde la neuropsicología. *“Muchas veces, las reuniones clínicas las orientamos nosotros, las dirigimos los psicólogos, discutimos si es necesario como para mandar hacer un estudio neuropsicológico, o un estudio de personalidad”(Neuropsicólogo Mario A.)*.

Cabe señalar aquí que se ha logrado, desde la perspectiva del rol del psicólogo, una validación más amplia de sus potencialidades incluyéndolo activamente en los equipos de trabajo. Todo esto es posible en la medida que el profesional muestre dominio de su área como también un manejo acabado de la terminología médica en relación al abordaje de la esquizofrenia. Sin perjuicio que este continúe aportando su mirada integradora con respecto al paciente y a la esquizofrenia. *“...El psicólogo, aporta la otra visión, la esquizofrenia, pacientes psiquiátricos no solamente neurotransmisores tiene que ver también con historias, tiene que ver con conflictos, tiene que ver traumas muy anteriores, tienen que ver con habilidades cognitivas, tiene que ver ese paciente con limitantes o no de potencial desde el punto de vista intelectual, todo esto lo determina el psicólogo...”* (Neuropsicólogo Mario A.). Queda de manifiesto, entonces, que el rol del psicólogo se ha ampliando durante este periodo en estudio, al menos no queda restringido sólo a las evaluaciones diagnósticas

Veremos a continuación qué ha ocurrido en este tiempo con los tratamientos orientados a los pacientes con esquizofrenia, *“...tratamiento clásico, de los esquizofrénicos, va primero orientado del lado de los fármacos...”* (Psiquiatra Ulises R.) Aquí es posible verificar que los fármacos continúan siendo el pilar del tratamiento de la esquizofrenia desarrollándose una nueva generación de estos, *“...En general los antipsicóticos atípicos. O sea, eso es el que tiene mayor impacto clínico, mayor impacto social, mayor impacto en la recuperación y en la estabilidad del paciente y en el funcionamiento del paciente (...) los antipsicóticos atípicos, han revolucionado verdaderamente la recuperación del paciente esquizofrénico...”* (Psiquiatra Ulises R.), Junto con los antipsicóticos atípicos también se presentan tratamientos como la psicoeducación, rehabilitación cognitiva, orientaciones psicosociales, familiar e individual. También se trabaja en áreas como la reinserción social y terapia ocupacional, todo esto destinado a potenciar las capacidades autovalentes del paciente. *“...La intervención de recobrar las habilidades sociales, las habilidades para manejarse dentro de la vida...”* (Psiquiatra

Ulises R.) Todo este proceso se encuentra en un marco de ayuda al paciente provisto por una clara planificación de las autoridades de la salud mental otorgando las condiciones necesarias para que el paciente logre reinserción, “...Las intervenciones en hogares protegidos, en talleres, en talleres protegidos, en la intervención de otros profesionales cómo el terapeuta ocupacional, la asistente social,, la enfermera...”(Experta en Salud Mental Sra. Ximena R.).

En el nuevo contexto de la salud mental orientado a proveer tanto a los profesionales como a los pacientes de una mejor posibilidad de tratamiento se hacen notar esfuerzos como el realizado por el Ministerio de Salud donde “...Se empezó a trabajar precisamente en el plan nacional, de a poco, primero existieron, la política y el Plan Nacional de Salud Mental que más o menos del año 1991 -1993 y después el año 2000 donde ya el Plan Nacional de Salud Mental y psiquiatría, entonces efectivamente incluso acá dentro del Ministerio hasta el año 1990, 1989 y 1990 había una persona encargada de la salud mental y después hubo 10 personas...” La presente frase nos muestra la existencia de un equipo que prioriza y planifica las demandas de la comunidad en relación a salud mental proceso que da cuenta de una nueva concepción, de una redefinición del concepto de salud mental, donde es la sociedad la que recibe a estos pacientes y no los oculta como en los periodos anteriores.“...El Ministerio de salud es como el órgano planificador de las políticas de los programas y estos son ejecutadas a través de los servicios de salud, las redes de servicios. Dentro de estos servicios de salud hay ciertos equipos especializados, ahí tiene que ver todo lo que es el nuevo plan nacional también, en términos de que antes estaban solamente equipos ambulatorios en los hospitales consultorios especialidades y también los COSAM...” (Experta en Salud Mental Sra., Ximena R.)

Lo anterior nos muestra un salto cualitativo en torno a las prioridades en la planificación de la salud mental de la comunidad, existe un acercamiento a la integralidad y respeto de la persona que posee necesidades de salud mental, “...Existe un reglamento 570, el reglamento de la internación de las personas con enfermedad

mental, eso es súper importante, que también crea un salto importante en términos de los derechos de la persona, este reglamento de internación... “...cambia absolutamente la mirada y establece una serie de derechos de las personas, entre las cuales está el consentimiento informado para los tratamientos, el que las personas no pueden ser hee..., no pueden ser heee.... Tienen un plazo de intervención, no en forma indefinida...”

El rol del psicólogo en este periodo nos muestra la importancia que ejerce el Ministerio de Salud en la delimitación y la visión de la multidisciplinariedad en el ejercicio de lo profesional, encontramos conceptos tales como la tolerancia, respeto afinidad, trabajo en equipo, retroalimentación y especialmente mayor preparación profesional para enfrentar enfermedades tan complejos como es la esquizofrenia.

VI CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A partir de los antecedentes recopilados en la presente investigación, nos es posible decir que el rol que ha ocupado el psicólogo en los diferentes periodos históricos con respecto al tratamiento de la esquizofrenia se ha ido modificando, recreando y extrapolando a lo largo del tiempo, en un primer momento con acciones concretas dando paso luego a un proceso de auto-conocimiento e identificación del profesional con su quehacer.

Esto es posible a través del desarrollo de habilidades y competencias que adquiere en el proceso de interacción terapeuta/paciente, como con su entorno profesional, en donde comienza a compenetrarse de este imaginario que se desarrolla en la correlación de experiencias que se van dando en el ser y hacer propio un lugar de co- existencia con el entorno social

El rol que ha ido ocupando el psicólogo en este escenario particular donde va interactuando con otro, donde va configurando la relación que le otorga sentido ya no a una mera función, sino que ahora este encuentro le posibilita ser signado como profesional, como terapeuta, como sujeto que es capaz de nombrar a otros, de considerarlos en sus complejidades y particularidades. En este escenario, de menos a más, el rol se nutre de las experiencias, de las vivencias, tanto particulares como sociales permitiendo su identificación simbólica con el quehacer que le corresponde representar, situado en algún lugar de la trama y del imaginario social.

Este rol puesto en el imaginario social se fue construyendo en conjunto con el desarrollo de la función. Con el avance y conocimiento que la sociedad en general ha logrado establecer para ir propiciando lugares comunes, como por ejemplo en el desarrollo paulatino de políticas que permitan un desempeño de este profesional cada vez más compenetrado con su práctica y su teoría específica.

Aquí, nos damos cuenta, que en la medida que acontece esta interacción psicólogo/sociedad es posible dar espacios para que el repertorio de este se amplíe y pase de la modesta y necesaria psicometría a conducir o colaborar en el desarrollo de diferentes tratamientos que la patología de la esquizofrenia requiere tanto para su contención como para la reinserción de estos pacientes a la vida cotidiana, familiar, laboral o estudiantil.

Los tratamientos destinados a trabajar con personas con esquizofrenia también se han desarrollado y han evolucionado junto con la concepción que se ha tenido de ellos en los diferentes momentos propios de este estudio, ha cambiado el concepto de la enfermedad, la apreciación de la persona que la padece, como la mirada sostenida por aquel que la trata. Es posible entonces pasar de la visión más clásica, donde este paciente está condenado por su enfermedad a una que le posibilita el desarrollo de sus capacidades, emocionalidad y habilidades, considerándolo en su integralidad.

Es, desde una mirada psicológica, en donde este sujeto ya no es más un conjunto de síntomas, sino que es percibido en su totalidad, cambiando el paradigma, la forma de percibir al esquizofrénico y su problemática que se posibilita una nueva gama de tratamientos que dan cuenta de este sujeto, así como de la relación con su entorno familiar y social.

Las distintas miradas que propicia la Psicología trabajan con la persona del esquizofrénico como es el caso de la Psicología Conductual orientada a suprimir los síntomas de este paciente para que no sea percibido como extraño por la sociedad. Esta corriente aún se mantiene en la mirada más tradicional del esquizofrénico.

A medida que cambia la mirada, la representación que se tiene del esquizofrénico cambia también, modificando la forma de tratarlo; es así que desde el psicoanálisis, por ejemplo, se avanza hacia una concepción determinista marcada por los impulsos libidinales del sujeto donde en el desarrollo de su identificación sexual

de estas personas se habría quedado estancado en una etapa homosexual y la contradicción de esta experiencia provocaría el quiebre del sujeto con la realidad, resultando la escisión como consecuencia de no poder manejar este sentimiento homosexual.

En un cambio de paradigma mayor, los sujetos que viven esta patología son entendidos desde la Teoría Sistémica en relación con su medio, quedando atrás la percepción solipista e intrapsíquica de las anteriores propuestas. Aquí se amplía la mirada y esta persona y su enfermedad se constituyen ahora en un síntoma de una realidad familiar específica, donde cobra fuerza la idea de la doble vinculación, generando la imposibilidad de metacomunicar, es decir, no se acepta a nivel verbal lo que ocurre a nivel corporal, quedando el sujeto atrapado en esta paradoja experimentándolo como su enfermedad, como síntoma que habla por él.

Desde la postura post racionalista, esta patología es entendida como la pérdida del continuo entre la experiencia inmediata y la imagen conciente que va generando la desintegración de las experiencias, viviendo el sujeto esta situación desde fuera, no incorporándola en su inmediatez, imposibilitado de lograr una integración de las diferentes funciones de psiquismo, fundamentalmente lo que dice relación con un desconocimiento de la emoción como referente fundamental del ser humano.

Ahora, la propuesta Piagetana nos dice que ciertos sujetos presentan desde su nacimiento una predisposición a desarrollar esquizofrenia, dándose la diferencia por las características ambientales y familiares que este experimenta, es decir, si principalmente su entorno es estresante o presenta anomalías genéticas o bien la relación madre- hijo sufre alteraciones en la etapa temprana, estaría más propenso a desarrollar esta patología, en cambio, si su entorno es vivido como protector es menos probable que se gatille esta enfermedad.

Gracias a la irrupción de estos nuevos paradigmas que intentan dar razón del fenómeno de la esquizofrenia se puede contar ya no con una sola forma de concebir esta patología y a las personas que la experimentan, sino que el espectro se amplía, ampliándose también las formas posibles de tratar a los pacientes, tanto como las técnicas que se desarrollan para tal efecto. Todo esto ayuda a sostener una mirada desde la integralidad donde el esquema médico es complementado por la propuesta de la Psicología y el trabajo de los psicólogos.

En este punto en particular es posible reflexionar en torno al espacio que abren a la labor del psicólogo las nuevas políticas de salud mental, y como el concepto que se tiene de este fenómeno, a saber, la salud mental, ha evolucionado desde los años cincuenta hasta el 2004, dando cuenta que la realidad de la salud en general y la salud mental en particular se interrelacionan con todo el quehacer humano siendo esto una clave para entender que las enfermedades mentales no ocurren a un sujeto aislado sino que son parte de los mismos procesos sociales, económicos y culturales no exentos de su propia historia y su desarrollo.

La salud de un pueblo no puede sólo medirse en indicadores económicos o en cuántos niños nacen vivos por mil nacidos, sino que se debe considerar para hacer este análisis, las condiciones en que este pueblo se desarrolla, trabaja y ama.

Actualmente la integración de todos estos factores son parte de las propuestas en salud mental y por tanto, también deben formar parte los conocimientos y la experiencia de los profesionales de este rubro.

Hasta este momento la ciencia ha buscado conceptualizar el acto psicoterapéutico, y se han desarrollado diversos enfoques con sus respectivas epistemologías y cada cual con su fundamento teórico, ha partir de ahí y de su juego con la experiencia se han imaginado variadas posturas para hacer frente ha “tipos de situaciones, de casos, o categorías diagnóstica de la esquizofrenia”. Así, algunos terapeutas utilizan incluso

diversos esquemas a modo ecléptico, teniendo también esto resultados positivos en la en la práctica.

Por otro lado, pareciera ser que un elemento esencial, aparte de todos los resguardos o recomendaciones dictada por los diferentes formas de manejo, es la utilización de la Empatía, es decir, contribuir a crear una atmósfera comprensiva, relajada, tranquila y aceptante en la relación con el paciente. Evitando lo inquisitivo, lo enjuiciador, despejando los atisbos de desconfianza, apagando los tonos de afectación, de autoridad, de intelectualización, o tecnicismo artificiosos. Procurando sintonizar con el sentir del otro. Pareciera importante para los sujetos recogidos en este estudio, el ir captando el discurso de los pacientes. De alguna manera, enfatizar el juego expresivo de posturas gestos y de miradas.

Pensamos, a partir del texto descrito por nuestros entrevistados, que si se logra generar una sensación de que hay un real intento por comprender la situación del otro, la relación se torna más cálida, el setting se vuelve mucho más expedito, el compromiso con la terapia se hace mayor, el paciente puede atreverse a abrirse a niveles más profundos, mejorando la relación terapeuta- paciente, facilitando y simplificando la comunicación, tornando flexible, liviano y emotivo el tono general de las intervenciones.

El rol del terapeuta se va transformando y puede estar de acuerdo en convertirse en un acompañante empático, escuchador y dialogante que clarifica, jerarquiza he insinúa caminos de acción, haciendo ver las consecuencias de cada alternativa; o si alguna acción manipulativa paradójal se vislumbra cómo útil erguirla sobre el previo desarrollo de una relación de confianza.

Creemos que el rol del psicólogo se ha ampliado, considerando elementos existenciales, históricos, biográficos desde un punto de vista comprensivo, poniéndolos en juegos en el manejo del tratamiento. Más que estar atentos a lo

negativo o patológico del carácter o comportamiento del otro, es importante estarlo a la visualización de los rasgos de fortalezas aún preservados. Más que empantanarnos en la interminable descripción del infortunio, estar alerta en detectar lo saludable y ayudarlo a aferrarse a eso, para partir de allí estimular su autoafirmación, su autovaloración, el despliegue de lo vital que queda en él, y contribuir a abrir el foco de su discurrir a otros niveles más amplio de su conciencia de si mismo y del mundo, afinar su capacidad de goce, y a privilegiar su proyección hacia la acción y hacia su futuro.

En el cultivo de la relación empática esta el eje de la humanización de la relación terapéutica, el enriquecimiento del rol, y hacer de esto más que un cúmulo de recursos técnicos, un trabajo de solidaridad humana.

Dentro del primer periodo de investigación y según los datos y la información que se levanta a partir del análisis de la entrevista, podemos decir, que el lapso que abarca desde 1950 – 1973, se caracterizó por un rol que tuvo que ver fundamentalmente con la contención, con la manera de enfrentar el crecimiento epidemiológico y reinterpretar la realidad en términos de crear instituciones de salud pública para funcionar a nivel nacional y dentro de esto vislumbrar la forma en cómo estos profesionales se podían integrar dentro de estas organizaciones y dentro del contexto histórico del país.

Ya en un segundo periodo, esto es desde 1973 a 1990, comienzan a definirse y a perfilarse con claridad algunas de las tareas que llevan a cabo los psicólogos fundamentalmente dentro del ámbito público. Hay un importante labor en términos de educación y definición de las áreas en las cuales intervienen estos profesionales. Hay un reconocimiento aunque muy incipiente del aporte significativo que realizan estos profesionales con respecto al tratamiento de enfermedades psiquiátricas severas y particularmente la esquizofrenia. Sin embargo, existió un vacío importante en cuanto a la formación de los profesionales en relación a las líneas de tratamiento

específico. Lo que provoco una constante revisión de los postulados teóricos a nivel curricular en los centros de formación.

En una mirada retrospectiva, podemos agregar, que el periodo comprendido entre 1990-2004, de alguna manera describe claramente la incorporación del profesional psicólogo dentro de un equipo de trabajo que aporta sustancialmente desde la perspectiva multidisciplinaria al tratamiento de la esquizofrenia. Se delinea el perfil y las competencias con las que debe contar el terapeuta para ejercer tal rol dentro de un contexto determinado.

Así, el desgaste y la tensión que son variables a las cuales esta sometido constantemente, han dictaminado la modalidad de auto cuidado o de preservación de los equipos psicosociales fundamentalmente lo referido a las condiciones emocionales y de salud de las personas. Se resguarda el profesar de un oficio que puede estar sometido a grandes presiones psicológicas.

Es así que planteamos nuestra propuesta de invitar a los psicólogos a incorporarse sin temor al tratamiento de la esquizofrenia y no ver a ésta como preocupación exclusiva de la medicina, sino concebir un tratamiento que se complemente y enriquezca tanto del saber médico como del psicológico. También queremos hacer eco a lo planteado por la Psicóloga Sra. Teresa Huneeus, con respecto a incorporar psicólogos en la formación de los médicos psiquiatras para aportar una visión psicológica sobre las patologías más severas.

Otro aprendizaje que podemos obtener a través de la investigación realizada, es que gracias a la revisión histórica del desarrollo de la psicología en Chile podemos explicarnos la evolución del rol que ha desempeñado este profesional en el tratamiento de la esquizofrenia, los cambios en los tratamientos practicados, como también el surgimiento de las corrientes psicológicas. Estos cambios históricos y paradigmáticos van planteando nuevas necesidades que requieren de prontas y

eficaces respuestas y en el intento de responderlas se posibilita la producción de conocimiento y de nuevos saberes.

Una segunda propuesta planteada en esta investigación es integrar los temas abordados en el presente trabajo a la formación del psicólogo(a) para que se comiencen a producir lugares de encuentro o espacios comunes en los cuales la psiquiatría y psicología puedan enriquecerse mutuamente del proceso de complementariedad emergente en la actualidad, y no tener que enfrentarnos con la dicotomía de los dominios en el ejercicio profesional. Todo esto con la finalidad de proveer de un mejor servicio a la población en general, así como también a las personas designadas como psicóticas.

Para finalizar, no podemos dejar de lado la propuesta surgida desde la fenomenología, la que nos invita a desprendernos de todos nuestros conocimientos o prejuicios aprendidos y fijar la mirada en el fenómeno experimentado por el esquizofrénico, sin calificarlo, para aprehenderlo desde su propia lógica accediendo de esta manera a su realidad sin estigmatizarlo.

VII REFERENCIAS

- 1.- Ardilla, Rubén. (1998) *La psicología en Latinoamérica. Pasado presente y futuro.*(27 – 84), Siglo XXI.
- 2.- Acta de la fundación de la Casa de Orates de Santiago.
- 3.- Aldouin, J. y cols. (2003) El rol del psicólogo en el ámbito de la salud mental (Documento: WWW) URL.
<Http://www2.Udec.cl/wivalfaro/apsique/anor/indexpnp?texto=rolpsic.html>.
- 4.- Bateson, G. (1986). *Doble vínculo y esquizofrenia*. Santiago de Chile: Lohle – Lumen.
- 5.- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Argentina: lohle – Lumen.
- 6.- Delgado, Juan Manuel. Gutiérrez, Juan. (1995). *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis, S.A.
- 7.- Diethelm, Oskar. (1961). *Tratamiento en psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- 8.- Dörr, Otto. (1997) *Psiquiatría antropológica*. Santiago de Chile: Universitaria.
- 9.- DSMIV. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- 10.- Duverger, Maurice, (1972). *Métodos de las Ciencias Sociales*. Barcelona: Ediciones Airel
- 11.- Enciclopedia de Chile. Servicios sociales: medicina y salud. V. II. (390 – 397). España: océano.
- 12.- Freud, Sigmund. (1993) Neurosis y Psicosis. En J. Strachey. (ed.), *Obras completas*. V. XIX, (151 – 159). Buenos Aires: Amorrortu.
- 13.- Freud, S. (2000) *Paranoia y neurosis obsesiva*. Madrid: Alianza.
- 14.- Fliman, M. (1972) Un diagnóstico de la situación de la salud mental en Chile. *Rev. Médica de Chile*. V100, 343-347. Chile.
- 15.- Foucault, Michel. (1997). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. Fondo de Cultura Económica. Cap. II, pág. 100.

- 16.- Garreaud, A. y González, C. (1998). *Tranquilidad artificial*. Tesis para optar al título de psicóloga. Universidad academia de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile.
- 17.- Gobierno de Chile. (2004). *Protocolo AUGE, Tratamiento de personas con primer episodio de esquizofrenia*. Documento de trabajo, Abril.
- 18.- Gomberof, M. Jiménez, J. P. (1982) *Psiquiatría*. Santiago de Chile: Medcom ediciones.
- 19.- Guidano, V. (1990). *El si mismo en proceso*. Barcelona: Seix Barral.
- 20.- Heerleim. *Psiquiatría Clínica*. Apuntes de clases.
- 21.- Hernández, S. Fernández, C. Baptista, L. (1998). Segunda edición. *Metodología de la Investigación*. McGRAW-Hill INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
- 22.- Iñiguez, Lupicino. (2004). *El Debate Sobre Metodología Cualitativa Versus Cuantitativa*.
<http://antalaya.uab.es/liniguez/>
- 23.- Jara, Manuel. (2002) *Tres modelos de terapia corporal para intervenir en el estado depresivo*. Tesis para optar al título de Psicólogo. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile.
- 24.- Klein, Melanie. (1964) *La psicoterapia de la psicosis* En, Hormes (ed), *Contribuciones al psicoanálisis*. (pp.223-225). Buenos Aires: Paidós.
- 25.- Klein, Melanie. (1967) *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. En, Hormes (ed), *Desarrollos en psicoanálisis* (pp.253 - 275). Buenos Aires: Paidós.
- 26.- Lacan, J. (1986). *De un Dios que engaña a uno no engaña*. En J. Granica. (ed), *Seminario N° 3* (89 - 104). Buenos Aires: Paidós.
- 27.- Lacan, J. (1986). *Introducción a la cuestión de la psicosis*. En J. Granica. (ed), *Seminario N° 3* (11 - 28). Buenos Aires: Paidós.
- 28.- Libro de Conferencias, Seminario. *Psiquiatría para Médicos y Profesionales de Atención Primaria en Salud*. Junio 2002.
- 29.- Laval, Enrique. (1953). *El primer caso psiquiátrico publicado en Chile*. Rev. Psiquiátrica. VOL XVIII, 66-70. Chile.

- 30.- López Barberá, E. y Población, P. (2000). *Introducción al Role-playing pedagógico*. España: Desclee de Brouwer, S. A.
- 31.- Medina, E. Riquelme, R. Figueras, T. (1990). Informe sobre recursos de salud mental y psiquiatría del sistema nacional de servicios de salud. Marzo 1990. Rev. Psiquiátrica, VII, 595-638. Chile.
- 32.- Medina, E. (1990). Panorama institucional de la psiquiatría Chilena. En M. Quijada. E. Escobar. E. Medina. (ed.), *De la casa de Orates a Instituto Psiquiátrico*. (99-100). Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- 33.- Medina, E. y Kaempffer, A. (1982). Progresos en salud en Chile durante la época de los años sesenta. Jornadas de salud mental, 1982. Universidad de Chile.
- 34.- Minoletti, Alberto. López, Carmen. (1996). Las enfermedades mentales en Chile: magnitud y consecuencias. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental.
- 35.- Ministerio de Salud. (1990). Plan nacional de salud mental. Unidad de salud mental. Santiago de Chile.
- 36.- Ministerio de Salud. (1993). Políticas y plan nacional de salud mental y psiquiatría. Unidad de salud mental. Santiago de Chile.
- 37.- Ministerio de Salud. (1999). Prevalencia en población general. *Las enfermedades mentales en Chile Magnitud y consecuencias*. (pp. 13-31). Dpto. Programas de las Personas, Unidad de Salud mental, Chile.
- 38.- Ministerio de Salud. (2001). *Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Unidad de Salud mental, segunda edición.
- 39.- Ministerio de Salud. Unidad de salud mental. (1999). Salud mental: antecedentes para acciones en promoción y prevención. Santiago de Chile.
- 40.- Ministerio de Salud. Unidad de salud mental. (1996). Informe de evaluación de actividades 1996 y proyecciones 1997-2000.
- 41.- Ministerio de Salud. (1979). Jornadas nacionales sobre el nivel primario de atención en salud mental. Noviembre, Santiago de Chile.
- 42.- Ministerio de salud. (1980). II jornadas nacionales sobre el nivel primario de atención en salud mental. Diciembre, Santiago de Chile.

- 43.- Modesto, A. Alice, E. (1999) *Psicología en Chile. Psicología en las Américas*. Sociedad Interamericana de Psicología, segunda edición.
-
- 44.- Morales, E. (1994). Familia, paciente y reinserción social. *Revista de Psiquiatría*, V. I, Enero – Marzo (pp. 16 – 21).
- 45.- Naveillán, P. (1972) El lugar de la salud mental en los programas de salud pública. *Rev. Médica de Chile*, V100, 343-347. Chile.
- 46.- O. M. S. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Clasificación internacional de las enfermedades*. (CIE 10). Ediciones Meditor.
- 47.- Protocolo AUGE, Gobierno de Chile. (2004) Ministerio de Salud: Tratamiento de Personas con Primer Episodio de Esquizofrenia. Documento de Trabajo, p. 2
48. Penjean, Alfredo. (1994). Políticas de salud mental 1990 – 1993. *Revista de psiquiatría*, V. I. Enero – Marzo 1994. III jornadas nacionales de Psiquiatría comunitaria, Concepción. (pp.27 – 33).
- 49.- Quiñónez, Elena. (1993). *Historia de la Psicología. Textos y comentarios*. Madrid: Tecnos. p. 29
- 50.- Ruiz, A. (1998). La psicosis: perspectiva cognitiva post racionalista. (borrador)
- 51.- Servicio de Salud Metropolitano Occidente. (1996) Lineamientos para la programación y estructuración de la atención psiquiátrica ambulatoria. Cuadernos de Salud Mental. Unidad de Salud Mental, Chile.
- 52.- Servicio Salud Metropolitano Norte. (1994-1995). Programa de Salud Mental y asistencia psiquiátrica. Santiago de Chile.
- 53.- Servicio de salud metropolitano Norte. (1983). Programa de salud mental, Hospital psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak.”
- 54.- Servicio de Salud Metropolitano Occidente. (2002). Red de Salud Mental y Social, tercera edición.
- 55.- S.J. Taylor. y R. Bogdan. (1987). El Trabajo con los Datos. Análisis de los datos en la investigación cualitativa. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Editorial Paidós.
- 56.- Tardito, Sonia. (2002). Diagnóstico precoz de la esquizofrenia. En Sociedad Chilena de salud mental.(ed), *Libro de conferencias. Santiago de Chile*.

- 57.- Téllez, Jorge. López, Andrea. (2001) *Aspectos neurocognitivos de la esquizofrenia*. Bogotá: Nuevo milenio editores.
- 58.- Toro, Juan Pablo. Villegas, Julio. (1999) *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en Chile*. En M. Alonso (ed.), *Psicología en las Américas* (pp.129 – 151) Sociedad interamericana de psicología.
- 59.- Valles, M. (2000). Introducción a las metodologías del análisis cualitativo: Panorámica de procedimientos y técnicas. *Técnicas Cualitativas de Intervención Social, Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis, S.A.
- 60.- Villanova, A. (1995). Psicología argentina: un comienzo bifronte. *Revista acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Buenos Aires, Vol. 41 N° 4.p.323 - 324
- 61.- Zerbin-Rudin, E. (1976). Problemas actuales de la psiquiatría. *Rev. de Neuro-Psiquiatría*. pág.15-21. Chile.
- 62.- <http://wedpages.ull.es>
- 63.- <http://html.rincondelvago.com>
- 64.- <http://antalya.vab.es>

VIII ANEXOS

Anexo 1: Fichas de identificación de entrevistados.

Ficha N° 1 Primer periodo. Psicóloga

Nombre : Liana Ortiz Wolf
Profesión : Psicóloga. Primera mujer titulada de Psicóloga en la Universidad de Chile.
Cargo : Sin Actividad.
Especialización: Trabajo con Adolescentes
Lugar de Trabajo: No tiene

Ficha N° 2 Primer periodo. Experto

Nombre : Arturo Jirón Vargas
Profesión : Médico Cirujano
Cargo : Ministro de Salud (1972 – 1973)
Lugar de Trabajo : Hospital San Juan de Dios
Director del Departamento de Docencia y Cirugía de la Universidad de Chile.

Ficha N° 3 Segundo periodo. Psicóloga

Nombre : Teresa Huneus Cox
Profesión : Psicóloga
Cargo : Miembro de la Comunidad terapéutica de Peñalolen
Especialización: Terapeuta Gestáltica
Lugar de Trabajo: Consulta particular
Docente de la Universidad SEK.

Ficha N° 4 Segundo periodo. Psiquiatra

Nombre : Francisco Breull
Profesión : Psiquiatra
Cargo : Médico Tratante
Especialización: Terapeuta Familiar en el instituto Chileno de Terapia Familiar
Lugar de Trabajo: Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak
Consulta Particular

Ficha N° 5 Tercer periodo. Psicólogo

Nombre : Mario Arriagada
Profesión : Psicólogo
Cargo : Psicólogo clínico sector N° 3 del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak
Especialización : Neuropsicología
Lugar de Trabajo: Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Ficha N° 6 Tercer periodo. Psiquiatra

Nombre : Ulises Reyes Andrade
Profesión : Psiquiatra
Cargo :
Especialización: Psiquiatría
Lugar de Trabajo: Centro de referencia de salud de la Florida

Ficha N° 7 ercer periodo Experto

Nombre : Ximena Rayo

Profesión : Asistente Social

Cargo : Profesional de la salud mental

Especialización: Magíster en Salud Pública, Mención en Salud Mental

Lugar de Trabajo: Unidad de Salud mental. Ministerio de Salud

Anexo N° 2: Formato entrevista psicólogos y/o médicos psiquiatras.

ENTREVISTA A PROFESIONALES PSICÓLOGOS Y/O PSIQUIATRAS

1. En este periodo. ¿Cuáles han sido los tratamientos practicados para el abordaje de la esquizofrenia en el área de la salud pública?
2. De estos tratamientos mencionados ¿Cuáles considera usted que han tenido un mayor impacto en el mejoramiento de las personas con diagnóstico de esquizofrenia?
3. ¿Cuáles considera usted que han sido los avances observados en el tratamiento de la esquizofrenia relacionados con los aportes de la psicología como disciplina?
4. ¿Cuáles han sido las necesidades, surgidas en este periodo, que posibilitaron la inclusión o exclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia?
5. ¿Cuál ha sido el rol que ha desempeñado el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia en el periodo en el cual usted trabajó en el sistema publico?
6. ¿En que medida su labor como psicólogo y/o psiquiatra se ve complementada con el del profesional psiquiatra y/o psicólogo, en el tratamiento de la esquizofrenia y en que difieren ambos roles?
7. ¿En el ejercicio profesional cuales son las limitaciones a las cuales se ve expuesto el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia?
8. ¿Cuáles son las debilidades, en cuanto formación, que ha su juicio afectan a los psicólogos en su desempeño profesional en el tratamiento de la esquizofrenia?
9. ¿De acuerdo a su experiencia profesional, desea agregar alguna idea o comentario a esta investigación?

Anexo N° 3: Formato entrevista expertos.

ENTREVISTA A EXPERTOS EN SALUD MENTAL

1. ¿Quiénes son las personas u organismos encargados de la Salud Mental en Chile en el periodo en el cual Usted se desempeñó como Ministro de Salud, Jefe de la Unidad de Salud Mental o Encargado de Salud Mental?
2. ¿Cuáles eran las prioridades de la Salud Mental en Chile en esta época?
3. ¿Cómo se organizaba la Salud Mental en Chile, en este periodo?
4. En este periodo ¿Los profesionales psicólogos cumplen un rol específico en el ámbito de la Salud Mental en general y en el tratamiento de la esquizofrenia en particular?
5. De acuerdo a su experiencia ¿Cuáles son los argumentos que inciden en la inclusión o exclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia?
6. En esta época ¿Qué tipo de tratamiento reciben las personas con diagnóstico de esquizofrenia?

Anexo N° 4: Lista de temas recurrentes

- El psicólogo no cumple un rol específico
- Evaluación de personalidad a través de test psicológicos
- Conversación con el paciente
- Electroshock
- Coma insulínico
- Farmacológico
- No se utiliza psicoterapia
- Menoscabo de conocimiento por parte del psiquiatra
- Débil formación teórica y práctica del psicólogo
- Autoformación en psicoterapia y tratamiento
- Psicólogo y psiquiatra se complementan al momento de dilucidar un diagnóstico
- Diagnóstico de necesidades en salud mental
- Reducción de costos
- Tratamiento para el alcoholismo
- Tratamiento para drogadicción
- Tratamiento para la esquizofrenia
- Gran demanda de atención
- Apertura de espacios para el ejercicio profesional del psicólogo
- Terapia grupal
- Terapia individual
- Psicoeducación
- Poca complementariedad entre psicólogo y psiquiatra
- Apoyo familiar
- Delimitación del rol del psicólogo
- Actualmente el psicólogo posee herramientas para enfrentar la esquizofrenia
- Validación del rol del psicólogo
- Aportes de la psicología en el tratamiento de la esquizofrenia
- Rehabilitación cognitiva
- Reinserción laboral y social
- Desarrollo de habilidades sociales
- Inserción en hogares protegidos
- Terapia ocupacional
- Mayor impacto en la rehabilitación
- Trabajo en equipo
- Interdisciplinariedad
- Equipos especializados

Anexo N° 5: Transcripción de entrevistas.

Entrevista a Liana Ortiz Wolf

En este periodo. ¿Cuáles han sido los tratamientos practicados para el abordaje de la esquizofrenia en el área de salud pública?

Gusto en conocerlas. Bueno, estos períodos que tú estás hablando aquí, del '50 al '73, yo te voy a decir, que un tratamiento psicológico a la esquizofrenia no se usaba ni se hablaba ni se consideraba (RPT) por ningún motivo, porque iban dándole al electroshock no más. Hasta que empezaron a usarse las drogas que los tranquilizaban y ahí se disminuyó la corriente del electroshock y por insulina-terapia (TE).

Nosotros llegamos al hospital psiquiátrico el '53, por ahí debe ser, o el '52. Entonces, llegamos con toda esa actitud incierta, insegura y si no saben mucho para qué servimos (PPF), cómo nos van a recibir, en qué estoy metida y la gente que también nos miraba y para qué habían estas niñas aquí, y éramos también mujeres jóvenes y decían, pero ¿qué van a saber? (PPF). Pero con el tiempo, empezamos a tener cierta influencia a través de los test, que era lo único que podíamos hacer, y un manejo de terapias así pero por simpatía, por comprensión, por abrir un poco los corazones, por prestarle oídos a las personas enfermas (RPTE).

Yo trabajé en el policlínico siempre, así que no estuve mucho contacto con los psicóticos, pero tuve una colega que sí trabajó dentro en los pabellones, a lo mejor que te habría podido ayudar, pero era más que nada ayudar al trabajo de hacer diagnósticos (RPTE), ¿para qué? Para hacerle electroshock y qué se yo. No progresaba mucho entonces.

¿Se trabajaba en equipo junto con...?

...junto con los psiquiatras (CEP), pero mira, a mí me tocó una vez, por ejemplo, una reunión clínica que presenté un informe en que mi diagnóstico psicológico no coincidía con el diagnóstico del entonces doctor, ¿cómo se llamaba?, que era jovencito, agresivo y dijo: 'Ven, no sirven para nada los psicólogos' (PPF), así de frentón, ... reunión clínica...pero por otro lado, otros psiquiatras como el doctor Roa, eran personas que eran profesores, te pedían exámenes, solicitaban ayuda así que empezó bastante consideración por el trabajo de los psicólogos (CEP). Y con el tiempo, terminamos siendo veinte sicólogos. Un servicio bastante grande, y se trabajaba en Avenida La Paz, el típico psiquiátrico, y así que estuvo como bien. Y algunos trabajábamos en el policlínico y yo me acuerdo la primera persona que llegó que sabía terapia, a trabajar, una psicóloga, fue Violeta Espinoza, que se especializaba en terapias sexuales..., si..., nada que ver tampoco con..., no sabíamos, sí realmente no sabíamos el manejo del... ni siquiera pensábamos que se pudiera manejar con terapia (EPTE).

¿Ustedes podían intervenir ahí también...?

...Nada, ni intervenir, ni hacer terapia con esquizofrénicos, con un ser lejano, ido, ya nada que ver con este mundo y, que había que encerrarlo, esa era la idea (TE)

Es justamente eso es lo que nos interesa, porque en realidad eso no se contrapone con los antecedentes que nosotros más o menos hemos estado recopilando porque tampoco hay antecedentes escritos, a lo más, te dicen, claro, los psicólogos solamente estaban centrados a lo que es el diagnóstico y algunos test psicológicos.

Claro, si eso era fundamentalmente, y como te digo, de repente, hacíamos un diagnóstico que a veces era un matatazo. Hacíamos un diagnóstico de esquizofrenia, ponle, se incluía grandes síntomas, y después, ahí, al tipo realmente de ahí se le venía la esquizofrenia florida. Nosotros lo habíamos anticipado. Y fuimos bastante

apreciados, además que éramos bastante trabajadores nosotros. En cambio, allá en el hospital la gente era bien floja. Los psiquiatras no iban nunca, el ambiente era así como dejado, así que estaba rico que hubiera psicólogos a quien decirles ‘oiga, vea’...

[corte en cinta]

Con relación a este mismo tema del tratamiento, yo creo que tampoco te puedo aportar. A ver, déjame leer lo que dice aquí... los roles que desempeñó...

Cuando tenía..., qué año yo..., fue por el '74, por ahí por el '70, el '69 posiblemente, la..., a ver..., ¿cómo fue la cosa?, La doctora Peláez y yo formamos un centro de adolescentes. Ella era endocrinóloga, se dio cuenta que los adolescentes tenían una medicina y una psicología distintas a la del adulto y el niño, y formamos, eso y ahí llegaron a hacer práctica los terapeutas ocupacionales, que es una profesión que todavía existe en el medio y han ido tomando bastante...

y ¿ahí formaron parte dentro de todo el equipo interdisciplinario? ¿No están fuera?

No, no están fuera. Y ahí llegaron al hospital y ahí empezaron ellos a hacer trabajo terapéutico con los esquizofrénicos, yo creo, en esa época. Pero yo directamente no, porque estaba en otra, era Jefe de Servicio y seguramente donde había psicólogos, en los adentros, en los pabellones, porque donde estaban hospitalizados, trabajaban estos tipos con psicólogos, estos terapeutas.

2)-De esos tratamientos mencionados, ¿cuáles considera usted que han tenido un mayor impacto en el mejoramiento de personas con diagnóstico de esquizofrenia?

Bueno, de partida, los medicamentos que aparecieron que fueron suprimiendo los electroshock, no los han suprimido totalmente, creo, hay casos en los que todavía son eficientes, y el dejar de hacer tratamientos ambulatorios. Y el tener el hospital abierto, porque parece que tenían también un hospital abierto, que el enfermo iba, trabajaba ahí, hacían algo y se iba.

3)- ¿Cuáles considera usted que has sido los avances observados en el tratamiento de la esquizofrenia relacionados con los aportes de la psicología como disciplina?

Bueno, ahí el '73, yo no viví nada de eso, pero supe que empezaron todos los...

...Pero ¿antes, cuando usted recién egresó?...

No, ni se pensaba. No sabíamos tampoco para qué servíamos, acuérdate, habíamos hecho práctica en el hospital psiquiátrico. Porque hacíamos cuatro prácticas: en el Hospital Psiquiátrico, en los colegios, en las cárceles y en una industria, algo así, en algo que tuviera con la psicología la necesidad; pero bien elemental era entonces todo.

Duraba cinco años la carrera. Las prácticas de tres meses cada una, así que pasábamos más de un año haciendo estas prácticas en distintas partes. Yo la hice en psicología infantil, en la clínica que formó el doctor Nassar, (el primero que formó una clínica infantil). Ahí hice mi práctica, las otras en las cárceles, en los colegios.

Pero, no, en ese sentido, realmente, no puedo mucho...

4)-¿Cuáles ha sido las necesidades surgidas en este periodo que posibilitan la inclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia?

Yo creo que fue más que nada, no se si fue, que si el psicólogo se fue metiendo en esto o que los psiquiatras percibieron la necesidad de... no sé como fue realmente. No sé, ¿qué opinión tienes tú?

Sí, de alguna manera, como dice Usted, que ellos comenzaron en el área de psicometría, fueron participando cada vez más en las reuniones clínicas y fueron viendo las capacidades que tenían los psicólogos. De alguna manera, fue como descentralizando el trabajo del psiquiatra. Porque el psiquiatra estaba, era como terapeuta, familiar, individual, hacía como todos los trabajos, entonces, debido a la demanda, también empezaron como a dividirse los trabajos.

Mucha terapia los del Hospital Psiquiátrico, no hacían terapia, porque, más que nada, eran muy pocos los que se interesaban, más que nada, la hacían , ¿sabes? en la clínica psiquiátrica, que estaban en la cuadra del pasillo de Matte, en la clínica de Matte en la Universidad de Chile. Ahí hacían terapia. Bueno, yo diría, yo creo. Ahí te podrías averiguar con las personas que trabajaron. Bueno, las necesidades, como yo te digo, yo creo que fue que le interesó a los psicólogos y que los psiquiatras también se pueden haber interesado en que algo había que hacer con toda esa población que crecía, enorme y que había que hacer algo. Si eran seres humanos también.

5)-¿Cuál ha sido el rol que ha desempeñado el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia en el período en el cual trabajó en el sistema público?

Te insisto, donde yo trabajé, desde el comienzo hasta el '73, no me tocó a mi verlo por lo menos.

6)- ¿En qué medida su labor como psicóloga se ve complementada con la labor del psiquiatra en el tratamiento de la esquizofrenia?

Bueno, ahí te lo conté. Que nosotros ayudábamos más que nada al diagnóstico...

... Sí, había una consideración. Y además, fíjate tú que el aspecto económico también influye. Éramos bien pocos psicólogos, bueno, luego se intensificó hasta que llegamos a los veinte. Entonces, no costaba nada conseguirnos aumentos de sueldo. Íbamos a regatearle a un viejo ahí a la dirección General, y como no influían en el presupuesto de la salud, el psicólogo no era más, teníamos un sueldo bastante bueno.

Mejor que todos los profesionales, que las enfermeras, que las matronas, sí, bastante bueno, poquito debajo de los médicos. No sé como estará ahora....

(.....)

Había una cosa así simpática, pero como te digo, fuera del pesado que de repente decía que los psicólogos no sirven pa' na'. No..., y muchos psiquiatras, en su consulta particular, pedían exámenes psicológicos (IPTE). A la Teresa, que trabajaba con el doctor Beca, le pedían mucho, muchos exámenes.

(.....)

Y para ella era re-importante tener un buen diagnóstico para ver qué le daba, qué hacía con el paciente, cómo orientarlo.

7)- En su ejercicio profesional, ¿cuáles son las limitaciones a las cuales se ve expuesto el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia?

En la época mía, era la ignorancia (PPF). No sabíamos, para nosotros el esquizofrénico era un ser ya rematado, que como que no se podía hacer nada con él, fuera de hacerle electroshock y encerrarlo y pasarlo a demencial, etc, etc.

(...)

8)- ¿Cuáles son las debilidades, en cuanto formación, que ha su juicio afectan a los psicólogos en su desempeño profesional en el tratamiento de la esquizofrenia?

Bueno, ahora no tengo idea. En aquella época sabíamos que la esquizofrenia era una enfermedad irremediable, irreductible, incurable. Entonces, qué íbamos a pensar que los psicólogos podíamos hacer algo para nada. Bueno, lo que yo te puedo agregar, difícil, porque viví en una etapa bastante negra de la historia esquizofrénica y de su tratamiento. De la psicoterapia, que nosotros mismos no teníamos formación de ningún tipo en la universidad (PPF), no teníamos la psicoterapia, no enseñaban psicoanálisis, ponte tú, pero después hacíamos cursos con colegas que ya se habían

informado, pasando por todas las terapias, tipos de terapias, hasta llegar a las humanistas, las transpersonales, también, pero formándonos ya en el colegio de psicólogos (PPF). Ahí teníamos grupos clínicos, grupos de distintas especialidades, y ahí hacíamos trabajos, hacíamos terapias, hacíamos grupos.

(...)

Sobre su experiencia de estudio personal, la entrevistada plantea que:

...Los chiquillos, era como el primer año en el Pedagógico era bien al lote. Y después, como te digo, nuestros profesores eran...qué...este doctor Nassar, que fue el que formó un poco el curso 'Higiene Mental'. Teníamos un curso que se llamaba 'higiene mental'. Incluía psiquiatría, psiquiatría infantil, todo lo que tuviera que ver un poco con la parte patologías siquiátricas. No se atrevían a ponerle parece Psiquiatría. Pero teníamos un curso de psiquiatría con siquiátras dentro de este curso. Teníamos Anatomía, Fisiología con médicos.

(...) ... hacíamos la práctica en los colegios, nos entregaban casos, que eran psicológicos, en el fondo, no eran patológicos, casos difíciles que habían en los colegios...

(...) ... Después tenemos un profesor re-malo, este asunto de la psicología criminalística, todo eso, que a mí no me interesaba, ¿qué sería ese? detective. No creo. Profesores, que seguramente, hacían clases en la Escuela de Detectives también. En psicología educacional, ¿quién era? Ni me acuerdo. ¡Qué me voy a acordar hace cincuenta y tantos años!

(...)

Pero te voy a decir que era bueno el currículum de la escuela dentro de todo, pero, sin terapia, ¿no? El psicoanálisis había de partida, que lo hacía Díaz Casanueva, un escritor. Imagínate, un escritor...!!, pero sabía, sabía hartito. ¿Qué otro ramo? Bueno, la formación fue así tres años y medio de clase no más y un año y medio de práctica.

(...) Teníamos que hacer una tesis y el examen de grado sobre la tesis. Yo me acuerdo que mi trabajo lo hice con el Doctor Nassar en la Clínica Psiquiátrica Infantil, y se llamaba: “La labor de un psicólogo en una clínica de higiene mental ambulante”. Entonces, se trataba que se formaba una clínica, un equipo, un equipo de higiene mental ambulante que era un psiquiatra, un psicólogo y una asistente social. Entonces, entre los tres se iban a una escuela, se tomaban las quejas que habían de los alumnos y se trataban. Interesante. Nunca lo hice después. Bueno, porque trabajaba para la clínica y ahí nos mandaban los casos. Y eso fue el examen de grado, no muy brillante me imagino, pero al menos me recibí y ahí, pero al poco tiempo y empecé a trabajar en el hospital. Y en la creación del cargo fue absolutamente circunstancial, porque como yo me había casado con este psiquiatra, que era amigo de la directora del hospital, que la directora del hospital era pariente de la Teresa Cousiño y entonces, nos nombraron a las dos y a otros psicólogos más.

Así, empezamos a hacer carrera. Así como ayudita con manito de Dios, digamos, las cosas fijadas como por el destino, porque ellos no sabían por qué podían crear un par de psicólogos, los crearon por estas otras circunstancias.

De ahí estuve todo el tiempo trabajando hasta el '74, en que me aburrí, porque se puso muy loco el ambiente y además, decidimos cinco psicólogas independizarnos y formamos un instituto de psicología, súper bien organizado. Éramos cinco, fíjate tú, arrendamos un departamento, hicimos convenios con todas las cajas, las cosas y propaganda, y resulta que pusieron tantas reglas, había una psicóloga que ponía tanta regla a todo, que al final no resultó.

Por ejemplo, yo un día viernes, que te querías ir a la playa, no trabajar, quería cambiar la hora para el jueves, y la jefa decía: ‘No, no se puede’. Entonces, al final, eso fue creando tensiones, puras neurosis de los psicólogos, y nos deshicimos. Se acabó la historia.

(...)

¿Cuál era la percepción que se tenía de los psicólogos en ese tiempo?

Bien, yo diría que sí. Y tienen un buen status. Y no es por creerse uno, pero nosotros fuimos abriendo un buen camino a pesar que nuestra formación, era media deficientona a lo mejor (PPF), dentro de lo poco que sabíamos lo hicimos bien, porque era una, sí pues, era gente de cierta calidad, no éramos tontos los que estábamos ahí, a pesar que no nos hicieron mayor examen de selección, y yo tuve un puntaje bien bajo a bachillerato en esa época. Así que ni siquiera hubo una selección de ese tipo y eran gratis las universidades, además. Pero después la sacaron del Pedagógico la escuela de psicología, de la Chile, al poco tiempo formaron en la Católica, el padre Larraín, era el cura, era el director, que sabía harto parece, fíjate, varias amigas mías que estudiaron en esos primeros cursos, les exigían harto también. Se demoraban harto en darles el título, las hacían trabajar, que cumplieran más añitos, para que maduraran, sí. Eran bien exigentes, y después ya, cuando empezaron las universidades particulares estas, ¿en qué año sería?

Fue en el '80. En el tiempo de la dictadura como un método de alternativa dentro de las tradicionales; en el '84, por ahí.

Fíjate tú, que divertido, la dictadura abriendo la cosa, al revés. Al revés, de lo rentable.

(...)

9)-Voy a hacer una última pregunta... ¿De acuerdo a su experiencia profesional, ¿desea agregar alguna idea, o comentario, a esta investigación?

Fuera de que la encuentro interesante, porque es una profesión interesante la nuestra, no es cierto, nueva, con una evolución muy rápida en muy poco tiempo, porque si tú comparas el trabajo o lo que estudia el psicólogo ahora con lo que hicimos nosotros, lo que éramos nosotros, yo creo que tendría que estudiar de nuevo para ser psicóloga.

En psicología, yo tengo colegas de edad que son súper eficientes, la psicología organizacional sobre todo, le ha ido muy bien, en las terapias, habría que estudiar absolutamente de nuevo, porque si yo hice alguna terapia alguna vez, era más que nada por el apoyo, la cosa más humana, en ese sentido, pero no tanto como usar una técnica, ahora, yo creo, son pocos los que usan una sola técnica de tratamiento. Incluso los psicoanalistas tienen su cosa, de repente, más adaptable.

Por eso, la labor del psicólogo tiene que ser como para acompañar, para que no se desbande la cosa, como contener cuando la cosa está muy desconvenida; pero acompañar en la crisis y que sean crisis de crecimiento, y no de puro sufrimiento, de aguantarse, de no encontrarle sentido a la vida.

¿Ese sería el rol fundamental del psicólogo?

Yo encuentro, yo sí. Pero hay que ser psicólogo y además, maduro. Yo siempre pienso y comento con mis colegas. Cuando uno estaba recién recibida, lo único que quería era cambiarle la vida al paciente,..., tiene tal problema, no pero usted tiene que hacer esto, tiene que hacer esto otro.

Ahora, nos reímos. Nada que ver. Si las cosas tienen que pasarle, hay que dejar que la persona viva lo que tiene que vivir.

(...)

Hay que pasarle a la persona. Que crezca, por qué le pasa, que entienda lo que le pasa, que es una experiencia que le puede pasar después, que el sufrimiento está bien, que es bueno que está sufriendo, porque algo le está pasando entonces,..., y no achacarlo con pastillas como hacen los psiquiatras. O qué se yo, sino que acepten la vida. Que viva la vida como les venga. Difícil es, pero con el tiempo, difícil es no meterse, cuando tú tienes una profesión y un título, es como difícil no tratar de manejar. Pero eso de has esto, has lo otro, uh, yo lo encuentro fatal. Que uno se empieza a meter en la vida de uno o del otro...[corte en cinta]

Una especialidad bonita, en estos días, en este tiempo, yo pienso, es en los Tribunales de Familia. Eso debe ser muy bonito, un trabajo con niños, con salud mental, con manejos sociales.

(...)

Entrevista a Arturo Jirón Vargas

1.- ¿Quiénes son las personas u organismos encargados de la salud mental en Chile en el periodo en el cual usted se desempeñó como Ministro de Salud?

En el tiempo que yo estuve en el ministerio, nos dedicamos a visitar una serie de clínicas psiquiátricas que aparecían en la guía telefónica (OSM), que aparentemente tenían una gran clientela, y efectivamente cada una de estas clínicas de distintas localizaciones elecciones dentro de Santiago, incluso algunos afuera del radio del gran Santiago...hee... siempre estaban llenas con pacientes que los familiares los iban a dejar y generalmente los abandonaban (PSM). Ahora las condiciones de vida de esas gente era realmente terrible..., algunas tuvimos que clausurarlas por razones de salubridad elemental (PSM), de todas maneras en ese periodo..., yo..., no alcanzamos a avanzar muchísimo...no... pero..., pudimos hacer buenos diagnósticos de la situación de salud mental en aquella parte de Chile, ahora dentro de todo esto, por supuesto la medicina hay una parte de negocio que es terrible.....no..., hay que financiar, y entonces para financiar hay que reducir los costos (OSM), ...no..., y a veces las condiciones son realmente alarmantes, deplorables y lo mismo que sucede con los asilos de ancianos, son cosas terribles...,

El director de la unidad de salud mental en este tiempo era el psiquiatra Mario Fliman. (OSM)

El entrevistado no recuerda los nombres de otros encargados y refiere que el tema de la salud mental estaba cobrando fuerza y ellos impulsan la salud mental en Chile pero no recuerda como fue. Refiere también que el Dr. Mario Fliman trabajaba en el Plan de Salud Mental pero no alcanzó a concretarlo (OSM) y la información no fue posible rescatarla.

2.- ¿Cuáles eran las prioridades de la Salud Mental en Chile, en el periodo en el cual usted fue Ministro de Salud?

Bueno eso fue en el año setenta y dos, setenta y tres, en ese momento las prioridades de salud mental estaban orientadas fundamentalmente a la prevención y tratamiento del alcoholismo (PSM), fundamentalmente, teníamos en cada servicio de salud, teníamos un departamento de tratamiento del alcoholismo y había gente muy destacada, no..., en el sector...he..., y en este sector, sector occidente había un médico con mucha experiencia que tenía un departamento de alcoholismo y en otras áreas también, o sea fue una cosa bastante prioritaria y además empezamos a preocuparnos de las adicciones, fundamentalmente de la marihuana que era en ese momento el consumo de drogas que se conocía (PSM), la marihuana había penetrado de forma preocupante a los colegios, a la educación secundaria y empezamos la investigación de eso y teníamos algunos expertos en... que trabajaban en psiquiatría y toxicología dedicados al estudio de la marihuana (PSM) y otras adicciones... también empezamos, empezamos ...hee..., las campañas de..., para en contra de, de los fumadores (PSM), de otras adicciones en ese momento empezamos también, preocupación que viene de antes, a preocuparnos de algunas enfermedades mentales del adulto mayor (PSM) y de la situación de menoscabo y a veces de miseria en que terminaba mucha de esta gente que no tenía mayores recursos económicos (PSM), yo diría que eso era el panorama en ese momento.

3.- ¿Cómo se organizaba se organizaba la Salud Mental en Chile, en la época que usted fue Ministro?

Esa fue la pregunta que no le pude contestar bien, no me acuerdo, yo le dije que, de eso, lo que recuerdo de ese momento es que quien dirigía el programa de Salud Mental era un distinguido psiquiatra, profesor de psiquiatría el Doctor Mario Fliman, no que, compañero mío de colegio, de universidad, de salidas..., de todo, amigo, hermano que falleció hacia algunos años. Mario dirigió el programa, yo no se realmente, no me recuerdo como se organizó en ese momento, teníamos departamentos en, en todas, a través de todo Chile, no, pero la organización misma no me recuerdo como era.

4)- En este periodo en el que usted fue ministro ¿Los profesionales psicólogos cumplen rol específico en el ámbito de la salud mental en general y en el tratamiento de la esquizofrenia en particular?

Mire, yo pienso que, que no, por que creo que la especialidad de psicólogo era muy nueva (EPTE), yo no sé en que año empezó, debe haber empezado en los años cincuenta...

El cincuenta y dos en la Universidad de Chile...

El cincuenta y dos, no, entonces tenía pocos años de desarrollo, de tal manera que el psicólogo no se incorporaba en masa todavía (EPTE) en los equipos de salud, de tal manera que yo pienso y puede que me equivoque pero pienso que es probable que no hayan habido psicólogos en forma masiva dentro del sistema de salud.

5.- De acuerdo con su experiencia ¿Cuáles son los argumentos que inciden en la inclusión o exclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia?

Bueno, si no me equivoco, yo le decía que me recordaba de que un psiquiatra chileno que trabajó en estados unidos, muchos años, a quien conocí personalmente Otto Kemberg, yo creo que fue muy importante en la concepción fundamental del tratamiento de la esquizofrenia.

Otto Kemberg yo creo y usted me corrige si me equivoco, yo creo que él fue de los que empezó a insistir que los tratamientos tradicionales que se usaban para la esquizofrenia estaban equivocados, de que el tratamiento a base de los psicólogos y la psicología y la terapia psicológica era fundamental (IPTE), no, creo que ese fue un momento clave en .., puede que me equivoque pero esa es la concepción que yo tengo, que fue muy importante Otto Kemberg, yo no sé cual fue la trascendencia de Otto fuera.., pero aquí en Chile creo que él, el fue el que abrió las puertas.

6.- En la época en que usted era Ministro, ¿Cuáles eran los tratamientos que se aplicaban a los esquizofrénicos?

Claro, Usted me está haciendo preguntas como que yo fuera psiquiatra y no soy psiquiatra pero mas o menos me puedo batir, pues uno mas o menos con los años se aprende a defender.

Yo diría que en ese momento el tratamiento era bastante primitivo y lo que se usaba eran terapias muy agresivas, el electro shok, se usaba el shok insulínico, y la otra cosa que se empezó a usar en ese momento era la Clorpromazina (TE), que se uso bastante, y otra droga no me acuerda. Yo creo que fundamentalmente era eso, era bastante brutal, para mi ver electro shok fue una cosa bastante impresionante cuando los vi en el hospital psiquiátrico, era realmente impresionante quedaban muy mal, ahora eso debe producir mortandad de neuronas impresionantes...

¿Cuál era la concepción que había de la salud mental en la época que usted era Ministro?.

Nosotros fuimos los continuadores de una tradición de políticas de salud que venía hace muchos años, nosotros no somos los inventores, pero fuimos consecuentes y además trazamos algunas líneas importantes, nuevas. En ese momento el programa que predominaba era el materno infantil y otros programas, pero lo fundamental era lo materno infantil y empezamos a preocuparnos por la salud mental (OSM). ¿Cómo en un país que es tan conflictivo?, decíamos, y estábamos en conflicto, ¿nadie sufre?, ¿nadie tiene problemas mentales?, ¿no hay depresiones?, ¡tiene que haber! pues. Me acuerdo que Mario estaba delineado un gran programa para ampliar el ..., de salud mental que probablemente existe hoy día hacia todas las áreas de salud. Se había iniciado una gran preocupación, ya la psiquiatría y la psicología ya no era concebida como algo de consultorio, nada más, sino que la psiquiatría y la psicología tenía que salir fuera, e incorporarse a las áreas..., el problema que significaba como problema de salud social...

¿Qué importancia ve en el rol del psicólogos en el trabajo de la esquizofrenia?

La importancia yo creo es fundamental, es decir, como tener un pueblo más sano, no más conforme, sino más sano. La sanidad no significa tranquilidad, pero yo creo que en un equipo de salud yo no concibo, que se conciba nada más desde el médico, es decir, médico, enfermera, psicólogo, ingeniero industriales, bueno de todo, auxiliares, empleados del servicio, etc. Ese es un equipo. Los psicólogos cumplen un rol tan importante como el médico, cada uno desde su especialidad. Realmente su especialidad es muy importante, es muy extraordinaria.

Entrevista Teresa Huneus

¿Trabajó Usted en el sistema público?

Sí, en el año 68, primero estuve en el 77, recién titulada en el Hospital Salvador y ahí nos ofrecieron la posibilidad de irnos al psiquiátrico y yo me fui al hospital psiquiátrico, estuve desde el 78, tres años, hasta el 81.... nunca yo sé bien los años pero mas o menos y participe en la organización del nuevo hospital diurno que se hizo ahí en ese momento, que lo dirigía el doctor Patricio Abrigo y estaba yo, estaba Cristian Barría, habían varias terapeutas ocupacionales y estuve tres años ahí yo y lo organizamos como comunidad terapéutica fue súper bonito por que a pesar que era en plena dictadura pudimos hacer lo que quisimos por que en ese momento el hospital lo dirigía el Doctor Rafael Parada, entonces lo organizamos como comunidad terapéutica (TE) hacíamos terapia de grupo (TE), hacíamos gimnasia,(TE) de todo con los pacientes, de todo con los pacientes, todo lo que nosotros queríamos hacer digamos, nadie nos molestó ni nada, pero igual era un poco contradictorio estar en un hospital psiquiátrico, en plena dictadura, igual no se podía hacer con los pacientes, una comunidad terapéutica un poquito antipsiquiatría digamos en ese momento, eso así que yo de ahí con gran parte del equipo nos fuimos y formamos otra comunidad terapéutica privada que se llamó Melinca, pero eso ya no forma parte en lo que yo estuve, eso ya no era servicio de salud, pero despuésDisculpe, disculpe y en relación con los médicos ¿Qué tipo específico de tratamiento realizaba ahí tanto los psicólogos, los médicos?

Bueno, en el hospital psiquiátrico el típico tratamiento, lo de siempre, pero nosotros hacíamos, como te digo, grupo terapéutico (TE), hacíamos asambleas comunitaria,(TE) hacíamos psicocalistenia que es una gimnasia,(TE) no sé si ustedes la ubican, es una gimnasia que era del Instituto Arica pero yo la conocía yo estaba en el Instituto Arica, entonces hacíamos cosas bastante diferentes a las que se hacían en el hospital psiquiátrico pero los médicos hacían su terapia de siempre digamos,

terapia de dar medicamentos (TE), medicamentosa, a lo cual yo no me opongo, está muy bien que se le den medicamentos a las personas que tienen psicosis, es necesario, eso en general los psicólogos no lo saben. Los médicos también hacían como también terapia de grupo, el Doctor Patricio Olivo era mas bien como que administraba la cosa práctica, pero también tenía consulta ahí con los pacientes, participaba en la asamblea comunitaria y como contarles una cosa anecdótica, una vez hacía arto frío y era había un lugar bien grande por que esto se construyó mientras nosotros estábamos calificándolo, entonces pudimos pedir algunas cosas como pa' los baños, ciertos espacios, entonces un día habíamos terminado la psicocalistenia, estábamos todos a pata pela, el director del hospital, todos, a pata pela' y con nuestros delantales puestos por que en dictadura era reglamentario, era obligatorio ponerse delantal blanco por lo que yo no soy partidaria y pero teníamos que usarlos y estábamos jugando al pillarse, ya te había dicho que todos, los médicos, los pacientes los psicólogos los terapeutas y de repente llegó el director del hospital, Rafael con un montón de gente del Gobierno, Militar y nosotros corrimos a ponernos los zapatos, sobretodo los médicos y un señor preguntaba ... y... ¿esto es terapéutico? habían doctores y una comitiva enorme y todos corriendo y el doctor Parada mostrándoles como chochera el hospital diurno, pero eso como te dogo duró tres años ya poco que nosotros nos fuimos de ahí ya el hospital lo cambiaron, eso se transformó en el SOME, el hospital lo cambiaron y lo metieron a un como a un subterráneo y es más, lo pusieron psicoanalítico, otra forma, cambió totalmente, bueno, pero después yo estuve trabajando muchos años financiada por el Ministerio de Salud, me metí a través de los Italianos, que ellos financiaban ciertos trabajos que se hacían en poblaciones durante la dictadura todavía entonces y... yo ahí me metí en un grupo que trabajaba en la parroquia de Peñalolén, entonces y ahí se hacían diversas cosas, éramos un grupo de dieciocho personas, bueno y en ese grupo los convencí a unos cuantos que hiciéramos una comunidad terapéutica ahí Peñalolén que era lo que yo quería hacer por que ya no quería más en Hospital ni menos en esas circunstancias y un grupo de ahí formamos un equipo con un médico con varios terapeutas ocupacionales, conmigo, era pequeño el grupo como siete personas, ocho y formamos un equipo que empezó a trabajar con los pacientes ahí

mismo en la Parroquia, teníamos una bolsa con las cosas por que allí se robaban todo, un sector muy pobre (.....)

¿Cuales considera Usted que son los avances que se pueden observar en el tratamiento de la esquizofrenia que se relacionan directamente con los aportes de la psicología como disciplina?

A ver, que se relacionan directamente con la psicología, es que la verdad es que la psicología pa' mí es muy amplia, o sea, la actitud del terapeuta (RPTE) es fundamental. Así que yo no puedo decir, específicamente relacionado con la psicología, los avances, yo creo que es muy total la cosa, la cosa es que hacen terapia de familia, pá mí es mucho más importante avances que tiene que ver por ejemplo las asambleas comunitarias generalmente son los pacientes los que son presidentes de la asamblea.

Es como lo que hacia Basaglia....,

Justamente, Basaglia y con Maxwel Jons y eso yo considero que es importante darles como el poder, que ellos puedan responder, puedan dirigir, eso yo considero relacionado con la psicología. Yo considero que eso es psicología, si tu miras o no miras a un paciente a los ojos tu estas sabiendo cuan paranoico está, si está muy paranoico tu no lo puedes mirar a los ojos, así que yo haya aplicado un método terapéutico, yo soy gestáltica entonces yo aplico el estar en el presente, estar en el presente, el estar en el aquí y ahora el aceptar al paciente incondicionalmente,(RPTE) que no es fácil en personas que tienen esquizofrenia, el tocar y ser tocado por ellos, pero con aceptación, no con un esfuerzo (ADPS) o tapándose las narices, no. Uno no se puede restringir a las teorías, solo confiar. La teoría que yo tengo respecto de la esquizofrenia es muy evolucionada, también es bastante sencilla que es la teoría de la vulnerabilidad y esta teoría está funcionando mundialmente aunque todavía hay tanto prejuicio, la gente dice, no es esquizofrénico y fregó pa' siempre, no, no es así un

cincuenta por ciento tiene una gran recuperabilidad y eso ¿yo no sé si ustedes lo consideran psicológico?, te fijas.

También la cosa de la expresividad emocional, eso es psicológico, de que si los padres son E.E, que le pone este hombre, son familias de alta expresividad emocional, de la permanencia, mantención y recaídas. En casa y hogares que tienen los padres de alta expresividad emocional, recaen un, muchísimas veces, no me acuerdo la cifra, mas que los que viven en ambientes relajados, entonces eso yo creo que es psicológico, ahora cuando yo hago todo esto no estoy pensando en lo que estudié pero igual sirve, sobretodo sirve pa' expresar, después tu vas haciendo tu propia psicología y filosofía, no se si te respondo.

Y en el periodo en que usted comenzó a trabajar con pacientes con esquizofrenia ¿qué es lo que posibilitó la inclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia? Por ejemplo en el periodo en que usted trabajó en el hospital.

Claro, yo me rehusé a que me utilizaran para aplicar pruebas psicológicas que era para lo cual los psicólogos estaban en ese momento(RPTE), bueno yo estuve en el psiquiátrico, tenía muy claro lo que quería o no quería hacer, entonces y tenía muy claro que yo no aceptaba como trataban a las personas con esquizofrenia en el hospital entonces al tiro yo empecé a cambiar las cosas a tratar de cambiar, entonces es como una decisión propia una motivación propia, entonces cuál era la pregunta exactamente...

¿Cómo se fue incluyendo el rol del psicólogo en el tratamiento?

Claro así no mas, haciéndolo, haciéndose(RPTE), yo soy muy amiga del Pato Olivo ponte tú que era el doctor ahí entonces yo lo convencí a él que era el doctor y hacía las cosas y todo hacíamos, nos poníamos de acuerdo que esto era lo que había que hacer como teniendo claras las ideas de uno de lo que quiere hacer, hace lo que quiere, ahora que a mí nunca los psiquiatras me han tomado mucho en cuenta, así como que, por ejemplo los psiquiatras nunca lo ha comentado.

Cuando yo empecé los psicólogos no podíamos hacer psicoterapia siquiera con la gente sana digamos como los neuróticos menos con los psicóticos, (PPF), imagínate Claro era exclusividad psiquiátrica, claro total y todavía lo es tal (PPF) y los psicólogos no se meten, claro por que es exclusiva en ese sentido pero si tu te metes y lo haces, bueno yo nunca he medicado a pacientes psicóticos, siempre medico y también si yo tengo a un psicótico aquí yo también lo envío a un médico para que, es que nosotros no tenemos derecho a medicar a un paciente pero tenemos que saber.

El Aldol, la Clorpromazina, esos remedios eran fatídicos, (TE) pero los de ahora, tienen mucho menos efectos.

Cuando usted estaba en el sistema público, en el hospital psiquiátrico, nos dijo que estaba prohibido hacer terapia individual.

Bueno no ahí no era ahí que estaba prohibido sino que en general en ese tiempo, yo era directora del colegio de psicólogos y me acuerdo que tuvimos que pelearla mucho para que nos aceptaran que oficialmente hiciéramos terapia individual, (OSM) de hecho en el hospital no sé si de hecho los psicólogos hacían terapia individual, yo hacía terapia de grupo y muchas veces hubieron médicos jóvenes formándose en terapia de grupo conmigo, en terapia de grupo con psicóticos (TE) conmigo cosa que después nunca nadie ha dicho nada de eso pero muchas veces.

¿Y en ese tiempo, el rol fundamental que cumplía el psicólogo era la psicometría?

Eso es lo mas que hacían allá, las psicólogas porque eran casi todas mujeres. (RPTE)

En el ejercicio profesional, remontándonos un poco al tiempo en que usted trabajó en el hospital psiquiátrico ¿Cuáles son las limitaciones a las cuales se veía expuesto el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia?

Las limitaciones para el psicólogo, bueno mira una de las limitaciones prácticas que es una de las razones por las cuales yo me salí, de repente llegó un reglamento que

salió de no se donde que obligaba que todos los psicólogos teníamos que estar ocho horas diarias, lo que encuentro que es asqueroso y marcar tarjeta, los médicos no tenían esa obligación, podían estar la mitad y antes yo estaba siempre media jornada, yo tenía seis hijos y además yo me ganaba la vida con la psicología, no con el hospital yo nunca me he ganado la vida con el hospital, entonces necesitaba tiempo, alege, pelie, rogué, escribí.

También, por ejemplo, en realidad las cosas se hacían un poco cómoda, como yo pensaba que se podían hacer, pero siempre el médico en estas cosas, nosotros los Psicólogos hemos estado sometidas a los médicos de forma y no de fondo, (PPF), yo te diría, en el hospital psiquiátrico desde luego sometidas a los médicos por lo menos en la forma y claro y tampoco no había mucho reconocimiento ni de la comunidad terapéutica,(PPF), ni de yo creo que el hospital diurno fue una gran cosa en el hospital psiquiátrico, pero nadie reconoció mucho, entonces como que no ven las cosas cuando no son hechas por los médicos,(PPF), los médicos no las ven y ellos tienen el poder de las decisiones, todo.

Yo sostengo, en mi libro, está en la introducción, yo sostengo que según como es la actitud y el tratamiento que tenga la esquizofrenia es la gravedad de la enfermedad, (RPTE) es como medio mágico eso pero es la profecía auto cumplida, si los ven como tan, tan, tan grave, tan terrible y tan insoluble, no se van a mejorar nunca por que los van a tratar de esa manera.

¿Cuales son las debilidades, en cuanto a formación del psicólogo que ha su juicio afectan el desempeño profesional del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia?

Bueno, aquí me estás hablando de un tema muy general por que ahora hay como veinte mil universidades y todas, yo soy profesora, yo tengo la impresión que tienen muy poca formación en psicoterapia (PPF)los, tampoco tuvimos nosotros hace mucho tiempo. Poca formación clínica yo creo tienen los psicólogos para meterse con

enfermedades. Mucho prejuicio al medicamento por ejemplo de que las enfermedades no son enfermedades (PPF), y son, poca formación en ese sentido y en general te digo por que es muy poco lo que uno puede saber de lo que pasa en todas las universidades pero yo tengo la impresión que los psicólogos no salen preparados para hacer terapia ni siquiera a las personas sanas, los neuróticos menos a los psicóticos por que les falta mas práctica, les falta mas especialidad y tal vez poca formación, (PPF), por que toda la formación en psiquiatría es hecha por los médicos entonces se la hacen a los psicólogos como diciendo ustedes tienen que saber esto pero ustedes no se van a meter en esto, nadie me ha pedido a mi, yo estoy en la SEK, nunca me han pedido a mí que yo haga clases de psiquiatría de lo que es la esquizofrenia y como se trata, te fijas, no se les ocurre a los psicólogos esa cosa.

La formación debiera ser hecha por psicólogos, para que ustedes vean que ustedes también pueden identificarse con esa persona que está en eso(RPTE), pero no entonces se los plantean como que eso es campo médico, se fijan.

¿En qué medida su labor como psicóloga se ve complementada con la labor del profesional médico?

Sí, por lo menos en la comunidad terapéutica yo siempre intenté tener un psiquiatra ahí, (CEP), y tuve todo el tiempo pero ahora como que yo me salí, como el sistema de salud proporciona médicos a los hospitales y todos están tratando de atenerse a eso, yo no era partidaria de eso yo creía que el psiquiatra tenía que estar en la comunidad ir a la comunidad, estar ahí y verlos ahí,(CEP), era tan distinto lo que nosotros le entregábamos a los pacientes que lo que le dicen los psiquiatras del sistema de salud que se producía ahí una contradicción ahí, así que nunca me resulto demasiado, no había continuidad.

...¿Y a qué se debía esta dificultad en el trabajo complementario psicólogo psiquiatra?

El hecho de que esto no era muy, es como el trabajo de la trinchera, estábamos ahí con las manos en la masa, en un sector de extrema pobreza, no habían reuniones clínicas con mucha gente, nosotros éramos un grupo chiquitito, siempre éramos casi puras mujeres, era como poco glamoroso, poco ascendente como carrera, se iban a partes que les convenía más.

Ha habido complementación pero poca,(CEP) muchas veces mandaba paciente y se quedaban con ellos.

De acuerdo a su experiencia profesional desea agregar alguna idea o comentario a nuestra investigación?

A que no se como es la investigación.

La evolución del rol del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia.

A mi me gustaría mucho que los psicólogo se metieran más en esto, yo creo que tienen que tener una mirada distinta, yo he visto fíjate, yo he estado en los países nórdicos, yo he viajado harto yo he visto que los psicólogos son directores de hospitales diurnos, de todo tipo de organizaciones con pacientes psicóticos, aunque ellos no den la medicamentación,(CEP) pueden ser directores pueden tomar un rol mas directivo, mas importante eso depende también de que el médico te dé un huequito, pero aquí por ejemplo para ser la directora de la comunidad, bueno el hueco me lo hice yo misma nadie me dijo usted tiene que ser, mas encima yo estaba con un médico que había sido profesor mío en la universidad, que después falleció que aceptaba eso, estaba totalmente de acuerdo por que sabía que yo tenía las ideas mas claras de cómo tenía que ser esto, a pesar que sabía mucha psiquiatría pero hay pocos médicos que te aceptan eso, o sea uno tiene que estar muy decidida a realizar lo que quiera lograr.

Se puede hacer, pero hay que estar decidido a un sacrificio, es muy distinto trabajar con pacientes psicóticos y en el sistema de salud y todo eso que estar sentadita en la consulta, no es fácil, no es fácil y dirigir es difícil por que ponte tú, para que te

paguen y todo ese sistema y el sistema de salud hay que tener mucha paciencia, mucha perseverancia y mucha convicción de lo que tu estas haciendo vale la pena, eso, eso es lo importante.

¿Cómo definiría usted el rol del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia?

Bueno, como ustedes han visto yo creo que el psicólogo puede hacer todo en el tratamiento de la esquizofrenia, puede hacer desde terapia grupal, terapia individual hasta organizar un centro, (RPTE) yo creo que en el tratamiento de la esquizofrenia, fíjate, no creo mucho en la terapia individual, no creo que sirva yo creo que sirve mas la terapia de grupo que la individual, (TE), en la terapia de grupo ellos se contactan entre ellos, ven los problemas del grupo se les produce empatía, se les produce el ver que todos tienen los mismos problemas, que todos los pacientes tienen los mismos problemas, sería interesante que ustedes pudieran ver, examinen un poco esa terapia que les mencioné, así que yo veo que psicólogos puede hacer cualquier cosa con los esquizofrénicos. (RPTE)

Tiene que poner una visión diferente a la de los médicos, no la misma, tiene que poner una visión más integral, ver al enfermo en su totalidad, (PPF), aportarle cosas como de la vida del pacientes, por que los esquizofrénicos no se benefician mucho de una terapia individual una vez por semana, yo ocasionalmente hago eso pero no es lo que me gusta hacer, lo que me gusta hacer es proporcionarle algo, por eso tienen que organizarle cosas al paciente, meterse en instituciones u organizar oportunidades pal´ paciente de estar en grupos, actividades en trabajo, volverlos al trabajo, por eso el psicólogo no funcionar solo con el paciente psicótico sino que en equipos, en otros países hay un equipo que está al alcance del teléfono las veinticuatro horas, entonces el equipo va, se controla que el paciente esté tomándose los medicamento, esté viviendo bien, que esté comiendo bien, que esté trabajando, que este cumpliendo sus compromisos, que esté en interacción social, no necesariamente va él a una El psicólogo institución todos los días, seguimiento, eso es, tiene que crear nuevas formas de terapia que están en otras partes haciéndose y lo hacen los psicólogos, tiene que ampliar un poco su campo.

Entrevista Francisco Breull

En este periodo en que usted me dice que trabajó con pacientes crónicos, ¿cuáles han sido los tratamientos practicados para el abordaje de la esquizofrenia en el área de la Salud Pública?

Los tratamientos abordados... tú me dices, ¿con pacientes crónicos o con pacientes esquizofrénicos en general?

Esquizofrénicos en general.

Ah, ya. Bueno, para los pacientes esquizofrénicos que están todavía con sus primeros brotes, en las primeras crisis psicóticas, aquí el tratamiento, bueno, ofrecía hospitalización, durante los períodos de crisis, en sectores de agudos,(TE) donde se les hacía todo el estudio necesario para establecer bien el diagnóstico, lo que también incluía evaluación psicológica,(RPT) pero habitualmente se esperaba para hacer el estudio más estructural de personalidad (RPTE);que salieran de la fase psicótica, ¿no?, del período más agudo. Bueno, el tratamiento farmacológico siempre como, como el pilar, como más fundamental.(TE) Cuando proléptico de coreales o proléptico de depósito y eventualmente si era necesario, si habían síntomas depresivos importantes, agregados de el uso, ...ruido en cinta... el uso era controvertido de antidepresivos; se suponía que podía como hacer florecer la sintomatología psicótica,(TE) pero en eso se ha visto que es relativo. En algunos casos es importante poner antidepresivos, ansiolíticos. Mantener el apoyo a la familia, con psicoeducación, con información acerca de las enfermedad, (TE) del manejo más conveniente a nivel familiar, en la casa, la necesidad de hacer el tratamiento también de rehabilitación, con apoyo de terapeutas ocupacionales (TE)...

¿Esta es rehabilitación, como laboral, de inserción laboral?

En algunos casos tratar de fomentar la reinserción laboral o la inserción laboral, o el poder integrarse nuevamente a estudios que han quedado suspendidos, eso es en el

mejor de los casos. Y si la evolución ya se va haciendo crónica, poder insertarlos en talleres de rehabilitación para pacientes crónicos: en talleres protegidos, integralmente, si se han producido mucho desarraigo a nivel familiar y, pacientes han pasado largos períodos a nivel del departamento de crónicos, la ubicación en hogares están bien protegidos. Y bueno, el rol del psicólogo, además, de la parte como de evaluación, de estudio y evaluación inicial, era el apoyo psicoterapéutico en pacientes que tenían recursos como para beneficiarse con la psicoterapia.(RPTE).

¿Recursos de qué tipo?

Bueno, recursos psicológicos, también, capacidad de pensar, de introspección, los que podían adquirir cierta noción de enfermedad, por sobre todo, como proyectado hacia cumplir una función como de “yo” auxiliar,(PPF) de reforzar capacidades de..., de alentar a internar algún desarrollo como en la vida social y hacer la mayor conciencia en términos posibles, en torno a la adherencia al tratamiento, farmacológico, especialmente.

De estos tratamientos que ha mencionado, ¿cuáles considera usted que han tenido un mayor impacto en el mejoramiento de las personas con diagnóstico de esquizofrenia?

Bueno, definitivamente, el tratamiento farmacológico.(TE) El desarrollo de mejores e importantes antipsicóticos, más específicos, con menos efectos adversos, y que apunten, sobre todo, a mejorar los síntomas negativos de la enfermedad, con defectos como el aislamiento, la dimisión social, el retraimiento, la apatía, y ... así poder insertarlos en una vida un poco más normal, familiar, laboral, social.

Sí, es importante el adherimiento al tratamiento, que se descompensan fácilmente, y no lo necesitan, no estoy enfermo y ...la psicoeducación ha sido un gran apoyo en ese sentido, también, considero yo.

Sí..., sin duda.

La familia tampoco acepta que estas persona no pueda de hacer cosas, ¿no?

Tampoco acepta, le cuesta entender, se asustan mucho, sobre todo cuando ha habido crisis con mucha agresividad, con violencia; produce un rechazo a todo, o cuando ha habido un predominio del autismo, de retraimiento, de la inhibición, de la inactividad, del abandono de los estudios, de los trabajos, de confundir esa enfermedad con flojera.

¿Cuáles considera usted que han sido los avances observados en el tratamiento de la esquizofrenia relacionados con los aportes de la psicología como disciplina?

Bueno, ahí yo considero que ha sido fundamental el apoyo psicoeducativo (TE) y también la participación en los equipos de rehabilitación (CEP) y el apoyo, sobre todo orientado al fortalecimiento de los recursos que van quedando presentes en los pacientes, ¿me entiendes? Recursos metódicos, que pueden ser pocos, pero que hay que fortalecerlos. El que los pacientes puedan desarrollar un cierto grado de confianza en sí mismos, y que se atrevan a intentar dar el paso en torno a su desarrollo personal. Teniendo apoyo de psicoterapia a nivel individual o terapia familiar.

¿Es posible una psicoterapia individual con un paciente con diagnóstico de esquizofrenia?

Yo creo que a veces, es posible. Aunque no sea de regla(PPF). Pero yo creo que hay que evaluarlo y cuando sea posible, ofrecerlo también como posibilidad. Ahora, yo creo que ahí probablemente la terapia familiar sea habitualmente más indicada y con mejores posibilidades. (TE).

¿Cuáles han sido las necesidades surgidas en el período en el cual usted trabaja con este tipo de pacientes que posibilitaron la inclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia?

Cuando yo llegué a hacer la beca, ya había dentro del equipo, en sectores de agudos y en el departamento de crónicos, ya había presencia de psicólogos. Y el aporte, como te decía, era importante, sobre todo en una etapa de evaluación diagnóstica (IPTE) y

planificación del tratamiento más integral (IPTE) y el apoyo terapéutico, tanto la familia del enfermo como del enfermo mismo.(IPTE).

Entonces, ya estaban incluidos hace tiempo...

En ese tiempo sí. En una manera, quizás menos marcada que hoy día, ya había presencia del psicólogo.(IPTE).

La mayoría de los textos se menciona que en el '85, por ejemplo, recién se concibe la posibilidad de incluir a un psicólogo dentro de un equipo multidisciplinario, y sus roles no están como bien definidos, y principalmente, es lo que usted nos dice, dedicados más que nada a toda esta primera etapa de evaluación psicológica . ¿Cuál ha sido el rol que ha desempeñado el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia en el período en el cual usted trabajó en el sistema público? Bueno, ya me queda súper clara la respuesta.¿En qué medida su labor como psiquiatra se ve complementada con la labor del profesional psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia? ¿y en qué se diferencian también ambas labores?

Bueno, yo creo que ya más o menos te lo he dicho. No creo que sea mucho más de lo que puedo decir. Yo creo que es el psiquiatra tiene que ser quien vaya definiendo fundamentalmente el tratamiento (EPTE) farmacológico, las indicaciones claras en torno a la adherencia al tratamiento tanto al paciente como a la familia, y una coordinación con el psicólogo para poder planificar una estrategia psicoterapéutica que sea adecuada al paciente.(CEP). El psicólogo en ese sentido, puede aportar con su visión y desde una evaluación de la estructura de personalidad que está a la base, (PPF) sobre todo, y aprovechar, como te decía yo, los recursos metódicos presentes en todo paciente e investigar una estrategia de apoyo a la familia.

En el ejercicio profesional, ¿cuáles son las limitaciones a las cuales se ve expuesto el psicólogo en el desempeño profesional en el tratamiento de la esquizofrenia?

Bueno, yo creo que es muy importante que el psicólogo tenga una buena formación en torno a las enfermedades mentales más graves, (PPF), o sea, que puede tener un

buen manejo de información respecto a los síntomas, a la evolución de la enfermedad, al desarrollo de la enfermedad, para que pueda estar atento a pesquisar síntomas, sobre todo si recibe pacientes en la consulta o en un nivel de atención primaria. Para que puedan derivar a esos pacientes a tiempo, correctamente. (CEP) Yo creo que como en la formación del psicólogo, me parece muy importante que haya un buen estudio de las enfermedades psiquiátricas, que haya conocimiento de las alternativas actuales en medicamentos, principalmente farmacológicas.

O sea, la limitación podría estar puesta en ese sentido, en el poco conocimiento que hay de los fármacos y también de los síntomas de cada uno de los ...

...en los aspectos sintomatológicos. Me parece sobre todo ahora que ha habido un boom de la psicología con muchas escuelas, con distintas universidades, que la preocupación que tengo yo en ese sentido, es que la formación no sea lo suficientemente rigurosa y de calidad.

De acuerdo a su experiencia profesional, ¿desea agregar una idea o comentario a esta investigación?

Yo reo que es muy importante que en la formación de los psicólogos se haga una buena planificación de los cursos de Psiquiatría que incluya información teórica y práctica también, con pasadas por servicios de psiquiatría en donde puedan conocer directamente cuál es la realidad de los enfermos mentales, estar en contacto con pacientes psicóticos, esquizofrénicos, con trastornos paranoicos o enfermos bipolares, para que puedan tener experiencias de ver ahí 'en persona' digamos, lo que muestra el paciente, como se muestra.

Muchas Gracias

Entrevista: Psicólogo Mario Arriagada

La verdad es que yo realizo un trabajo bastante específico acá, y como te decía más que la rehabilitación está orientada al diagnóstico, somos alrededor de 14 psicólogos, dentro de los cuales hasta hace muy poco, el único que se dedicaba a las neuropsicologías, soy yo, y ahora llegó otra psicóloga, que está dedicada al servicio A, como psicóloga, también, además compartimos el trabajo, pero la verdad es que esta es una herramienta que viene desde la neurología, tiene en realidad un gran auge, en las últimas décadas, estos últimos 10 años, pero en realidad viene de los estudios de pacientes, la neuropsicología como tal como disciplina más ligada a la psicología, desde la década de los cuarenta, con los estudios que se realizaron en sujetos que habían padecido de heridas de bala durante la segunda guerra mundial, sobre todo por un psicólogo soviético, Alexander Romanovich Luria, entonces este instrumento, que lo tomaban los neurólogos al darse cuenta que muchos de sus pacientes al ser evaluados con estos procedimientos psicológicos, la verdad es que el diagnóstico era bastante certero en relación a la topografía de donde estaba ubicado el daño, por que el diagnóstico fundamentalmente es topográfico...

¿Que tipo de instrumentos?

Es decir utilizamos instrumentos psicológicos, pruebas, tests, pero para colocar en evidencia que hay un daño en el cerebro y cuanto de ese daño corresponde a la edad, y en que parte del sistema nervioso está, entonces es un mapeo que hacemos, pero un mapeo no desde la estructura que es la que se dedica a las neuroimágenes, escáner, y no desde el punto de vista bioeléctrico, desde la raíz del encefalograma, sino un mapeo desde el punto de vista funcional de cómo se van interconectando los grupos y áreas de neuronas para lograr que el sujeto pueda realizar una acción psicológica, una función psicológica superior, entonces ésta es una herramienta que fue utilizada por muchos años en la neurología y todavía hoy. El gran aporte de los psicólogos de todo lo que tiene que ver con el estudio de las abraxias, afasias, y posteriormente toda la

línea de la psicogeriatría, es súper importante el diagnóstico a nivel psicológico en los sujetos con demencia o inicio de demencia, se plantea que un estudio neuropsicológico, puede adelantarse incluso cuatro años antes y plantear ya deterioro de funcionamiento cognitivo, es decir cuatro años antes que la atrofia aparezca en las neuroimágenes, entonces permite al neurólogo en este caso y también a los otros profesionales del área de la salud mental para denominarlo de alguna manera, poder tomar medidas de prevenir o poder orientar bien el tratamiento psicofarmacológico y también hay una área de esto que se dedica a las rehabilitaciones de las funciones cognitivas superiores, todo lo que tiene que ver con rehabilitación de memoria, retención de las afasias, hay una gran línea de trabajo.

¿Quién realiza esta rehabilitación?

La rehabilitación la realizan los psicólogos, pero dedicados a esta área, que es la neuropsicología y la verdad es que en la psiquiatría, la neuropsicología se empieza a incorporar recién en la década de los setenta, pero de una manera bastante gruesa, lo mismos procedimientos neurológicos se le aplicaban al paciente psiquiátrico, siendo de ellos la esquizofrenia la patología mas estudiada desde el punto de vista neuropsicológico, (RPTE) posteriormente en la década de los ochenta, se hacen estudios fundamentalmente en población normal y pacientes esquizofrénicos, pacientes con daño orgánico severo y ya hasta este último tiempo hacia donde se va un poco más que nada, a establecer perfiles de rendimiento, que te puedan ayudar a través del rendimiento, las pruebas psicológicas de los pacientes, determinar si es un perfil que se acerca mas hacia lo esquizofrénico, (RPTE) si es un perfil que se acerca mas a lo típico que requeriría un paciente con trastorno afectivo bipolar, si es el perfil de un paciente con un trastorno obsesivo compulsivo, y de ahí determinar que circuitos neurológicos estarían involucrados, lo que se sabe en el caso de la esquizofrenia que es lo que le interesa a ustedes, que fundamentalmente hay un déficit de las funciones ejecutivas. Las funciones ejecutivas son un conjunto de procedimientos cognitivos que hacen del hombre que realmente sea él un ser humano, es lo mas avanzado desde el punto de vista del desarrollo filogenético que es el ser

humano y que se relaciona fundamentalmente con estructuras como los lóbulos frontales y específicamente hay un circuito en los lóbulos frontales, son cinco circuitos, pero los tres más importantes, son los circuitos de la personalidad, que es cuando el sujeto tiene un daño en la base del lóbulo frontal, la parte basal u orbito frontal y que es la característica que presentan muchos pacientes con trastornos de la personalidad, del control impulso, impulsividad, el circuito medial frontal que tiene ver fundamentalmente con la apatía, la falta de motivación, de ánimo, es el circuito que tiene muchas veces entre los pacientes depresivos y un circuito intelectual, de las funciones cognitivas intelectuales que es el circuito dos lateral pre-frontal y que es lo que se plantea que estaría alterado entre los pacientes esquizofrénicos, sobre todo más lateralizado hacia el hemisferio izquierdo, o sea, la evaluación psicológica es tan detallada que te permite decir la alteración de este pacientes está en tal lugar, en tal circuito y en tal hemisferio.(RPTE)

¿Esto permite elaborar una hipótesis respecto de un diagnóstico?

El estudio neuropsicológico es un estudio complementario, nosotros no hacemos un diagnóstico a partir de un estudio psicológico, lo que hacemos es tan complementario como el escáner, como el electro, los estudios de sangre. Al paciente se le pide una evaluación neuropsicológica, sobre todo cuando se presume que muchas alteraciones pudieran ir más desde la vertiente orgánica que de la propia patología psiquiátrica, por ejemplo pacientes con consumo de drogas, pacientes con antecedentes de traumas craneo encefálico, sobre todo con pérdida de conciencia, para ser pacientes mayores que no han tenido en sus antecedentes personalidad pre mórbida, sujetos bastantes sanos, que de la noche a la mañana, debutan con un cuadro demencial, entonces uno puede pensar: Bueno este paciente que nunca tuvo atención psiquiátrica puede estar haciendo un daño vascular, entonces uno va buscando perfiles y esa es la ayuda del diagnóstico neuropsicológico, poder determinar perfil y poder determinar cierto, que va a ayudar al diagnóstico y también poder orientar un poco, una rehabilitación al paciente.

Nosotros aquí nos dedicamos al estudio del diagnóstico, por que como aquí somos un hospital de tercer nivel, que es un instituto psiquiátrico, donde debiéramos tener neuroimágenes, pero desgraciadamente por problemas económicos no las tenemos, entonces lo que hacemos, muchas veces no enviamos a los pacientes a los hospitales públicos a hacerse un escáner, por que se demoran meses en informarlos por que la gente que viene es de escasos recursos, entonces vamos adelantando con estudios psicológicos.

¿Sería un aporte contar con mas Neuropsicólogos?

Yo diría que neuropsicólogos en el Servicio Público, sería un gran aporte, por que hay muy pocos, primero por que se paga mal, segundo por que hay que tener espíritu de servicio publico, y por ultimo, una evaluación neuropsicológica en una clínica privada es muy cara

¿Cuánto tiempo demora en hacer un diagnóstico?

Generalmente hay un acercamiento del tipo muy abarcativo que es el clásico, es la aplicación de grandes baterías y abarcativas neuropsicológicas como la batería de Luria, los procedimientos propios de Luria, que son procedimientos soviéticos que fueron dados a conocer por Ana Christensen en el año 1974 y 1977, fue una psicóloga que paso dos años con Lilian Culan, hizo toda una recopilación de los procedimientos de Luria. Luria estudio estos pacientes y creo sus propios procedimientos y diagnósticos durante casi cuarenta años de puro trabajo clínico y ella proceso y junto la información y dio a conocer al mundo un libro que tienen que haber visto alguna vez que se llama Diagnostico Neurosicologico de Luria y diez años después Golden y algunos colaboradores norteamericanos, en la universidad de Nebraska, tomaron todos estos procedimientos y los cuantificaron, a los yankees les gusta cuantificarlo todo y quedaron el test de Luria Nebras que es uno de los test mas utilizados en el mundo de la evaluación neuropsicológica, hay otro como el de Hans Reittan, el test neuropsicológico Barcelona, Sevilla, que son procedimientos muy largos un Reitton se puede demorar 14 horas, un Luria Nebrasca te puedes demorar 6 o 7 horas, con un

paciente, entonces son varias sesiones, cinco o seis sesiones, son test muy complejos, pero la tendencia mundial es dejar estos test fundamentalmente para donde se puede o existe la posibilidad de hacerlos, que no es nuestra realidad en el servicio público pero la tendencia es a utilizar pruebas que sean un poquito abarcativas, pero, mas breve como el minimal.

Como el neurosin, un test Skt, como las escalas de demencia de Matiz, son ejemplos te estoy nombrando algunas y otras de test mucho mas específicos, por funciones, existe una enorme cantidad de test para memoria, la atención, funciones ejecutivas y control mental, por ejemplo algunos como cultura general para que los conozcan: Wisconsin, test de palabras y color de Hoopers, Las Torres de Hanoi, torre de Londres, test de fluencia verbal, etc., etc.

Acá nosotros tenemos casi todos y utilizamos con mayor frecuencia el Nebraska, Barcelona, utilizamos las mismas escalas de Waiss; que si bien es cierto entregan mucha información, el WISC no es un test Neuropsicológico. El Waiss tiene la limitación que esta pensado para las funciones intelectuales cristalizadas que ya están formadas y no las fluidas como las llamaría el mismo Mesasler, y las funciones que están ya cristalizadas son funciones posteriores

O que están detrás del lóbulo frontal, tiene que ver con los parietales, tiene que ver con los temporales mas que nada y el occipital cumple poca función cognitiva, está mas centrada en todo el procesamiento visual, congestivamente no es mucho el aporte, en cambio el WISC deja afuera todo lo que tiene que ver con el estudio del lóbulo frontal, entonces uno potencia el WISC con otros estudios, no se pues Wisconsin, como el Strut que te decía anteriormente, o con temas específicos, tales como Bender, como el test de retención visual de Venton, etc., pero aquí no contratamos un set test específicos.

¿Qué nos puede informar de los tratamientos que ustedes realizan acá específicamente en el periodo comprendido entre los años 1990 a la actualidad?

¿Cuáles son los tratamientos practicados para abordar la esquizofrenia en el área de la salud pública?

La verdad es que el tratamiento clásico, de los pacientes esquizofrénicos, está orientado hacia los psicofármacos, cada vez hay nuevas respuestas, mucho más modernas, con menos efectos secundarios para el paciente, que son más fáciles de administrar, incluso por la familia. Desde que apareció la Rosapina empezó a usarse en Chile, sobre todo la Rosapina China, hay un cambio enorme de los pacientes, sobre todo lo que tiene que ver con los síntomas negativos de la esquizofrenia. Que son los más invalidantes y posteriormente la Rosapina, la respiridona, y todo un montón de líneas farmacológicas. Nosotros acá utilizamos fundamentalmente Rosapina y o los demás productos, hoy día podemos decir que es muy poco probable que los pacientes terminen postrados, crónicos, etc., gracias a los medicamentos de última generación. Cuando los diagnósticos son pesquisados a tiempo y tu tienes posibilidad de acceder a este tipo de medicamentos, los pacientes se benefician muchísimo y pueden continuar haciendo su vida en forma absolutamente normal, quedan con algunos aspectos residuales, pero pueden realizar su vida prácticamente normal, no hospitalizarlos, no institucionalizarlos; vienen solamente a control. Por otro lado tenemos la línea de la rehabilitación cognitiva, que aquí la hacemos, de hecho tenemos un centro de rehabilitación cognitiva, sería muy bueno que ustedes se entrevistaran con ellos, que queda acá donde está el casino, allí los pacientes trabajan, no sólo con ejercicios, y programas para activar memoria, la tensión, sobre todo la tensión que está muy afectada en los pacientes esquizofrénicos, sino también de habilidades sociales, de habilidades laborales, ahí hay un local que ellos mismos administran, tenemos una panadería que son únicamente enfermos psiquiátricos, ellos mismos administran sus recursos y lo hacen productivo. Entonces el planteamiento va claramente por, el psicofármaco, la rehabilitación cognitiva.

El apoyo que hace el psicólogo desde el punto de vista de la orientación psicosocial, es decir la entrevista con los familiares, explicarles la enfermedad, explicarles a los familiares de la comprensión de las características propias de la enfermedad, que cumplan con los medicamentos, las indicaciones de los medicamentos ya también la

función propia del psicólogo con el paciente, es decir con psicoterapia desde el punto de vista individual y por supuesto el apoyo que hacen los psicólogos que es importantísimo, desde el punto de vista mas del psicodiagnóstico, es decir la aplicación de test de personalidad, de Roschard, test de relaciones objétales que van entregando también un montón de información y que le ayuda al siquiatra y al equipo medico, a poder ir orientándose en función de las patologías que tienen, de que sub patologías tienen. Podemos decir es una esquizofrenia, ¿pero que tipo de esquizofrenia es? Y como es él pronostico, ya que según los pacientes existen indicadores de estrés, saber de antemano que va a tener un buen pronostico o el pronostico va a ser reservado

¿Quienes conforman el equipo medico?

Acá en mi sector yo cumpla una doble función, soy psicólogo del sector tres y neuro psicólogo del hospital, pero físicamente estoy ubicado acá y conmigo trabajan alrededor de siete psiquiatras y una asistente social, tenemos una psicóloga, especialista en psicodiagnóstico y generalmente pasan con nosotros alumnos en práctica de diferentes universidades, aquí por lo menos conmigo ha pasado gente de la Universidad Central, Universidad Andrés Bello, la Católica, la USACH creo que también de la Humanismo Cristiano. Finalmente ese es el equipo en general.

De los tratamientos antes descritos anteriormente, ¿Cuáles considera son los que han tenido un mejor impacto en personas con diagnostico Esquizofrenia?

Los psicofármacos, por supuesto, los psicofármacos son la base de antología, es decir, esto es como una mesa con tres patas, si falta una, estamos flaqueando. Es decir desde el psicodiagnóstico, el acercamiento a la familia, de los psicossocial y de la psicoterapia del paciente, por otro lado el apoyo de la asistente social para conocer al paciente, por que hay pacientes que vienen carenciados y hay que buscarles redes de salud, hay que buscarle trabajo, resolverles el problema de las pensiones y por otro lado importantísimo también el tratamiento fármacológico.

Esta es una enfermedad que se ha comprobado hasta la saciedad que es una enfermedad biológica, aunque muchas veces esta la antigua discusión que

plantea que es lo funcional y que es lo orgánico. Esto es una enfermedad orgánica, esta es una enfermedad biológica del sistema nervioso, que se produce fundamentalmente por una inmadurez del lóbulo frontal y sobre todo un problema de los neurotransmisores que se llama dopamina. Entonces tenemos que el acercamiento debe ser rigurosamente desde el punto de vista farmacológico, sin embargo como tú decía, tiene que ser una mesa con tres patas, es decir falta una, estamos cojeando.

¿Cuales cree usted son los avances observados en el tratamiento de la esquizofrenia, relacionado con los aportes de la psicología como disciplina?

Desde el punto de vista psicológico muy general, ya que yo no me dedico a la terapia del paciente esquizofrénico, pero con conocimiento, por lo que he leído, por lo que uno escucha acá en realidad el mayor aporte lo ha hecho al diagnóstico a la terapia recuperación del paciente, toda la escuela cognitiva conductual, me parece que la escuela que más se acerca, aunque tú puedes trabajar a los pacientes desde lo sistémico, desde la terapia de familia cuando hay dificultades. Cuando hay algún paciente esquizofrénico, no dañado, no tan dañado, necesitan un alto nivel de comprensión, de recursos psicológico, también se puede usar el psicoanálisis, pero yo diría que de preferencia la escuela que más se acerca a nuestra realidad es la terapia cognitiva y desde ahí me imagino que habrá muchas vertientes nuevas, habrá nuevas orientaciones que yo como no me dedico a esa área específicamente, la desconozco, pero eso te puedo decir en términos generales.

¿Cuales serían las necesidades surgidas en este periodo desde el año 1990 a la actualidad, que significaron la inclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia?

Bueno el psicólogo viene aportando a la esquizofrenia hace muchos años, de hecho existen equipos multidisciplinarios en los hospitales desde hace muchos años, yo diría como lo he planteado anteriormente que esto una condición sinecuano, es decir no puede haber equipo donde este ausente un acercamiento más funcional, desde una postura más desde la subjetividad que si bien es cierto no se contradice lo que te dije

anteriormente, esto es una enfermedad biológica pero también es una enfermedad que te puede beneficiar mucho con una muy buena psicoterapia al pacientes, yo te hablo en términos globales, por 16 años en este hospital, pero mi labor es tan especifica que podría decir que quizás el mejor aporte de la psicología es la neuropsicología.

¿Cuál ha sido el rol que desempeñado el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia es este periodo.

Esta respuesta ya esta respondida en la pregunta anterior, vuelvo a insistir que en el equipo, el psicólogo es importantísimo, por que el psicólogo aporta la otra visión, la esquizofrenia, pacientes psiquiátricos no solamente neurotransmisor, tiene que ver con historias, tiene que ver cono conflictos tiene que ver con traumas muy anteriores, tiene que ver con habilidades cognitivas, potencial desde el punto de vista intelectual, todo eso lo determina el psicólogo, por que a lo mejor tu dices, bueno este paciente se beneficia con psicoterapia y estas tratando con una paciente de un bajo C.I., que no se va a beneficiar con psicoterapia, esas cosas que son detalles a veces los determina el psicólogo, por lo tanto el aporte psicológico es clave para esto.

¿En que medida su labor como psicólogo se ve complementada con la labor del profesional psiquiatra en este tratamiento especifico? ¿En qué difieren ambos roles?

Bueno, acá generalmente trabajamos interdisciplinariamente, tenemos una relación horizontal, aquí no hay una relación de subordinación, somos un equipo donde nos complementamos, diría que fundamentalmente el peso del tratamiento farmacológico lógicamente lo lleva el médico, porque él sabe cuál (nosotros también manejamos toda la parte psicofarmacológica, conocemos los nombres de los medicamentos, las dosis, pero también hay otras interrelaciones que el medico es más llamado a tenerlas en cuenta, que patologías trae el paciente, que antecedentes patológicos personales, que enfermedades físicas trae, cuánto de estos medicamentos pueden tener una contraindicación con otros medicamentos que ya está tomando para otra patología el paciente, por tanto, yo diría que el papel del psiquiatra en el tratamiento

farmacológico es irremplazable. Y que uno puede apostar o uno puede decir: mira, el paciente está medio impregnado con el neuroelépticos, bajémosle la dosis, pero en realidad el peso del tratamiento farmacológico es del psiquiatra, y por otro lado es con mucha tolerancia, con mucha comprensión, con mucha afinidad y con mucho respeto hacia lo que nosotros hacemos como psicólogos. A veces, las reuniones clínicas las orientamos nosotros, las dirigimos los psicólogos acá, vemos pacientes también a veces solos, un equipo de psicólogos, discutimos si es necesario como para hacer un estudio neuropsicológico, o un estudio de personalidad; cuando el estudio de personalidad está hecho o el estudio neuropsicológico, lo discutimos junto con ellos. Para poder, cierto, que exista una retroalimentación entre diferentes especialidades, la psicoterapia es de fundamentalmente, la poca psicoterapia que se hace acá es labor de los psicólogos. Los psiquiatras más que nada se dedican a la cosa farmacológica; tienen muy pocas horas acá, la gran mayoría está veintidós horas y, cuando hacen psicoterapia, es muy electiva, un poco a responder las respuestas y las inquietudes de los pacientes, de los familiares de los pacientes, pero no está esa cosa mucho más técnica, que probablemente la hacen igual, pero en otros lugares, no acá. Acá la psicoterapia fuerte es responsabilidad de los psicólogos; por lo menos en este sector. No tengo otras experiencias, porque yo desde que llegué, trabajo acá, entonces no sé como será la unidad alcoholismo y drogas, que ya son otras patologías, pero yo también creo que el aporte psicológico es fundamental.

En el ejercicio profesional, ¿cuáles son las limitaciones a las cuales se ve expuesto el psicólogo en el tratamiento neuropsiquiátrico?

A ver, a qué situaciones se ve expuesto: a veces, a pacientes muy productivos, sicóticos, que responden de manera agresiva, pero lógicamente uno tendrá que tener la coherencia, la coanimidad suficiente, el conocimiento para saber de que cuando un paciente está muy psicótico no sabría hacer psicoterapia, y no está en condiciones tampoco de pasar ninguna prueba psicológica, porque nos entregaría unos resultados muy tergiversados. Entonces, yo creo que en estos momentos, los riesgos serían los físicos tal vez, que pudieras ir pasando, cambiando, entre paciente que generalmente

no son agresivos con un paciente descompensado que pudiera confundirte con un delirio que él tiene, y tu como parte del delirio, te pueda hacer algo, y yo soy sano y no voy a caer, jamás un paciente me ha tentado un dedo, por lo tanto hay mucho mito con esto, de la violencia del paciente esquizofrénico. Sí, sin embargo, es un trabajo muy agotador, porque bueno la enfermedad propiamente tal, aquí al instituto llegan los casos más extraños y más difíciles del país, entonces, son casos agotadores y en ese sentido quizás está orientada más que nada orientada a crear instancias de salud mental, el tomarnos un café cuando podemos, tirar una talla cuando podemos, hacemos una comida generalmente una vez al mes fuera del hospital como equipo, comemos en un restaurant, o en la casa de algún compañero, celebramos todos los cumpleaños, y los días lunes, después de haber pasado la visita, para saber como están los pacientes, porque sábado y domingo no los hemos visto, y el mismo lunes hacemos una reunión clínica con los nuevos ingresos que ingresaron el fin de semana, igual de hacer los ingresos, nos tomamos un buen desayuno, nos vamos turnando para traer, que son elementos muy prácticos pero que nos ayudan a ir mejorando la calidad del trabajo y nos ayudan a un poco también a tener la fuerza de voluntad.

¿Cuáles son las debilidades en cuanto formación que a su juicio afectan a los psicólogos a los sicólogos en su desempeño profesional en el tratamiento de la esquizofrenia?

Yo creo que depende de las escuelas de formación de los psicólogos. Pero tengo la impresión, por lo que he visto con los alumnos aquí, que hay universidades que se dedican mucho a la cosa psicoanalítica, mucho a la ..., son muy buenos desde el punto de vista teórico, pero los alumnos a la hora de enfrentarse con la práctica, bueno, también son alumnos que recién están terminando, pero son muy débiles. Yo he tenido aquí, no voy a nombrar universidades, pero alumnos que no conocen un Bender o que llegan acá y van a aplicar por primera vez un WISC, en cinco años de la carrera, o no han aplicado un Rorschach, estudio de neuropsicología es prácticamente nulo. Ahora se ha incorporado neuropsicología en las mallas de algunas universidades, como la Santo Tomás, como la Diego Portales, pero en otras universidades donde neuropsicología prácticamente no se toca.

Yo creo que ahí hay una debilidad porque hay un acercamiento al paciente muy desde lo teórico, muy de estos sistemas, estos grandes sistemas teóricos, pero quedamos al margen de conocer la parte más biológica del paciente, qué es un cerebro, hay gente que nunca ha visto un cerebro, que no sabe qué es una neurona, no sabe qué cantidad de neuronas tenemos, no ubica las estructuras del sistema nervioso que son tan importantes, cuando tu estás hablando del lóbulo frontal, de los núcleos de la base, del sistema subcortical le estás hablando prácticamente en chino a un alumno de psicología. Y esa es una información que es súper importante sobre todo con estas patologías, que son patologías, vuelvo a insistir, biológicas, entonces yo le pondría más énfasis en eso, en la cosa de una formación buena desde el punto de vista biológico y con muchas más horas de práctica, a veces se diluyen mucho en trabajos teóricos y mucha teoría y mucha intelectualización de esa teoría, pero la hora concreta de poder determinar qué pasa con un paciente, que hay que recomendar a la familia, qué test voy a aplicar porque me hace falta poder aclararme en el diagnóstico, hay poco que opinar.

De acuerdo a su experiencia profesional, desea agregar alguna idea o comentario de esta investigación.

No. Solamente decir que me parece súper interesante el tema, me parece súper bueno que haya una recopilación y se pueda uno orientar en el trabajo que es lo que hacen los psicólogos, cuál es el aporte específico, cómo se ha avanzado, cierto, en los diferentes momentos históricos, de estudios y desarrollo de la disciplina, en el tratamiento psiquiátrico y también que ojalá el trabajo pueda quedar más compuesto, no solamente (...) que además es una realidad pobre en Chile porque hay un mito también con respecto que hay muchos psicólogos pero la verdad es que no hay muchos psicólogos, lo que pasa es que el estado invierte poco en la salud, sobretodo en la salud mental. La salud mental siempre ha sido un hijo maltratado del Ministerio de Salud, y los recursos son pocos. Si tu vas a un consultorio, te vas a encontrar que psicólogos casi no hay, y si hay, uno y hace de todo, es como el hombre chasquilla, el trabajador chasquilla. Pero si tú puedes programas y ... en serio, y tú dices, bueno, en

un consultorio donde se atienden cien mil personas, vamos a poner un psicólogo para el área emocional, psicólogo infantil, que es nulo, no hay nada infantil en los consultorios pero nada, se da énfasis en la depresión y en el trastorno de drogas, pero ¿y la terapia de familia? ¿y la terapia sexual? Si tu empiezas a buscar y a ver, indagar ahí, prácticamente, los psicólogos tienen un campo enorme, enorme, enorme, pero no se crean las posibilidades económicas para abrir esa fuente. Entonces, claro, tu ves muchos psicólogos buscando trabajo pero porque el Estado lo deja todo en función de los psicólogos se vayan a meter en las cuestiones privadas, las empresas, pero no invierte como Estado en la cuestión de salud mental. Y esa es la crítica al modelo económico neoliberal .. (No, risas)

¿Qué especialización, aparte de haber estudiado psicología tiene usted?

Neuropsicológica.

¿Qué cargo ocupa usted acá?

Acá soy psicólogo, psicólogo clínico, del sector tres y estoy como neuropsicólogo del hospital.

Entrevista a Ulises Reyes Andrade

Comunidad terapéutica, diurna y vespertina.

¿Y los tipos de tratamientos que se realizan aquí?

Aquí... casi igual que lo que hacemos allá pero de tipo ambulatorio. De tipo ambulatorio porque aquí hay psicólogos, hay técnicos en rehabilitación, hay...bueno, yo estoy de apoyo en este psiquiátrico.

¿Aquí trabaja el mismo personal que trabaja en el San José?

Uno trabaja allá. El Luis Bascuñán, que trabaja con nosotros. Yo lo envié por allá, yo lo metí por allá porque ví que era bueno el hombre.

Acercándonos un poco más al ámbito de la psicología, en relación a la percepción que tienes, ¿cuáles considera usted que han sido los avances observados en el tratamiento de la esquizofrenia relacionados con el aporte de la psicología como disciplina?

A ver, la psicología juega un papel importante como disciplina, multidisciplinaria e interdisciplinaria, en el manejo de los pacientes con trastornos mentales y especialmente con pacientes con esquizofrenia. No se puede dejar de lado el aporte de la psicología clínica, la intervención en el manejo de los pacientes con esquizofrenia. Es gran importancia. Ahora, las nuevas técnicas y abordajes psicoterapéuticos que hay en la actualidad, las técnicas y nuevas intervenciones también es una situación que ha revolucionado la evolución y el abordaje de los pacientes esquizofrénicos.

¿Cuáles han sido las necesidades surgidas en este período que, donde trabajas tú, que posibilitaron la inclusión del psicólogo al tratamiento de la esquizofrenia? Porque antes no estaban incluidos...

¿De dónde surge la necesidad de incluir a los psicólogos al tratamiento de la esquizofrenia? Porque anteriormente no estaban incluidos, de hecho, el trabajo de los psicólogos estaba mucho más delimitado al tema de la evaluación psicométrica. Ahora, de alguna manera, los podemos estar viendo que están dentro de la Psico-educación, trabajan en equipos interdisciplinarios, entonces, en relación a lo que tu puedas percibir, ¿cuál es la necesidad de ahora del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia?

A ver, el psicólogo, como te decía denante, creo que forma parte del equipo multidisciplinario de intervención a los pacientes esquizofrénicos. Y así como otra disciplina también, es de importancia, yo creo, que los pilares básicos del tratamiento y abordaje del paciente esquizofrénico debe estar compuesto mínimo, por un equipo mínimo de intervención, donde siempre debe estar presente además del psiquiatra, el psicólogo y la enfermera, por lo menos. O sea, son los dos elementos, las dos personas, las dos disciplinas importantes en el manejo con el paciente esquizofrénico. Ahora, desde que yo me formé, siempre el psicólogo ha jugado un papel importante en la psico-educación, bueno, yo tengo ocho años de ser psiquiatra, mas menos, y más tres años y tanto que hice de postgrado. Entonces, como unos diez, once años, entonces, siempre ha jugado un papel importante, si bien es cierto, al principio igual en mi formación, al principio, los psicólogos tenían como una intervención secundaria, con solamente con ayuda psico-diagnóstica a los pacientes, con tests diagnósticos; ahora, juega un papel importante porque...

¿Y como rol fundamental?

El rol del psicólogo es, yo creo que es, de relevancia conjuntamente con el psiquiatra, porque en los pacientes esquizofrénicos la complejidad misma de la enfermedad lleva, digamos, a que su vida, del paciente como la esquizofrenia misma desestructura al paciente, desestructura su personalidad, desestructura su vida, entonces, juega un papel importante para reestablecer y retomar funciones habituales en los pacientes, tanto en el apoyo psicoterapéutico, en el apoyo de psico-educación, y en el apoyo psico-diagnóstico también. O sea, el rol es importantísimo. Incluso es de gran

importancia que el psicólogo cuando hay duda diagnóstica, a veces, las herramientas diagnósticas, de baterías de test que puede aplicar el psicólogo, que es el que mejor maneja esta situación, es de importancia como para poder aclarar ciertas dudas diagnósticas con lo que tiene que ver con la enfermedad o con diagnóstico diferencial de la enfermedad. Entonces, yo creo que juega un papel importante ahora en la actualidad, en la intervención de los pacientes con esquizofrenia.

¿En qué medida su labor, la labor como psicólogo y como psiquiatra, se ve complementado en el trabajo en el tratamiento de la esquizofrenia?

Ahora, la esquizofrenia es una enfermedad terrible, crónica, que muchas veces es para toda la vida. La unión...

Claro, ¿en qué se complementan y en que difieren, también?

El complemento sería en que el paciente requiere un abordaje integral, por lo tanto, la función del psicólogo es importante por un lado, para la recuperación psicoterapéutica del paciente, y más la terapia farmacológica que pueda dar el psiquiatra es de importancia, porque en primera instancia un paciente en crisis aguda, generalmente se es como más difícil de manejar del punto de vista psicoterapéutico. Una vez que el paciente se haya estabilizado de la crisis aguda, psicótico, que pueda tener un episodio psicótico, agudo, el paciente esquizofrénico, entonces, la intervención, luego de aplacar un poco la crisis aguda, la intervención psicológica, psicoterapéutica es de suma importancia. Entonces ahí se ve complementada. Gracias al tratamiento de ambas disciplinas se ve complementada para el funcionamiento y para recuperación del paciente en una forma más integral.

Ahora, la diferencia, tú dices..., la diferencia, bueno. Yo creo que en cuanto la diferencia, sería más del punto de vista de formación, nada más. En que el psiquiatra es médico, y el psicólogo, la mayoría de las veces, es, tiene una formación distinta, es psicológica, social de la situación del individuo, de las enfermedades clínicas de la psiquiatría. Entonces, se podría hacer como una diferencia. Pero, yo creo que,

digamos, siempre debería manejarse como una dualidad paralela, conjunta para este tipo de intervenciones en estos pacientes.

En el ejercicio profesional, ¿cuáles serían las limitaciones a las cuales se ve expuesto el psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia? Si tiene.

Claro. Por ejemplo, en un paciente con una real crisis psicótico, yo creo que tendría, digamos, se vería como más, digamos, frustrada la intervención psicológica, porque estos pacientes en ese momento necesitan una intervención rápida de disminuir los síntomas sicóticos, entonces, por lo tanto, se requiere una orientación farmacológico, un abordaje farmacológico.

Entonces, esa sería como la dificultad que el paciente en crisis aguda limitaría hasta cierto punto, no, no siempre, en la intervención o en el abordaje en primera instancia, en primera línea del agente psicólogo, en este caso. Eso sería como una limitación. En el resto de las cosas, yo creo que no tiene como ninguna limitación, porque puede tranquilamente abordar cualquier ángulo. E inclusive, en ciertos pacientes sicóticos en crisis que pueden estar con crisis moderada, la intervención de él es súper importante como para poder reorganizar en su... y en el reconocer su problema, el paciente. Porque muchos pacientes no tienen conciencia de enfermedad, entonces, es importante que el paciente vaya retomando la conciencia de lo que le pasa, viendo cómo evoluciona su enfermedad, y que la intervención psicológica conjuntamente con la psico-educación que le pueda brindar este profesional es de importancia.

Oye, Ulises, ¿tú crees que hay una, en la formación del psicólogo, hay ciertas debilidades para enfrentar el tratamiento de la esquizofrenia? En términos como de formación del psicólogo. ¿O si realmente está bien preparado para enfrentar...?

Yo creo que en el tiempo que llevo acá en Chile, yo he visto muchos psicólogos con buena formación. Y la formación psicológica, yo creo que es relevante en todo profesional, en la formación profesional, digamos. En general siempre es importante

la formación en primera instancia, y la práctica clínica. Si las dos cosas están bien complementadas, yo creo que, el profesional está capacitado como para abordar cualquier tipo de problemas, no solamente los problemas esquizofrénicos, sino cualquier tipo de problemas psicológicos, o emocionales que pueda tener el individuo.

Ahora, yo creo que acá, la formación que tienen es súper buena, súper buena porque tienen una gran capacidad, una buena formación, y por lo tanto, una capacidad como para abordar cualquier tipo de problemas psicóticos.

Voy a empezar por la primera pregunta... ¿cuáles son los tipos de tratamientos que se realizan que tú realizas, que tú trabajas en la actualidad para el tratamiento de la esquizofrenia?

En la actualidad, con la introducción nacen unos, qué pues, dos años, tres años, más menos, de los antipsicóticos atípicos de última generación. Ha sido de suma importancia en el manejo de los pacientes con esquizofrenia. Ahora, estos medicamentos actúan de una forma, digamos, en varios subsistemas de la enfermedad: afectiva, cognitiva, emocional, etcétera, de tal manera que los otros antipsicóticos típicos no cubrían ese espectro, esas áreas subsistémicas de los pacientes.

La diferencia con estos medicamentos es que son súper mejores, o sea, que son de gran ayuda clínica y farmacológica para el paciente, y para reestablecerlo de una forma más completa al paciente, con menos efectos colaterales, con menos dificultades en el manejo, y en la adherencia al tratamiento, es mejor que comparada con el tratamiento con antipsicóticos que normalmente se conocen, los típicos.

¿Y qué otro tipo de tratamiento se practican dentro de los hospitales?

El Estado chileno, a través del Ministerio de Salud Pública, tiene un programa piloto en Sudamérica, es uno de los primeros en Sudamérica, que tiene el plan nacional de *Clozapina*, que es uno de los medicamentos atípicos. Que este medicamento, no es que de hace poco no más, tres años como los otros, como son la *Respiridona*, la

Olanzapina, la *Cipracidona*, que son de pocos años atrás. Este medicamento surgió en 1960, sino por dificultades por un efecto colateral adverso muy serio, se lo suspendió. La FDA, de los Estados Unidos, suspendió el uso a nivel mundial, a nivel del planeta. Pero luego de hacer estudios más continuados, más seguidos, este, la *Clozapina*, ha recobrado un valor inmensamente superior. Inclusive, que los otros antipsicóticos actuales modernos, que están en el mercado actualmente, dejándolos como última alternativa para el manejo de pacientes psiquiátricos cuando ya no responden estos pacientes a otros antipsicóticos, o sea, típicos o modernos, o antipsicóticos atípicos.

Ahora, el Estado tiene este plan nacional que más o menos tiene como unos cuatro a cinco años funcionando a nivel nacional donde se usa la Clozapina para el manejo de pacientes psicóticos crónicos, de tal manera que los pacientes esquizofrénico que estaban hospitalizados por años en los grandes hospitales psiquiátricos de Santiago, ahora la reducción de camas hospitalarias para estos pacientes ha ido disminuyendo progresivamente durante esta última década, estos últimos cinco años más o menos. ¿Por qué? Porque estos pacientes han podido recuperar su funcionamiento y ser dependientes ellos mismos y ser capaces de funcionar en un ambiente hogareño, un ambiente familiar. Muchos de ellos ya están volviendo a sus hogares, los que no han podido volver a sus hogares, están en hogares protegidos y realizando actividades de integración familiar, a nivel social.

Ese otro tipo de intervenciones, ¿cómo se emana este otro tipo de tratamientos? ¿Aparte del farmacológico? ¿Está el psicológico? ¿Psicoeducativo?

Ahora, el tratamiento, claro, el tratamiento de la esquizofrenia demanda una... es como una estructura en telaraña, donde empieza la intervención en los períodos de crisis, o los pacientes crónicos, que generalmente eran hospitalizados por sus síntomas psicóticos. Ahora, la nueva estrategia es que ellos deben de reintegrarse a la comunidad, deben reintegrarse a la comunidad y con el avance de los nuevos fármacos, de la psicofarmacología moderna, estos pacientes ya se reintegran, porque

el abordaje, aparte de ser farmacológico, si bien es cierto, el abordaje farmacológico, trata de la terapia farmacológica, tiene que mantenerse casi toda la vida en muchos de los pacientes, así como la intervención psicoterapéutica, psicoeducativa de los pacientes, es de súper importancia, la intervención de recobrar las habilidades sociales, las habilidades para manejarse dentro de la vida, que los pacientes estos, pacientes generalmente son crónicos y pierden esa capacidad de funcionamientos vitales, en el funcionamiento normal de las personas.

Entonces, las intervenciones en hogares protegidos, en talleres, en talleres protegidos, en la intervención de otros profesionales como el terapeuta ocupacional, la asistente social, la enfermera, está cobrando un valor súper importante en el manejo integral del paciente, de tal manera que el Estado chileno y los organismos estatales ven con visión futurista, y ya está en práctica, muchos o muchos modelos la psiquiatría comunitaria, la psiquiatrías comunitarias de salud mental, de tal manera que estos pacientes que estaban hospitalizados puedan regresar a sus diferentes hogares o diferentes comunas donde vivían, y de tal manera, que el equipo comunitario, formado por todos estos profesionales, pueda seguir la intervención, pueda seguir el manejo de los pacientes durante el tiempo que sea necesario.

O sea, el abordaje de los pacientes psiquiátricos, esquizofrénicos, ahora es integral y multidisciplinario. No solamente psicológico y psiquiátrico, sino que otras disciplinas se están sumando ahí para poder dar un tratamiento más óptimo y un abordaje más integral en los pacientes esquizofrénicos.

Bueno, entonces, de los tratamientos mencionados, ¿cuál sería el que tiene un mayor impacto en el mejoramiento de la esquizofrenia?

En general los antipsicóticos atípicos. O sea, eso es el que tiene mayor impacto clínico, mayor impacto social, mayor impacto en la recuperación y en la estabilidad del paciente y en el funcionamiento del paciente de los antipsicóticos atípicos, han revolucionado verdaderamente la recuperación del paciente esquizofrénico. Dentro de esos, como te dije delante, están la *Respiridona*, la *Olanzapina*, la *Cipracidona*, la

Quetiapina, que no te la había mencionado, y la *Clozapina*, que son estos medicamentos que hay en el mercado nacional chileno.

Entonces, ¿cuáles considera usted que han sido los avances observados en el tratamiento de la esquizofrenia relacionados con el aporte de la psicología, como disciplina?

A ver. La psicología como disciplina integral de los abordajes de los pacientes psiquiátricos y específicamente, de los pacientes esquizofrénicos, es de importancia relevante, diría yo, porque si ellos no estuvieran, por ejemplo, quedaría como una mesa con una pata que le está faltando, una mesa de un comedor. Entonces, por lo tanto, para tratamiento de pacientes esquizofrénicos requiere, por lo menos, de las bases primarias, para poder llevar a cabo un tratamiento óptimo en estos pacientes. Entonces, el psicólogo juega un papel importante y relevante en el tratamiento de los pacientes. Eso es lo primero. No se lo puede dejar de lado.

Y de acuerdo a tu experiencia profesional, ¿deseas agregar alguna idea, o comentario, a esta investigación?

A ver...este..., yo creo que la mejor oportunidad que tienen los pacientes esquizofrénicos y general los pacientes psiquiátricos va encaminada a ser una Psiquiatría comunitaria. La psiquiatría comunitaria tiene una mayor integralidad de abordaje en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos, en general, y una mayor permanencia en el tratamiento que la psiquiatría o la salud mental convencional, asistencial, de policlínico.

Y pienso que la psiquiatría comunitaria, o la salud mental, o la psiquiatría comunitaria, en el futuro, tiene que ser, digamos, el pilar fundamental, el dispositivo primario dentro de una red de salud mental y psiquiatría en general. El Estado mismo, como te repito, con los conocimientos, y por las situaciones que he estado asistiendo, la psiquiatría comunitaria, antes la red de intervenciones de dispositivos estaba integrada por..., en el centro estaba el Hospital Psiquiátrico General, donde venía

después la atención primaria, las COSAM, los centros de salud mental, etcétera, etcétera.

Ahora no. Ahora el nuevo modelo de intervención apunta hacia una psiquiatría comunitaria donde los pacientes más pobres van a ser beneficiados con un tratamiento más integral y más permanente en el tiempo, también. Por lo tanto, yo creo que en esa Psiquiatría Comunitaria, el rol de los profesionales juega un papel importante, tanto como el psicólogo, la asistente social, los técnicos en rehabilitación, la terapeuta ocupacional, el psiquiatra, monitores en salud mental, etcétera, etcétera, la comunidad misma, va a jugar un papel importante en el tratamiento y en la estabilización y en desestigmatizar a los pacientes psiquiátricos que hasta la fecha sigue habiendo, ¿no? De tal manera que yo creo que por ese camino de la psiquiatría comunitaria apunta el nuevo desarrollo de los tratamientos de los pacientes psiquiátricos en general.

En salud mental, en general, el tratamiento, el abordaje terapéutico tiene que ser integral. O sea, no se puede, digamos, individualizar el hecho que yo, psiquiatra, puedo solucionar los problemas integrales del paciente esquizofrénico o con problemas psiquiátricos. Definitivamente, el siglo XXI...

Claro, porque en un principio era así, y el psiquiatra hacía como psicoeducación, atendía a la familia, orientaba a la persona, ...

Quería hacerlo todo. No, no se puede ahora. Un paciente psiquiátrico requiere una intervención integral definitivamente, y eso, le mejora el pronóstico al paciente, le favorece la evolución de la enfermedad, que hacerlo individualmente por disciplina "X". Se hace por intervención psicológica, por intervención psiquiátrica, etcétera. O sea, indiscutiblemente, el que se ve favorecido es el paciente psiquiátrico, con un manejo responsable, con una intervención responsable, un tratamiento responsable en la que esté inmerso un tratamiento integral del paciente.

Entrevista a Ximena Rayo

¿Quiénes son las personas u organismos encargados de la salud mental en Chile, en el periodo en el cual usted se desempeña como Ministerio de salud?

Anteriormente al año 1991 la salud mental era, tenía estaba centrada en lo era los hospitales psiquiátricos, los grandes hospitales psiquiátricos, y en ese sentido había incluso la que es la ley que existía antes en el código sanitario implicaba que la gente luego de un tiempo breve en que se veía, si tenían alguna posibilidad de recuperación que podía hacer unos meses sino se recuperaba los mandaban a lo que eran los asilos...ya..y en ese sentido los hospitales psiquiátricos son un poquito posterior al asilo, propiamente tal ,pero conservando la misma, el mismo tipo de tratamiento o de no tratamiento, en general una gran cantidad de camas de crónicos, a estas personas prácticamente no había atención psiquiátrica, sino que mantenerlos lo más calmados posibles... he..., y sin la mirada de reintegrarlos a la sociedad, a partir, de... y había muy en como incluso en algunos hospitales generales habían algunas camas de psiquiatría pero también eran considerados como pequeños hospitales psiquiátricos se les llama todavía hospital psiquiátrico como es el de Concepción, como es el de Antofagasta, que a pesar de estas, ser hospitales, que están en hospitales generales... hee..., la gente del sector, de la comunidad le llaman el psiquiátrico y operaban de la misma forma.

¿Cuáles son las prioridades de la salud mental en el periodo actual?

En el año 1990-1991 se inicia la reestructuración psiquiátrica y se empiezan a incorporar camas de psiquiatría corta estadía en los hospitales generales. Y ese es un proceso importante. Hoy día más menos de los 28 servicios de salud que existen, mas o menos existen camas de corta estadía al menos en 18, tendría que calcularlo exactamente, ...hem.. y también empieza en los últimos, a empezado un proceso de cierre de cama de larga estadía, por ejemplo en el hospital psiquiátrico de Valparaíso ya no quedan camas de crónicos, ellos fueron todos incorporados en hogares

protegidos y la idea es esa, a partir del año 1991 se empieza a crear proyectos de rehabilitación, de trabajar con la gente que estaba en los hospitales psiquiátricos para poder la integrara a una vida más humana, ya, y están en hogares protegidos y aquellas personas más graves que no pueden de alguna manera auto valerse ni siquiera, con supervisión,...hee..., pero que sea en el fondo, que puedan vivir en un hogar sin cuidado de enfermería y eso van a residencia protegida que son más hogarizadas,...hee..., no de esta cosa grande de 200, 300 camas, entonces se han creados hoy en día, 650 plaza de hogares protegidos,...hee..., los hogares protegidos son casas como la tuya como la mía, en la cual habitan personas que tienen algún problema psiquiátrico y que tiene un máximo de 6 a 8 personas, con un nivel de supervisión diferenciado de acuerdo a su capacidad de autovalencia,...mmm..., hay hogares protegidos en los cuales va una persona algunas horas al día, un día a la semana, u otros con cuidados, incluso 24 horas, incluso con un monitor.

¿Este cambio hay un quiebre desde el año 1973, donde se abandona un poco la salud mental, no existían políticas claras, a finales 1989 el gobierno militar creo políticas de salud mental

E ¿Ximena, Como se organiza la salud Mental en Chile hoy día?

Se empezó a trabajar precisamente en el plan nacional, de a poco, primero existieron, la política y el Plan Nacional de Salud Mental que más o menos del año 1991 -1993 y después el año 2000 donde ya el Plan Nacional de Salud Mental y psiquiatría, entonces efectivamente incluso acá dentro del ministerio hasta el año 1990, 1989 y 1990 había una persona encargada de la salud mental y después hubo 10 personas.

E:Una sola persona

Una sola persona, es un psiquiatra.

El Ministerio de salud es como el órgano planificador de las políticas de los programas y estos son ejecutadas a través de los servicios de salud, las redes de servicios. Dentro de estos servicios de salud, las redes de servicios, dentro de estos

servicios de salud hay ciertos equipos especializados, ahí tiene que ver todo lo que es el nuevo plan nacional también, en términos de que antes estaban solamente equipos ambulatorios en los hospitales consultorios especialidades y también los COSAM, muy importantes para nosotros, donde queremos que se radiquen los equipos de salud mental y psiquiatría comunitario, esta es una nueva línea que esta en ciernes, o sea, todavía hay algunos lados que se están armando se están consolidando estos equipos, pero falta todavía,...heee..., y también en el fondo es cambiar la mirada es cambiar un equipo que se transforme en un equipo para un sector geográfico,...ya..., para una zona determinada. Para aya va el modelo... y eso esta en algunas partes, entonces ahí a la población le llega efectivamente un equipo, que tiene, por ejemplo, hay un equipo en el Bosque que tiene PAC, Que es un equipo de especializados, a parte de lo que son los centros de atención primaria, los consultorios y los CEFAM (centro de salud familiar), en los cuales también la salud mental ha ido llegando, hay varios programas que se atienden, por ejemplo todo lo que es depresión alcohol y drogas que se atienden en los consultorios y hay una derivación, solamente los casos más complejos y otros problemas también, violencia, trastorno hiperactivo, hay distintas cosas que ya están asumiendo los consultorios incluso hoy día, se esta incorporando patologías de salud mental en el que son el pago per-capita,...ya..., y es un salto enorme, muy grande...

¿Qué tipo de tratamiento reciben las personas con diagnóstico de esquizofrenia?
Si, en grandes líneas,...he..., en un principio, cierto, bueno, estaban solamente,...estaban solamente los antipsicóticos clásicos, los tradicionales, cierto,... ¿y a partir de que fecha mas o menos?...dentro de los años noventa...he...se inicia con el “Anapolec” y la,...el hospital psiquiátrico empieza a ser investigación con la Clozapina China, ¿ya? Y eso, bueno les va bien, eso crea una..., en realidad para nosotros una gran salto cualitativo que a partir del año 2000 nosotros hacemos una sociedad con un hospital psiquiátrico para poder incorporar a todo el país dentro de este convenio que ellos tenían con una entidad que nos proveía la Clozapina China, que era exclusivo para ellos...

E Me estas hablando del José Horwitz Barak

Exacto, José Horwitz, el Instituto Y entonces aquí ya dentro de esos, se crea una... una.... un cambio bastante importante en términos de tratamiento, ah..., muchos casos que no respondían a nada..., con eso..., eeehhh, cambia la perspectiva de ahí después también incorporamos también la risperidona, como otro antipsicótico atípico y la Olanzapina solamente para casos de alarma tres producida por Clozapina, hoy día estamos creciendo en eso, ya..., y... hoy día específicamente estamos incorporando un poco más otro, o sea, incorporando como para más eventos la Olanzapina y probablemente también algo de... otras antipsicóticos atípicos como la Quetiapina y Ziprisidona

Disculpe, los Tratamientos antiguos como los de electro Shok, ya no se usan a nivel de salud pública.

Los electroshock si se usan en casos determinados y eso está normado... ya..., y efectivamente el electroshock para casos muy resistentes en esquizofrenia, en depresión, en trastornos obsesivos compulsivos igual siguen siendo validos, cuando han sido fracasado otros tratamientos y como complemento de otros tratamientos es decir en casos muy severos, sin embargo, también esta mucho más normatizado y esta, ¿no se si tu has escuchado hablar de la comisión nacional de protección de las personas con enfermedad mental? Existe un reglamento 570, el reglamento de la internación de las personas con enfermedad mental, eso es súper importante, que también crea un salto importante en términos de los derechos de la persona, este reglamento de internación, sale publicado el año 2001, me parece...o el 2001 empieza a regir, en enero del 2001 y crea..., reconoce una cantidad importante de derechos y este reglamento es el que viene a desechar el reglamento anterior que yo te decía del código sanitario que es del año 1925, este del año 2001, el reglamento 570, cambia absolutamente la mirada y establece una serie de derechos de las personas, entre las cuales esta: El consentimiento informado para los tratamientos, el que las personas no pueden ser hee..., no pueden ser heee.... Tienen un plazo de intervención, no en forma indefinida, deja a fuera lo..., y,y,y cuando se requiere que sigue internado necesita

que esta comisión, la comisión nacional de protección y debe pedir permiso a la comisión de protección justificando del porque la persona tiene que seguir otros seis meses más, entonces eso te va siendo un control, también establece los derechos económicos de la persona, los derechos a recibir una segunda opinión médica, los derechos a tener libre comunicación y una serie de derechos para los pacientes y también establece por ejemplo, que debe haber permiso..., la comisión por ejemplo tiene regular, regula ciertos tratamientos irreversibles como es la psicocirujía, que ese si se usaba muy indiscriminadamente hace un tiempo atrás, hasta el reglamento, nosotros lo regulamos y lo paramos, hee..., regula también la esterilización de las personas y regula la terapia electro convulsiva como una cosa especial, pero igual reconociéndola, o sea la terapia elctro convulsiva requiere un consentimiento informado de la persona y la reunión del comité ético del establecimiento. No es tan drástico como lo que es la terapia, o sea, la ..., la esterilización y lo que es la psicocirugía... eso si que es duro...

E: Disculpe que pasa con los comas insulínicos

Hay todo un protocolo para el tratamiento de la esquizofrenia, o sea esta una norma del tratamiento de la esquizofrenia unas orientaciones técnicas el año 2000 y luego ahora esta el protocolo auge, que ahora precisamente en estos momentos cambio, o sea para el año 2005hay un nuevo protocolo..., que precisamente estaba en eso, que todavía no sale a luz pública, porque hoy día lo presentamos en el ministerio y ahí se incorporan los antipsicóticos, etc.

Ximena, de acuerdo a su experiencia ¿cuáles son los argumentos que inciden en la inclusión o exclusión del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia?

Es super importante como la mirada integral, interdisciplinario, transdisciplinaria en el tratamiento de las personas, y efectivamente el psicólogo es, súper importante, como también, el terapeuta ocupacional, como también el asistente social, como también el psiquiatra como también la enfermera o sea, la verdad que ese es un equipo para

nosotros vital, ha , si comparte muchas , ciertas tareas que se requieren para el tratamiento de la persona, que son la psicoeducación, que son las intervenciones familiares, que son cierto los trabajos con los usuarios, las intervenciones grupales, etc. Y quizás los mas propio del psicólogo lo que se le pide, para, es lo que se requiere un psicodiagnóstico, cierto, una evaluación psicológica y lo que son las psicoterapias individuales y grupales. Ese es como la cosa específica de ellos, del psicólogo pero también se incorpora dentro de todo el plan del tratamiento.

¿En este periodo, los profesionales psicólogos cumplen un rol específico en el ámbito de la salud mental en general y en el tratamiento de la esquizofrenia en particular? ¿Estipula el Plan Auge lo que tiene que hacer cada uno de estos profesionales dentro de los equipos?.

No, no lo estipula porque justamente nuestro modelo, va hacia que sean equipos interdisciplinario. Lo que pasa es que obviamente el psicólogo esas son sus herramientas de trabajo fundamentales he incluso que están protocolarizadas, que están acreditadas, el que está acreditado para hacer psicoterapia, es el psicólogo, salvo que también un psiquiatra u otro, pero en el fondo es el propiamente, es el psicólogo que se acredita para ello y también para el psicodiagnóstico ya , pero la idea dentro de los equipos que no tengamos la función, lo que queremos que haya un equipo, que haya una mirada de equipo, sino todos están , y tu vas a ver una ficha antigua y también las de ahora ese es en el trabajo que estamos, una ficha clínica entre un psicólogo que mete sus cosas y el asistente social por otro, y nadie sabe que hace el otro, no se interrelacionan. Entonces hoy en día, no se hace eso, la idea es que incluso hayan momentos de evaluación, que haya una entrevista de evaluación para el ingreso en conjunto, luego hayan monitores, seguimiento de las personas también en conjunto.

A su juicio ¿Cuáles son los argumentos que llevan a la incorporación del psicólogo en el tratamiento de la esquizofrenia actual?

Veo que son pocos los psicólogos, que tienen experiencia en personas con esquizofrenia, ya creo que va hacia otro tipo de problemas de patologías, los clínicos se van como a los trastornos de depresivo, ansiedad pero pocos conocen y tienen experiencia yo creo que ese es uno de las cosas que tienen que ir formándose más, hee la otra cosa es la necesidad que se incorporen a la mirada al nuevo modelo de atención de salud mental y psiquiatría no solo el psicólogo todos los profesionales, o sea incluyendo los médicos, los psiquiatras, los asistentes sociales los terapeutas, los terapeutas quizás tienen algo mucho más, tienen una mirada más interdisciplinario, mas integral. Pero también la enfermera. Se requiere incorporarse más hacia la cosa comunitaria. Esas son como las falencias en muchos de las gentes y tiene que ponerse como a tono después de entrar al., va aprendiendo en el camino y algunos se integran y otros no lo logran.