

LOCURA Y FÁRMACO: ¿EXCLUSIÓN O INCLUSIÓN?

Lina María Arboleda Molina

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2012

LOCURA Y FÁRMACO: ¿EXCLUSIÓN O INCLUSIÓN?

Lina María Arboleda Molina

Trabajo de grado para optar al título de
Psicóloga

Asesor

ÁLVARO RAMÍREZ BOTERO

Psicólogo, Magíster en Educación

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2012

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Envigado, Junio 8 de 2012

DEDICATORIA

*... Para mi Mamá, mi Papá, mis hermanos, son las personas que más amo en el mundo, para las personas que creyeron en mí... en especial mi hermana **Sandra Milena Alzate Molina**, eres la persona la cual respeto, admiro y valoro, me siento muy orgullosa de tenerte como hermana y amiga... sin ti nunca lo hubiera logrado.... Te amo...*

AGRADECIMIENTOS

*A mi hermosa familia, “**mis padres, mis hermanos, mis sobrinos en especial “Moisés Garro Alzate”**, tíos y primos que han estado presentes en cada momento de mi vida”. Gracias por estar en todos mis procesos de crecimiento, guiándome y apoyándome con amor y paciencia, en cada etapa de mi vida.*

A Dios, por llenarme de paciencia y fortaleza para superar los obstáculos y poder salir adelante.

*Al mismo tiempo... a un gran amigo, un buen confidente, un excelente compañero, un verdadero amor, **Amilkar Rodríguez Marín**, gracias por estar en cada espacio que ha sido valioso en mi vida, como al mismo tiempo en aquellos momentos que han sido poco gratos. Te amo.*

*Para una gran persona, un gran asesor y un gran docente, el cual admiro y respeto mucho... **Álvaro Ramírez Botero**, has sido un gran pilar para este trabajo, como para mi formación profesional y personal.*

*Igualmente al **Decano Cesar Jaramillo Jaramillo**, el cual ha estado en gran parte de mi crecimiento personal, como profesional, siempre transmitiendo ese gran conocimiento y amor por la docencia.*

*A un gran amigo **Oscar Mesa Sánchez**, el cual siempre se toma el tiempo para escucharme, para guiarme y sobre todo, para enseñarme a tener amor por la lectura, brindándome nuevos conocimientos.*

*Al **Centro de Salud Mental de Envigado**, por permitirme adquirir nuevos conocimientos que aportaron a mi formación profesional.*

CONTENIDO

Pág.

LISTA DE FIGURAS.....	8
TABLA DE ANEXOS	9
GLOSARIO	10
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	18
2. JUSTIFICACIÓN	22
3. OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo general.....	25
3.2 Objetivos Específicos	25
4. DISEÑO METODOLÓGICO	26
4.1 Momento de exploración	27
4.2 Momento de selección de fuentes	28
4.3 Momento de recolección y generación de información.....	29
4.4 Momento categorización y análisis	30
4.5 Instrumentos	32
5. PRESUPUESTO.....	34
PRESUPUESTO GLOBAL DEL trabajo de grado.....	34
6. CRONOGRAMA	37
7. MARCO REFERENCIAL.....	39

7.1. Antecedentes.....	39
7.1.1 Investigación	39
7.1.2 Investigación	44
7.1.3 Investigación	45
7.1.4 Investigación	46
7.1.5 Investigación	47
7.2. MARCO TEÓRICO	50
7.2.1 La Historia de la psiquiatría, desde épocas antiguas, hasta la actualidad.	51
7.3 MARCO CONCEPTUAL.....	76
7.3.1 Locura	77
7.3.2 Exclusión	78
7.3.3 Inclusión	79
7.3.4 Farmacoterapia	81
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS (DISCUSIÓN FINAL)	83
8.1 ¿DE LOCO A PSICÓTICO?.....	85
8.2 EL PODER DEL FÁRMACO Y SUS DOS FORMAS: EXCLUSIÓN/INCLUSIÓN.	99
8.2.1 El encierro manicomial como práctica de exclusión.....	102
8.2.2. El uso del fármaco como instrumento de inclusión.	114
8.3 INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN DEL LOCO/PSICÓTICO EN LA ACTUALIDAD.	122
9. CONCLUSIONES	131
RECOMENDACIONES.....	134
REFERENCIAS	138
ANEXOS	142

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Paso del loco a psicótico según los expertos	88
Figura 2 Elementos del concepto de loco y del de psicóticos según Cárdenas.....	89
Figura 3 Orígenes de los episodios psicóticos planteados por Correa.	92
Figura 4 Ventajas y desventajas del recurso manicomial según Cárdenas.	105
Figura 5 Sobre el tratamiento bajo encierro manicomial según Correa.	108
Figura 6 El soporte comunitario según Correa.....	116
Figura 7 La psiquiatría manicomial y la comunitaria utilizan fármacos.....	129

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
• Anexo 1: Formato consentimiento informado	142
• Anexo 2: Guía de entrevista	143
• Anexo 3: Entrevista a expertos	145
• Anexo 4: Entrevista a expertos	151
• Anexo 5: Entrevista s expertos	162
• Anexo 6: Categoría de Análisis	171
• Anexo 7: Modelo de Ficha bibliográfica	179

GLOSARIO

A

ATENCIÓN PRIMARIA: En psiquiatría es el servicio que se presta en el denominado “nivel primario de salud” que consiste en la atención de urgencias, en este caso la atención primaria integra los diversos problemas psiquiátricos.

C

CLORPROMAZINA: Medicamento que nace en los 50's y se introduce en las prácticas psiquiátricas para aplicarse a pacientes psicóticos y favorecer la desinstitucionalización del “loco” mediante esta herramienta farmacológica.

D

DESINSTITUCIONALIZACIÓN: Es el proceso mediante el cual se sustituyen servicios de orden manicomial (encierro psiquiátrico) por tratamientos alternos que mantiene al enfermo en la comunidad.

E

EQUIPOS INTERDISCIPLINARES: Son equipos de salud mental que están formados por profesionales de distintas disciplinas.

EXCLUSIÓN: Foucault señala la exclusión como una sospecha de lo evidente por la tendencia estigmatizante que hay en la sociedad de aquello que es diferente. Literalmente el término se refiere a quitar o echar a una persona de una sociedad.

F

FARMACOTERAPIA: Es la rama de la farmacología que se ocupa del uso de los medicamentos para la prevención y el tratamiento de enfermedades en seres humanos.

H

HUMANIZACIÓN: Este término da cuenta de un proceso mediante el cual se proponen, implementan y aplican formas de proceder frente al hombre, que logren en dichas prácticas tratos más dignos que pueden ser llamados humanos.

I

INCLUSIÓN: La inclusión es admitir o recibir una persona dentro de un contexto social. En la psiquiatría comunitaria, los fármacos han ayudado a que el enfermo mental esté incluido en la sociedad.

INSTITUCIONALIZACIÓN: En psiquiatría es una práctica que tiende a prolongar las estancias de manera excesiva en centro psiquiátricos en los pacientes, lo que conlleva a grandes restricciones de libertad, y a prácticas de vigilancia constante y etiquetaje.

L

LIBERTAD: Para Luis Carlos Restrepo la libertad es la capacidad que tiene el ser humano de romper su orden simbólico y de proponer nuevos modelos de acción y pensamiento.

LOCURA: En la actualidad, para la psiquiatría, este concepto hace referencia a la psicosis como un trastorno mental en el que hay una ruptura con la realidad.

P

PSIQUIATRÍA COMUNITARIA: Se centra en la detección, prevención y tratamiento temprano de los trastornos mentales. Trabajan más dentro de la comunidad que en las instituciones hospitalarias.

PREVENCIÓN: Es la complementación de las actividades meramente asistenciales con intervenciones enfocadas a la disminución de las problemáticas de salud mental.

RESUMEN

Este trabajo presenta una indagación por la historia de la psiquiatría para entender la forma como se dio el surgimiento del fármaco en los tratamientos, el cambio histórico que se le ha dado a la locura, la manera en que se produce la exclusión o la inclusión del loco y como en la actualidad se abordan estas problemáticas. También presenta una exploración sobre las prácticas de aislamiento del loco de la sociedad y las diversas prácticas de castigo, los métodos diseñados para estas prácticas, y mostrar el punto en que el manejo del loco empezó a “humanizarse” con el uso de los fármacos y la manera cómo con esta práctica produce una transformación de la institucionalización psiquiátrica.

Se resaltan los pros y los contras que tiene el uso del fármaco, es decir de qué manera contribuye en la inclusión o en la exclusión del loco en la sociedad, igualmente se aborda el problema del acompañamiento que se le ha dado tanto desde la psiquiatría como desde la psicología; resaltando algunos procedimientos que marcaron la historia de la psiquiatría desde sus comienzos hasta la psiquiatría comunitaria y su afán por llegar a hacer de los hospitales mentales y de los tratamientos, unas formas de intervención más humanas e integrales.

PALABRAS CLAVES

Locura, psicótico, fármaco, psiquiatría comunitaria, inclusión y exclusión

ABSTRACT

This paper work presents an investigation by the history of psychiatry to understand how was the emergence of the drug in treatments, the historical change that has been given to the Insanity, the way in which occurs the exclusion or inclusion of the crazy person and how nowadays addresses these issues. It also presents an exploration about the practices of isolation of the insane of the society and the different practices of punishment, the methods developed for these practices, and show where the crazy management began to "humanize" with the use of drugs and the way how this practice produces a transformation of psychiatric institutionalization.

It highlights the pros and cons of the use of the drug, i.e. how contributes to the inclusion or exclusion of the mad person in society, also addresses the issue of support that is given both psychiatry and from psychology, highlighting some processes that shaped the history of psychiatry from its beginnings to community psychiatry and their eagerness to get to do mental hospitals and treatments, more human and integrals ways of intervention.

KEY WORDS

Insanity, psychotic, drug, community psychiatry, inclusion and exclusion

INTRODUCCIÓN

Para este trabajo de grado se realizó un recorrido histórico a partir de las obras de Michel Foucault, donde se rastrearon prácticas de exclusión al loco y sus diversos tratamientos, como prácticas punibles que se acomodaban al cuerpo del alienado como castigos, encierros, desmembración del cuerpo, baños prolongados de agua fría y caliente, lobotomías, entre otras que hacían que se desconociera más la naturaleza de la locura. También se rastreó el momento en que empiezan a hacer las prácticas más humanas con nuevas tecnologías para abordar el loco, ya no desde el cuerpo, con prácticas que implican dolor, sino más bien desde algo que está más allá del cuerpo que se castiga y que se encierra. Es aquí donde emergen las nuevas tecnologías de tratamiento del loco: psicoterapias y fármacos.

Para el efecto también se retomaron libros y textos que dan cuenta de la historia de la psiquiatría y su afán por ser una práctica más humana, observándose así la manera en que era tratado el loco antes de la revolución farmacológica. Para esto se fue relevante remitirse a tesis doctorales, monografías y trabajos acordes con el tema de investigación para dar cuenta del punto de vista que tiene cada autor acerca del loco y la discusión acerca de su tratamiento, evidenciando el avance que efectivamente tuvo la práctica psiquiatra en pro del enfermo mental y al mismo tiempo dejando ver como el encierro manicomial era una práctica de dominación y sometimiento del loco.

Luego se empezó a indagar por las prácticas que abordaban al loco y su historia para observar cómo era vista y tratada la locura por los diferentes personajes que se hacían

cargo de ella; las culturas arcaicas o tribus indígenas, viendo al loco como un sujeto que tiene pensamientos mágicos producidos por espíritus y seres sobrenaturales, las prácticas de los médicos chamanes que hacían una psicoterapia más explícita con bebedizos de plantas medicinales. La iglesia, viendo a los locos como poseídos por el demonio o como brujas o brujos. Luego, el loco, pasa a ser posesión del médico psiquiatra donde éste lo aborda desde una mirada científicista en la que el loco es quien posee la locura y se convierte en un objeto de conocimiento para el psiquiatra, un objeto de saber, porque el loco es quien posee la enfermedad y el psiquiatra es quien sabe sobre su enfermedad cuando el loco es entregado o se entrega a su saber.

A partir de lo anterior se empiezan a generar diferentes formas de trato al enfermo mental, como prácticas ensayo-error, para experimentar formas más humanas de abordar al enfermo mental sin causarle dolor. Desde entonces surge una de las grandes revoluciones psiquiátricas y con esta llega el gran descubrimiento por la ciencia: el fármaco. La introducción de la farmacología a las prácticas psiquiátricas llega con nombre propio “la Clorpromazina”, este es un fármaco que nace en el año 1952 y fue uno de los grandes avances de la medicina del siglo XX, este fármaco generó la desinstitucionalización del loco y su “integración” a la sociedad, ya que se observó que no era necesario tener al loco dentro de la institución por tiempos prolongados; sino, que era más accesible y más económico que el enfermo fuera periódicamente a revisión con el médico psiquiatra, como forma de vigilancia de su sintomatología, para así evitar que este volviera a internarse.

También fue pertinente remitirse al consenso de Panamá y a la declaración de Caracas, hecha por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) /Organización Mundial de la Salud (OMS). Las cuales, en el año 2009, aprueban por primera vez una estrategia y plan de acción sobre la salud mental, y se empiezan a ofrecer guías y pautas para abordar las problemáticas de la salud mental, se reestructura la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud, teniendo en cuenta que los pacientes con alguna clase de enfermedad mental tienen derechos y deberes, siendo partícipes de estos mismos y en particular el derecho de vivir de forma independiente y el derecho a ser incluidos en la comunidad. Este llamado se realizó con el objetivo de que en el año 2020, no haya más instituciones manicomiales. Claro está que para llegar a estos nuevos consensos y declaraciones fue necesario el transcurso histórico por varias prácticas que atentaban contra la integridad del sujeto y/o el enfermo mental, para así lograr una práctica más humana.

De las prácticas psiquiátricas y su afán por un tratamiento menos manicomializado, nace una psiquiatría que trabaja a favor de la comunidad, con un objetivo claro, ayudar a la inclusión del enfermo mental a la sociedad. Así viene una nueva concepción comunitaria, “La psiquiatría comunitaria”, que busca alternativas asistenciales para la población manicomial, sin tener al enfermo recluido en una institución, trabaja bajo redes de salud mental, reconociendo el saber de las ciencias sociales, el saber psicológico, el saber del trabajo social, el de la sociología, y otros saberes que contribuyen al bienestar como la nutrición, terapia ocupacional entre otros que hacen un trabajo interdisciplinario de la mano de la psiquiatría.

Por su parte la psicología, en la institución, se une a los diferentes saberes para trabajar en pro del enfermo mental, y los pacientes en tratamiento psiquiátrico con uso de psicofármacos y con diagnóstico, son acompañados por el psicólogo en su condición de personas diagnosticadas y medicadas, brindándoles herramientas para la aceptación del uso del fármaco y del diagnóstico.

Finalmente se aborda la discusión alrededor de las implicaciones del uso de fármaco para la inclusión del enfermo mental, pero también para la exclusión, puntos que se busca evidenciar en este trabajo de grado. También podría decirse que la exclusión, puede ser la autoexclusión del mismo enfermo mental, considerado en este trabajo como el loco/psicótico¹.

¹Se le nombró de esta manera, para dar cuenta que se está hablando de la misma persona, y que el loco de antes, es nuestro psicótico de la actualidad.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una lectura posible de la locura desde lo propuesto por Michel Foucault, consiste en que en la sociedad la locura y el loco son parte de ella, son necesarios y como parte de ella estos son objetos de exclusión. La anterior afirmación parte de lo expuesto en su libro *La historia de la locura en la época clásica*, donde Foucault (1967), muestra que:

La locura y el loco llegan a ser personajes importantes en su ambigüedad: amenaza y cosa ridícula, vertiginosa sin razón del mundo y ridiculez menuda de los hombres. La locura aparece como una especie de gran sinrazón, de la cual nadie es precisamente culpable, pero que arrastra a todos los hombres, secretamente complacientes. La denuncia de la locura llega a ser la forma general de la crítica. Entonces si la locura arrastra a los hombres a una ceguera que los pierde, el loco, al contrario, recuerda a cada uno su verdad (p. 28 y 29).

En la anterior cita se entiende no como el loco siempre posee la verdad de todo; si no como él nos muestra lo que nosotros no queremos ser o más bien lo que realmente podemos llegar a ser, es decir, “si la locura arrastra el hombre a una gran ceguera que lo pierde” (Foucault, 1967, p.29), el loco es el espejo de una cierta verdad que es reflejada en cada uno de nosotros. Para corroborar este argumento el autor hace un acercamiento el cual nos dice que “El loco se convierte en una odisea ejemplar de los defectos humanos” (Foucault, 1967, p.49). Estos defectos humanos, remarca el autor, son todo lo que debe ser excluido ya que la locura y el loco recuerdan esa parte que los seres humanos no quieren ser, ese lado oscuro que da miedo, por esto, es lo que el mismo

hombre quiere excluir, quiere normalizar, lo hace porque le genera temor. En la sociedad todo lo que no esté en el rango de lo normal genera exclusión.

De otro lado, en el libro *Los anormales*, Foucault (1974) enfoca el problema de esos individuos peligrosos a quienes en el siglo XIX, se denominaban “anormales”. Define sus tres figuras principales, los monstruos: que hacen referencia a las leyes de la naturaleza y las normas de la sociedad; los incorregibles: de quienes se encargan los nuevos dispositivos de domesticación del cuerpo, y los onanistas: que alimentan desde el siglo XVIII, una campaña orientada al disciplinamiento de la familia moderna. Estas tres figuras orientadas a ser normalizadas y vigiladas en toda práctica social.

Hay que resaltar que una práctica sutil de exclusión (o una forma de disminuir la exclusión social) en la actualidad es en la práctica de la medicina el uso del fármaco. Es sabido que en la época clásica se hablaba del encierro como una práctica de exclusión para el loco, en la actualidad se presentan diversos fenómenos que no son tan evidentes pero que se siguen presentando.

En este trabajo se pretende observar cómo el uso del fármaco llega a ser una práctica sutil de exclusión o inclusión en la actualidad. Se entrará a mirar en qué momento llegó a ser el medicamento importante en la institución y cómo llegó a hacer parte de los mecanismos de exclusión e inclusión en la sociedad contemporánea.

En el texto de Guimón (2003) “*El estado actual de la asistencia psiquiátrica*”, se habla de la desinstitucionalización y sectorización, de la cual su característica fundamental es la psiquiatría comunitaria que da paso a que los pacientes migren desde los manicomios

hacia la comunidad. En los años 50 hubo un gran avance de la farmacología y en los años 60, gracias a la aparición de los modernos fármacos, han producido cada vez más pequeñas estancias en los hospitales mentales y mejor aún el manejo de pacientes en los hospitales generales a partir de unidades especializadas que operan sobre la salud mental.

Con el uso del medicamento psiquiátrico en la contemporaneidad ya no se hace necesario tener al enfermo tanto tiempo bajo vigilancia y en periodos más largos dentro de la institución. Ello puede ser mirado como una práctica que contribuye a la inclusión social del enfermo mental o el loco, sin embargo, esto es uno de los asuntos que se pondrá en interrogación en el presente trabajo de grado.

En el libro *“Vigilar y Castigar, nacimiento de la prisión”* Foucault (1976) muestra cómo se va humanizando el proceso de castigo al loco. Se empiezan a modificar y reformar las prácticas punitivas y van pasando de la descuartización, desmembración y anulación de dolor, a otra clase de prácticas más humanas como el recurso de la farmacología, las inyecciones tranquilizantes y los diversos desconectantes, ello como una práctica de no tocar el cuerpo sino de herirlo en algo que no sea el cuerpo mismo.

Cabe entonces preguntarse a partir de lo anterior:

¿De qué manera se da la asunción del fármaco, como forma de exclusión o inclusión, en las prácticas psiquiátricas que tratan la locura en la actualidad?

Ahora bien el sujeto se constituye a través de un discurso. Las prácticas psiquiátricas son resultado de un discurso médico, ya que el sujeto está a merced del poder que genera este mismo. A partir de esto se da la función de las prácticas psiquiátricas, donde empieza a ejercer un poder sobre el sujeto o mejor aún, sobre el cuerpo mismo, como un saber poder que se ejerce en lo social y en lo individual. No se debe desconocer que estas prácticas han sido útiles en cuanto a la desinstitucionalización de muchos locos o enfermos mentales.

Foucault(1975-1976) habla en su curso *Defender la sociedad* sobre la institucionalización de la psiquiatría en el siglo XIX, como institución de la anomalía, anomalía en el sentido que hace parte del manicomio y con todas las técnicas ligadas a ellas. Como ya se dijo, estas prácticas cesaron y se volvieron más humanas, ya no es el cuerpo que se maltrata o se hace daño, sino es algo más que el cuerpo mismo, entonces ¿Qué es lo que se maltrata? las diversas prácticas sutiles las cuales desconoce el hombre y de esta manera empieza a ser esclavo de estas mismas prácticas.

2. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de grado tiene como fin, realizar un rastreo bibliográfico desde algunas obras de Foucault, evidenciando como la locura y la exclusión forman parte de nuestras prácticas sociales en la actualidad; indagando como el uso del fármaco puede llegar a ser una forma sutil de exclusión/inclusión para el loco/psicótico. Pasar del encierro del manicomio, a generar un encierro del fármaco, y/o a dar inclusión al enfermo.

Pudiéndose observar esta problemática de la locura actualmente abordada con el uso del fármaco; este uso llega a ser una práctica social de las instituciones médicas contemporáneas que causan bienestar o malestar en el sujeto.

Lo importante que se propone en esta reflexión para la psicología y la psiquiatría, es una discusión de los métodos que se utilizan desde estas disciplinas como parte de las instituciones normalizadoras del sujeto contemporáneo, traducándose en discursos y prácticas de vigilancia, encierro y poder que se ejercen sobre el cuerpo, y esto puede llegar a ser una gran problemática para el sujeto ya que este es quien lo vivencia en lo subjetivo y en lo social.

Lo anterior se evidenció en la práctica formativa realizada en el Centro de Salud Mental de Envigado, donde a partir de las experiencias grupales se pudo observar y escuchar el malestar en algunos de los pacientes, este malestar es con el uso del fármaco que llega a ser parte de ellos de manera negativa, porque en ocasiones ni siquiera son conscientes de para qué sirve o aún más se sienten alienados y esto se puede leer en ellos como un signo de exclusión social. Pero por otro lado se encuentra la contra cara que evidencia

también que el uso del fármaco llega a ser algo positivo que permite la inclusión social, pues estabiliza la enfermedad mental.

También es importante precisar que este trabajo de grado, se abordó desde lo monográfico y no se realizó un trabajo de campo con el Centro de Salud Mental, sin embargo cabe señalar que lo vivenciado allí en el contexto de la práctica formativa y profesional para concluir la formación como psicóloga, sirvió de apoyo para este trabajo, pues facilitó una mirada desde la palabra de los sujetos más amplia acerca del uso del fármaco como forma de exclusión/inclusión, asunto que se abordó trabajo partiendo de este contexto específico donde se inspiró.

Esta investigación aporta a la institución una mirada crítica que entrelaza la psicología, la psiquiatría y la filosofía, todas estas en una misma dirección que son las prácticas clínicas en la actualidad, en este trabajo se observó la función del fármaco en los sujetos de la contemporaneidad, y a partir de esto propiciar el debate en la institución psiquiátrica acerca de estas clases de prácticas y cómo poder abordarlas de una manera que con ellas se genere una mayor inclusión al sujeto en lo social.

En este sentido, se puede identificar un aporte desde el trabajo de grado hacia la psicología, con miradas a las formas en que se establecen las relaciones sociales cuando el fármaco actúa como un intermediario; es decir, en una perspectiva de la práctica clínica, la presencia del fármaco genera una características de socialización del sujeto, donde su posición frente a los otros se ve afectada de una manera específica. Así mismo se puede ampliar el aporte al ejercicio psiquiátrico, donde tradicionalmente es el

fármaco la solución única ante las problemáticas psíquicas que presentan los sujetos, por lo tanto una mirada distinta, donde no se penaliza la utilización de éste tipo de medicamentos, sino que centra la mirada en la transformación y la función que éste ejerce, permite además un reflexión en la psiquiatría sobre los posibles objetivos de su tratamiento, si sólo se limita a la receta médica, o pretende otros alcances, con dichos medicamentos.

De igual forma se puede observar que este trabajo le aporta la filosofía una reflexión sobre la libertad; libertad en relación al medicamento, es decir, libertad de no estar sujetos a este, aunque no se puede decir que el uso del fármaco es “malo” o genera malestar, sino que este también genera un bienestar, en palabras de Foucault un cuidado de sí, y a partir de esto se puede decir que el medicamento es una creación de nuevas formas de relaciones sociales.

De otro lado la experiencia profesional y personal como practicante y estudiante del último semestres del pregrado en psicología en la Institución Universitaria de Envigado es muy enriquecedora, ya que permitió acceder a un nuevo conocimiento y poder dar paso a nuevas investigaciones acerca de las prácticas sutiles en la actualidad como lo son el manejo de la enfermedad mental en la época contemporánea y sus implicaciones en la subjetividad de los seres humanos que padecen patologías en este orden.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evidenciar en las prácticas psiquiátricas fármaco terapéuticas las formas de exclusión o inclusión de la locura en la contemporaneidad, a la luz de algunos postulados de Michel Foucault.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar en algunas obras de Foucault cómo se da históricamente el paso del uso del encierro al uso del fármaco en los pacientes psiquiátricos.
- Identificar la función de la farmacoterapia como una práctica psiquiátrica que posibilita la exclusión /inclusión del paciente psiquiátrico en el contexto que él habita.
- Determinar de qué manera el fármaco se puede convertir en una práctica sutil de exclusión/inclusión en la actualidad.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente ejercicio investigativo se enmarca en la tradición de la investigación cualitativa, la cual busca comprender fenómenos sociales que son vividos por autores sociales o desentrañar en la teoría los aspectos centrales que constituyen la creación de conocimiento en un espacio de reflexión específica.

Este trabajo es de corte cualitativo, que según María Eumelia Galeano (2004) en su texto *“Diseño de proyectos en la investigación cualitativa”* aborda las realidades subjetivas e intersubjetivas como objetos legítimos de conocimiento científico, busca comprender desde la interioridad de los actores sociales desde las lógicas de pensamiento de un autor de cabecera como lo es Michel Foucault y desde algunos autores complementarios las relaciones conflictivas pro cierto entre locura y fármaco. Estudiando para ello la dimensión interna y subjetiva, desde la obra insigne de un autor como este, y la realidad social como fuente de referencia para contrastar el conocimiento teórico obtenido de la lectura juiciosa y analítica de textos que posibilitan los estudios de carácter documental como el que se propone aquí.

Toda investigación social tiene como paso la indagación, la reflexión, la construcción, la resignificación o la sistematización de conocimiento. Para el logro de esto existen dos estrategias:

La primera es entender el comienzo como el primero de una serie de pasos sucesivos, siendo cada uno de ellos responsable o prerequisite del siguiente, es decir el punto de partida prefigura el punto de llegada.

La segunda estrategia plantea que es un comienzo, es una tarea entre otras, siendo todas corresponsales y en modo alguno lineales, cada una de ellas es susceptible de transformación, revisión y cuestionamiento (Galeano, 2004, p.27).

Para este caso específico la realización de este trabajo se hizo en forma monográfica, tal como lo plantea Eco cuando afirma que: “Una monografía es el tratamiento de un solo tema, se estudian autores pero solo desde el punto de vista del tema específico que se va a trabajar” (Eco, 1996, p.31).

Como primer paso se enfocó a la lectura de los textos, que para este trabajo se realizó desde los postulados de Michel Foucault y otros teóricos acorde con el trabajo, como segundo paso se hizo el análisis de la lectura y articulación al tema con los conceptos pertinentes que se está trabajando y como tercer paso se realizó el trabajo de grado para dar una posible respuesta al planteamiento del problema, luego se hizo la redacción del resultado final y por último la socialización del trabajo terminado.

Para darle profundidad a este trabajo, se pasó por cuatro momentos, propuestos por María Eumelia Galeano en su libro *“Diseño de proyectos en la investigación cualitativa”* (2004) así:

4.1 MOMENTO DE EXPLORACIÓN

“Permite determinar la estructura metodológica que orienta el proceso investigativo; la exploración permite entrar en contacto con el problema o situación que se investiga”

(Galeano, 2004, p. 29). El reto que este momento plantea al investigador centrar el tema en que se va a trabajar sin perder de vista las relaciones con otras dimensiones de la realidad. Por otro lado un análisis de los componentes del diseño cualitativo lleva a examinar tres niveles o dimensiones estos son: lo teórico; tiene que ver con la construcción del objeto de investigación y en la visualización de las categorías. Lo metodológico; como abordaje del objeto de investigación, agrupa todos los componentes del diseño. Y por último, lo técnico; se expresa con mayor facilidad a la definición de técnicas de recolección, generando así registros, sistematización y análisis de información.

4.2 MOMENTO DE SELECCIÓN DE FUENTES

“Las fuentes son verificadores a través de los cuales se constatan los signos, las señales y se obtiene información; pueden ser primarias o secundarias, orales y escritas”

(Galeano, 2004, p. 35). La realización de este trabajo se hizo desde algunos postulados de Michel Foucault, libros de historia de la psiquiatría, tesis doctoral, monografía, tesis de pregrado, libros que se articulan al trabajo de grado los cuales fueron:

“La historia de la locura en la época clásica I” (1967),y “La historia de la locura en la época clásica II” (1967), de Michel Foucault, “Vigilar y castigar nacimiento de la prisión” (1976) el libro “Los Anormales” (1974-1975)de Michel Foucault, igualmente, “Defender la sociedad” (1975-1976). “Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica” (1966) del mismo autor. En cuanto a la psiquiatría: fundamentos de medicina” de Vélez. H, Borrero. J & Restrepo. J (1982). “Anales de la academia de

Medicina de Medellín” volumen 17, (2007). Artículos como “Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la Clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología” (2002), de López, Alamo y Cuenca. Y por otro lado está el texto de José Guimón y otros “El estado actual de la asistencia psiquiátrica” (2003), declaración de caracas” (1990) por la organización panamericana de salud. Otros libros acordados como “Internados” (1961). De Erving Goffman. Entre otros

4.3 MOMENTO DE RECOLECCIÓN Y GENERACIÓN DE INFORMACIÓN

Este señala cuales son las estrategias de recolección de datos más adecuada, así mismo como las características del plan de recolección de información y es de anotar que este es:

- De referencia, no perceptivo: es una guía que permite la ubicación de las diferentes situaciones de la realidad explorada.
- Flexible: se va ajustando de acuerdo a los avances en el proceso de comprensión de la realidad.
- Emergente: cambiante de acuerdo a los hallazgos de la investigación.
- Frecuente estructuración: no se pre elaboran antes del contacto con las personas y escenarios como fuentes de datos (Galeano, 2004, p. 36).

Para este trabajo fue importante lo referencial, ya que permitió la ubicación de lo explorado en este caso sería desde la ubicación bibliográfica, como segundo lo flexible, fue dando forma al trabajo de acuerdo en con lo que se avanzó en el estado del arte de

lo investigado para poder darle una aproximación de respuesta a la pregunta de investigación, como tercero se hicieron, como emergentes, todos los cambios pertinentes que se encontraron en el trabajo a partir de los giros que señaló la teoría y los teóricos estudiados; y por último la estructuración, aunque en este trabajo no hay un público específico como se dijo anteriormente, se evidenciaron informaciones importantes provenientes de la práctica, siendo muy éticos en cuanto a la información recibida y a lo que se observó.

4.4 MOMENTO CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS

En los diseños de investigación cualitativa, lo teórico se concibe como un sistema de relaciones expresamente construido en el proceso de investigación que guía la investigación y apoya el análisis (Galeano, 2004, p.38). Las teorías se confrontan con una realidad; se trabaja con teorías de alcance intermedio que ayudan a la comprensión de realidades específicas.

Para este trabajo de grado se partió desde las teorías de Michel Foucault, teorías de la psiquiatría y entrevista a expertos, funcionando así como un intermediario para traer una realidad o una problemática que en la actualidad se evidencia, como lo es el uso del fármaco para paliar la locura y este uso como puede generar exclusión/inclusión en el sujeto. Con la respuesta a lo anterior hallada en la teoría, se hizo un análisis y comprensión de esta problemática actual a través de lo teórico para poder que el trabajo fuera coherente con lo planteado.

La construcción de categorías para este trabajo se hizo siguiendo los siguientes criterios:

- Revisión permanente y sistemática de la información recolectada o generada:
consiste en leer reiteradamente los datos y volver a los textos con la actitud de recrear la realidad en su situación concreta.
- División de los contenidos en unidades temáticas: pueden ser párrafos, grupos de párrafos, fichas que expresen una idea o concepto central.
- Asignación a cada unidad temática de una categoría: término de expresión que se aclaró, como por ejemplo escribir el término en el espacio dedicado, en las fichas de contenido.
- Teorización aplicando un método formal y estructural para jugar con las ideas: se trata de percibir, contrastar, comparar, agrupar y ordenar categorías o grupos de categorías (Galeano, 2004, p.39-41).

Existen tres clases de categorías:

- Descriptivas: pretenden identificar las características de los segmentos de los datos.
- Explicativas: apuntan a temas que el investigador descubre como recurrentes o que aparecen con un mismo significado.
- Interpretativas: suponen la postura del investigador o de su equipo frente a temas particulares (Galeano, 2004, p.39-41).

4.5 INSTRUMENTOS

Los instrumentos fundamentales que se utilizaron para este trabajo fueron las fichas bibliográficas y de contenido, la guía de entrevista a los expertos y el respectivo consentimiento informado, ya que sirvieron para la construcción de los análisis que constituyeron los capítulos del texto final.

Para concluir con esta metodología es pertinente remitirse a “registros y sistematización de información cualitativa” que plantea María Eumelia Galeano, la cual dice que; “son procesos mediadores entre la recolección y generación de información y el análisis de la misma, permitiendo poner en orden la información recopilada o generada en el proceso investigativo” (Galeano, 2004, p. 46). Para esto el investigador dedica tiempo a la revisión bibliográfica y documental de los materiales relevantes a su objeto de estudio.

De acuerdo al trabajo de grado y lo propuesto por Galeano se retomará lo siguiente:

- Elaborar guías y protocolos: entrevistas de observación directa y de revisión de información.
- Registrar la información generada en el trabajo de campo. Como entrevistas, observaciones directas e historias de vida. Haciéndose esto en forma descriptiva.
- No acudir a la memoria: lo que no se registra es un dato que no existe
- El registro debe incluir todo aquello que permita construir y reconstruir el sentido.

- Tener presente algunas técnicas de registro como; la fotografía, la grabación o videograbación, esto requiere condiciones éticas y técnicas en su aplicación.

(Galeano, 2004, p. 47-48).

De acuerdo con lo anterior, se realizará un cuadro de categorización de análisis, con el fin de ubicar las entrevistas a los expertos y lo teórico, para así dar comienzo al análisis o discusión final.

5. PRESUPUESTO

PRESUPUESTO GLOBAL DEL TRABAJO DE GRADO						
RUBROS	FUENTES					TOTAL
	Estudiante	Institución – IUE	Externa			
Personal	\$2.064.000					\$2.064.000
Material y suministro	\$180.000					\$180.000
Salidas de campo	\$ 210.000					\$ 210.000
Bibliografía	\$ 14.000			\$ 289.000		\$ 303.000
Equipos	\$300.000					\$300.000
Otros						
TOTAL	\$ 2'768.000			\$ 289.000		\$ 3'057.000
DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL						
Nombre del Investigador	Función en el proyecto	Dedicación h/semana	Costo			Total
			Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Álvaro Ramírez Botero	Asesor	1		\$2.064.000		\$2.064.000
Lina Maria Arboleda Molina	Trabajo de grado	5				
TOTAL						\$2.064.000
DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y SUMINISTRO						
Descripción de tipo de Material y/o			Costo			Total

suministro	Estudiante	Institución – IUE	Externa	
Pasajes a la biblioteca	\$70.000			\$70.000
Fotocopias				
TOTAL				\$70.000

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO				
Descripción de compra de material bibliográfico	Costo			Total
	Estudiante	Institución – IUE	Externa	
Foucault, M. (1967). Historia de la locura en la época clásica I		\$ 60.000		\$ 60.000
Eco, U. (1996). como se hace una tesis. Barcelona, editorial Gedisa, S.A		\$ 9.000		\$ 9.000
Foucault, M. (1976). Vigilar y Castigar, nacimiento de la prisión. México, siglo veintiuno editores S.A.			\$80.000	\$80.000
Foucault, M. (1974-1974). Los Anormales. México, fondo de cultura económica.			\$80.000	\$ 80.000
Foucault, M. (1975-1976). Defender la sociedad. México, fondo de cultura económica	\$ 14.000			\$ 14.000
Galeano, E. (2004). Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: fondo			\$ 60.000	\$ 60.000

editorial, Universidad Eafit				
TOTAL				\$ 303.000

DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS				
Descripción de compra de equipos	Costo			Total
	Estudiante	Institución – IUE	Extern a	
Computador	\$2.500.000			\$ 2.500.000
Impresora	\$700.000			\$ 700.000
TOTAL				\$ 3.200.00

6. CRONOGRAMA

	2011-1				2011-2				2012-1			
MES	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
SEMANA	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Planteamiento y estructura del anteproyecto	X	X										
Búsqueda de la bibliografía pertinente.	X	X	X	X								
Análisis de los conceptos de la bibliografía respecto del tema a desarrollar.		X	X	X								
socialización de avances				X								
Ajustes luego de la socialización, al Planteamiento del trabajo de grado					X	X						
Avances en la lectura para estado del arte y marco teórico						X	X	X				
Elaboración de fichas bibliográficas, guía de entrevista a expertos, consentimiento informado.						X	X	X				

Avance en la producción y redacción del texto			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrega de avances								X				
Avance y análisis de las lecturas, estado del arte, marco teórico y marco conceptual									X	X	X	
Análisis de las entrevista a expertos									X	X	X	
Discusión final										X	X	
conclusiones y recomendaciones											X	X
Entrega final del trabajo de grado a asesor												X

7. MARCO REFERENCIAL

7.1. ANTECEDENTES

Para la revisión de antecedentes relacionados con la propuesta de investigación, se recurrió a diferentes fuentes, en primer lugar se hará referencia a la tesis doctoral de Moreno Küsther, luego se pasará a la tesis monográfica de Rosa Torres, después se revisará a una tesis de pregrado de Tatiana Cano de la Universidad de Antioquia, luego a publicaciones encontradas en la base de datos EBSCO de la autora Cristina Sacristán y por último se concluirá con un antecedente de ámbito local, el Centro de Salud Mental de Envigado, del cual su fundador es el doctor Álvaro Cárdenas Hincapié y hace referencia a sus inicios desde lo comunitario haciendo de esta práctica la primera en Medellín.

7.1.1 Investigación

TITULO: Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos

AUTOR: Moreno Küsther, Berta

FECHA: 2002

FUENTE: Granada, Universidad de Granada. Departamento de medicina legal, toxicología y psiquiatría. <http://hdl.handle.net/10481/4420>

Retomando la tesis doctoral de Moreno *Küsther*, se encuentra que el término de “psiquiatría comunitaria” se refiere al tratamiento mediante el cual no se ingresa a los pacientes en los hospitales psiquiátricos y si llegase a ocurrir se les puede dar de alta más rápido que antes; igualmente se utiliza el término comunitario para referirse a los hospitales mentales que realizan no únicamente ingresos hospitalarios sino que a la misma vez desarrollan servicios que actúan en la comunidad. Por otro lado la definición de psiquiatría comunitaria de Bennett y Freeman(1991) citada por Moreno (2002),abarca una serie de nociones e introduce nuevos conceptos a la salud mental; conceptos que empiezan de alguna manera a reorganizar los servicios sanitarios y sociales a modo que la comunidad pueda beneficiarse de estos mismos y los pacientes internados no estén en mayor estadía dentro de los hospitales psiquiátricos, sino que al mismo tiempo se les pueda ofrecer una alternativa al modelo asistencial , ya que esto es lo que la diferencia de la atención tradicional .

En la vía de lo anterior los conceptos o términos introducidos por Bennett y Freemanson: prevención, Territorialización, continuidad de cuidados, desisntitucionalización, equipos multidisciplinares entre otros; para establecer el diseño del nuevo modelo de atención se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Desisntitucionalización: es la conveniencia de hacer desaparecer los hospitales psiquiátricos, sustituyéndolo por una serie de servicios alternativos ubicados al servicio de la comunidad.

- Prevención: es la complementación de las actividades meramente asistenciales con intervenciones enfocadas a la prevención y promoción de la salud mental.
- Atención Primaria: a partir de la conferencia internacional sobre atención primaria en Alta- Ata (1978) se reorienta todo el sistema sanitario y el nivel primario se consolida como la puerta de entrada a todo el sistema, el cual debería garantizar el abordaje integrador de los problemas psiquiátricos.
- Territorialización: es la demarcación geográfica de la población, se tiene en cuenta los factores de accesibilidad, demarcación geográfica, sanitaria, servicios sociales, partidos judiciales, entre otros.
- Continuidad de cuidados: se debe garantizar la continuidad de la asistencia mediante la coordinación de las distintas unidades y los profesionales implicados en el tratamiento del enfermo a través de un seguimiento y monitoreo.
- Equipos interdisciplinarios: estos equipos de salud mental están formados por profesionales de distintas disciplinas ya que permite un abordaje integral del paciente en todos sus facetas.
- Participación de la comunidad: se fomenta la participación del entorno social para el apoyo y ayuda al enfermo mental, mediante la creación de asociaciones de pacientes, de familiares y grupos de autoayuda, entre otros (Moreno, 2002,p. 29-30).

Otro importante hecho en la década de los 50, fue el acontecimiento en el ámbito de la atención psiquiátrica como es la experiencia de la “comunidad terapéutica” introducido por Maxwell Jones, y donde nace el término de “psiquiatría comunitaria”. Jones utiliza por primera vez el concepto de comunidad terapéutica en 1952; inicia su trabajo con soldados que despertaban y entraban en pánico en ciertas situaciones durante la guerra, descubre que una propiedad del grupo terapéutico que había conformado con los soldados, era actuar

psicofarmacológicamente para incidir en las capacidades personales. Luego de la guerra Maxwell regresa a Inglaterra donde le asignan una sala con cien pacientes graves con traumas de batalla; decide convocar voluntarios y armar grupos de pacientes y de este modo empieza a crear una psiquiatría de lo social, organizando su sala que él llama una comunidad terapéutica. “Jones conceptualizó sus experiencias y escribió un libro en 1952 al que da por nombre *“Psiquiatría de lo social, un estudio sobre las CC.TT”*” (COFENADIP, 2011, p. 9). A partir de esto empieza a revolucionar el tratamiento psiquiátrico y médico en general; hace referencia a que la organización de la institución debería ser lo más parecido al contexto social ya que la comunidad terapéutica funcionaría como un puente entre la institución y la sociedad. (COFENADIP, 2011).

A pesar de lo mencionado los hospitales psiquiátricos en los años 50 y 60 se basaron en el modelo médico convencional que se caracterizaba por el aislamiento social y la falta de libertad, esto no ayudaba terapéuticamente a los enfermos mentales que vivían en los hospitales y llevó a denuncias y críticas sobre la situación en que estaban estas personas. Sin embargo, a finales de la década de los 50, la Organización Mundial de la Salud (OMS), seleccionó algunas poblaciones para la asistencia psiquiátrica y creó la sección de Higiene Mental y en 1953 el comité de expertos en salud mental de la OMS publica “The Community Mental Hospital” el cual planteó las recomendaciones que deben cumplir los hospitales psiquiátricos entre ellas tener un ambiente apropiado para modificar las relaciones entre el personal y los pacientes, para ello se asignaron 300 camas y el hospital se formó por pequeños edificios en los cuales los pacientes pudieran estar en grupos reducidos y ubicados cerca de la zona de servicios.

Otro capítulo de esta tesis doctoral que se retomó para este trabajo de grado, propuesta por Moreno es: “*Antecedentes de la psiquiatría comunitaria y los primeros movimientos de reforma psiquiátrica*”:este capítulo hace referencia a que durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, la asistencia psiquiátrica giraba en torno a los hospitales psiquiátricos, en los años posteriores a la segunda guerra mundial favorecía el resurgimiento ideológico del igualitarismo, la democracia y la lucha contra las actitudes autoritarias, surge un capitalismo democrático y un socialismo que introduce elementos nuevos en la sociedad y en los servicios sociales y sanitarios que permitió la ruptura de la atención psiquiátrica del siglo XIX. Igualmente con el desarrollo de la revolución industrial encamina los seguros sociales de enfermedades aunque cabe aclarar que solo son un sistema sanitario que cubre solo un colectivo que cotiza y ofrece prestaciones reparadoras. Estos acontecimientos a nivel político y social van desarrollando los diversos procesos de transformación de las estructuras psiquiátricas y el nacimiento de una nueva concepción comunitaria del enfermo mental; ya que esta busca alternativas asistenciales para la población manicomial.

Aunque era una propuesta un poco ambiciosa para este tiempo, aparece Franco Basaglia y contribuye personalmente con el impulso del Movimiento Antipsiquiátrico y empieza a transformar las instituciones en las que estaba. Ya en el año 1978 la OMS celebra una conferencia internacional sobre la atención primaria de salud, que se enfocó en las bases de los nuevos conceptos de atención y en una línea de política sanitaria, su característica era ser accesible a la población, abordando tanto los problemas psiquiátricos como los aspectos psicosociales de los pacientes, práctica que se ubica en el ámbito comunitario integrado por un equipo interdisciplinar (Moreno, 2002).

7.1.2 Investigación

TITULO: Experiencia de psiquiatría comunitaria en Chile

AUTOR: Rosa Torres

FECHA: 2001

FUENTE: Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Medicas, Dirección de Postgrado, unidad de psiquiatría. <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd050644/torres.pdf>

A continuación se hará un breve recorrido acerca de la psiquiatría comunitaria en Chile, se realizará con fines de observar de qué manera se ha trabajado este modelo y de qué manera se están abordando.

En la Monografía de la Dr. Rosa Torres, pretende mostrar algunos antecedentes relevantes en este ámbito, apuntando que hay pocos documentos al respecto. Plantea que en este país la historia de la psiquiatría en la asistencia médica ha sido muy lenta en cuanto al desplazamiento de los hospitales psiquiátricos al hospital general para la tención de las urgencias psiquiátricas; en el año 1952 se introduce la Red de servicios de psiquiatría en los hospitales generales esto se da por el nacimiento del hospital José Joaquín Aguirre de la Universidad de Chile de la clínica psiquiátrica universitaria, allí se empieza a desarrollar el primer servicio de psiquiatría con una red de servicios institucionales como por ejemplo: consultas ambulatorias, talleres de rehabilitación, hospitalización diurna, entre otras principalmente para tratamiento del alcoholismo. Alrededor del año 1968, empiezan las primeras experiencias intracomunitarias tratando de reemplazar el modelo asilar. Esta

integración del hospital psiquiátrico al hospital general y a la comunidad da inicio a la “Reforma Psiquiátrica Chilena”.

7.1.3 Investigación

TITULO: Concepciones sobre la relación entre trastorno mental y peligrosidad y sus implicaciones en la práctica psicológica.

AUTOR: Tatiana Andrea Cano Isaza

FECHA: 2010

FUENTE: Trabajo de grado para optar al título de psicóloga. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Departamento de Psicología.

La autora formula como objetivo “dilucidar las implicaciones que tienen en la práctica psicológica las concepciones sobre la relación entre trastorno mental y peligrosidad”.

Igualmente hace referencia a la relación entre el trastorno mental y la peligrosidad, y sus implicaciones en el contexto social. Esto acorde con el trabajo de grado, se relaciona en que cuanto a las implicaciones por la vía de la exclusión y la inclusión, con respecto a la relación entre locura o trastorno mental y el fármaco. Para concluir la autora, a través de la revisión de diferentes casos, postula que la misma sociedad se ha encargado de dar una representación del enfermo mental como peligroso (Cano, 2010, p. 202).

7.1.4 Investigación

TITULO: La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar

AUTOR: Cristina Sacristán

FECHA: 2009

FUENTE: Revista Cuicuilco, 16(45), 163-189. Retrieved from EBSCOhost

La autora pretende mostrar una mirada histórica frente al concepto de manicomio y locura, específicamente se relaciona con el trabajo de grado, con el término de desinstitucionalización del loco, este como punto de ruptura dentro de la crisis de los hospitales psiquiátricos ya que los enfermos mentales no debían estar confinados en las instituciones. Para finalizar, la autora propone que se ha “sobredimensionado el papel de control social del manicomio, pues la locura se podía vivir sin que necesariamente implicara un proceso de dominación ni de transgresión” (Sacristán, 2009, p. 181).

Igualmente busca mostrar las diferentes miradas que se han construido acerca del manicomio, como el lugar que le devolvió la humanidad a la locura y luego pasar a un espacio médico y judicial el cual condena como un punto de ruptura entre la locura y la cordura. También la autora pretende llegar a analizar las visiones del asilo psiquiátrico y la manera en que la ciencia médica se apropió del campo que ahora se conoce como trastornos mentales (Sacristán, 2009).

A partir de lo que propone la autora en la cita anterior en comparación con el trabajo de grado propuesto, se observan mucha similitud en cuanto a la época de la locura, como esta fue brutalmente atacada, como se desconocía la naturaleza de esta misma y para la cual el único remedio era el encierro en el manicomio, queriendo ella que esta etapa cambiara y que la locura fuera tratada sin ningún proceso de transgresión ni dominación. Ahora bien en lo propuesto en este trabajo, se mirará como pasó la locura a ser inclusiva en lo social con el uso del medicamento y si este uso es realmente incluyente o excluyente del loco o del enfermo mental.

7.1.5 Investigación

TITULO: Centro de Salud Mental de Envigado

AUTOR: Álvaro Cárdenas Hincapié

FECHA: 2002

FUENTE: Página del Centro de Salud Mental de Envigado. ²

<http://www.centrodesaludmental.net>

Otro antecedente importante, en el ámbito local, de la psiquiatría comunitaria es el Centro de Salud Mental de Envigado- Antioquia; en cual su director y fundador es el Dr. Álvaro

²La página que estaba anteriormente era centrodesaludmental.org, donde se encontraba el Manual del Usuario y su historia en el año 2002. Ahora por diseño de la página y modificaciones su nueva Web es [centrodesaludmental.net](http://www.centrodesaludmental.net).

Cárdenas Hincapié, Psiquiatra egresado de la Universidad de Antioquia, el que en el mes de abril del año 2002 creó el primer centro de salud mental en el municipio de Envigado, este se construye bajo los lineamientos determinados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cual debe ser de obligatorio cumplimiento por Colombia en el acuerdo de Caracas de 1990.

Este centro inicia en el año 2002 con servicios asistenciales intramurales, que constaban de consulta por psiquiatría general, psicología y consulta familiar, y al mismo tiempo se inicia el programa extramural es decir se el que se realiza fuera de la institución, adelantando actividades de promoción y prevención en salud mental. Estas actividades fueron dirigidas a las poblaciones más desamparadas del municipio que se catalogaban como beneficiarias del régimen subsidiado de salud según la clasificación del SISBEN (Sistema de identificación de potenciales beneficiarios para programas sociales, niveles 1, 2 y 3), estos programas no tiene ningún costo y son financiados por el municipio de Envigado.

En el año 2003 se inició la segunda fase del programa cuyo objetivo fue conformar una red de salud mental que este inmersa en la comunidad, en el sistema de salud municipal, en el ente policivo, en el municipio de Envigado y en el Centro de Salud Mental, a partir de esto comenzó el programa de capacitación a los médicos del hospital Manuel Uribe Ángel para la atención de las urgencias psiquiátricas. Finalizando ese año, el municipio de Envigado contaba con la primera Red de Salud Mental que integraba los entes municipales con la

comunidad y que atendió una población cercana a las 40.000 personas con sus diferentes actividades.

En el año 2004, se inició la tercera fase del programa comunitario, se trazó como objetivo fundamental, consolidar la Red de Salud Mental a través de: capacitaciones a comités sectoriales de Salud Mental en conceptos básicos de psiquiatría, entrevista compartida de pacientes psiquiátricos con el médico general, estrategias de abordaje psicoeducativo comunitario llamado “actividad educativa itinerante”. Entre otros.

Y en el año 2005, se inició la cuarta fase del programa, teniendo como objetivo la exportación del programa de Red de Salud Mental a otros municipios, generando así una Red de Salud Mental Departamental. Actualmente este centro busca recursos internacionales, para la construcción de infraestructura para brindar el servicio psiquiátrico dentro del hospital local, como por ejemplo, hospital de día y programas de rehabilitación.

Acorde con lo anterior este Centro de Salud Mental que trabaja bajo el método de psiquiatría comunitaria desde el 2002 hasta el año en curso ha tenido como misión y visión, contar con un equipo interdisciplinario de profesionales, pensando en las necesidades de la población e implementando redes comunitarias, para llegar a ser una institución prestadora de servicios de salud acreditada.

A partir de este breve recorrido histórico de la psiquiatría comunitaria, se ha visto como paso por paso se ha empezado a estructurar esta modalidad que puede ser abordada por

instituciones asistenciales y profesionales de la salud mental, manteniendo como objetivo la comunidad, que la misma institución se dirija a ella y que no sea el enfermo quien busque al médico para su “asistencia”. A modo de conclusión, se puede decir que hubo un gran giro en los hospitales psiquiátricos y, en alguna medida, se empiezan a humanizar las prácticas psiquiátricas abordando al loco no de manera custodial sino tratando de incluirlo a la comunidad a través de hospitalizaciones cortas y compensándolo a través del uso del fármaco.

7.2. MARCO TEÓRICO

Para el desarrollo del marco teórico, se resaltan teorías que sustentan el paso histórico que se le ha dado a la locura o enfermedad mental, al tratamiento manicomial y como se ha pasado a tratamientos más comunitarios. Se retoman textos como: “*Fundamentos de medicina*” de Vélez. H, Borrero. J & Restrepo. J (1982). “*Anales de la academia de Medicina de Medellín*” volumen 17, (2007). Igualmente se revisan referencias al medicamento que dio origen a la revolución farmacológica como desinstitutionizador del loco, como lo presentado en el artículo “*Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la Clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología*” de López, Alamo y Cuenca, (2002), También se retoma el libro “*Libertad y locura*” de Luis Carlos Restrepo (1983), y se hacen referencias a los postulados de Michel Foucault en “*La historia de la locura en la época clásica*” (1967), “*Vigilar y castigar nacimiento de la prisión*” (1976), y del curso “*Defender la sociedad*” (1975-1976). Se revisó, además, un importante

artículo de José Guimón “*El estado actual de la asistencia psiquiátrica*” (2003), y “*La declaración de caracas*” (1990) dada por la Organización Panamericana de Salud. Y por último se concluye con la revisión con el libro “*Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*” (1966) de Michel Foucault.

7.2.1 La Historia de la psiquiatría, desde épocas antiguas, hasta la actualidad.

En el libro “Fundamentos de medicina” de Vélez, H., Borrero, J. & Restrepo, J. (1982) se hace un recorrido por la historia de la psiquiatría, esta como parte de la historia de la medicina, ya que ambas poseen el arte de curar y lo han utilizado para tratar la enfermedad mental, de igual forma como se ha hecho con la enfermedad física. Por otra parte el concepto de enfermedad mental ha variado en cuando a las épocas e igualmente el campo de actuación del médico ha sufrido cambios, como por ejemplo: en las culturas helénicas, orientales y africanas no miraban el homosexualismo como una enfermedad o como un síntoma psiquiátrico, sino que más bien lo asimilaban como una variación de la conducta normal, mientras que la psiquiatría occidental consideraba el homosexualismo como patológico. Otro ejemplo significativo que se dio a través de la historia, fue que a finales de la edad media los enfermos mentales perturbados que llevaban a psiquiatría, eran considerados como poseídos del demonio, como brujas y brujos, es aquí donde se apartaba el tratamiento médico y pasaba a ser reemplazado por autoridades religiosas y civiles. El concepto de enfermedad mental se agranda o se estrecha según los tiempos y las edades, se refleja por un modo de pensar, en un momento y una sociedad determinada.

Para finales del siglo XVIII y comienzos de siglo XIX, surgió la psiquiatría científica, aunque en la mayor parte de los países las enfermedades mentales estaban en manos de los médicos, esta empieza a ser desplazada y vuelve a ser objetivo y campo de trabajo de la psiquiatría y de profesiones no médicas, como la psicología y la sociología entre otras.

Por otra parte, en el mundo primitivo de las culturas arcaicas y tribus indígenas, trataban la enfermedad e incluso la enfermedad mental con el llamado pensamiento mágico; según esta cultura, el modo de pensar mágico de las enfermedades son producidas por espíritus o seres sobrenaturales y el individuo no podía reaccionar normalmente. A partir de esto surgen toda una serie de rituales que variaban según las culturas, como por ejemplo; los médicos brujos o chamanes usaban, como una psicoterapia más explícita, plantas medicinales. Pero a través del tiempo se perfila con fuerza la medicina científica iniciada por Hipócrates (460-355 a.c) que se consolida en el desarrollo de la medicina clínica occidental que aún prevalece en este tiempo, con ella se introduce el método clínico empírico, y se aleja de las creencias mágicas acerca de las enfermedades y fundamentó las bases de la actual medicina.

Por su parte, la psiquiatría ha tenido varios logros, uno de ellos es que las enfermedades mentales fueran consideradas enfermedades naturales, excluyéndolas de consideraciones sobrenaturales, sumándose a ello aquello en lo que Hipócrates llegó a ser el precursor: la necesidad de hacer historias clínicas, la necesidad de observar al paciente, de seguirlo y

acompañarlo durante su enfermedad y lo más importante mantener una actitud respetuosa médico-paciente. (Vélez, *et al*, 1982.).

Otro representativo médico de la antigüedad fue Galeno (128-200 d.c), quien hace un aporte significativo a las concepciones psiquiátricas de distinción entre enfermedades por lesión simpática (delirium) o por lesión directa (demencias). Por otro lado, ya en la modernidad, Philippe Pinel (1745-1826) se convierte en un gran símbolo para todo psiquiatra, Pinel comienza siendo un médico general, en su labor y experiencias se empieza a poner al lado del paciente mental observando la forma como estaban encadenados y la forma de trato tan inhumano al que eran sometidos. Hizo liberar a los pacientes de sus ataduras, los alienados dejaban de ser infrahumanos y a partir de esto se empiezan a ver a estos sujetos como pacientes dignos de atención y de derechos.

Con el nombre Pinel se abre en realidad la psiquiatría moderna como hoy se conoce, como la rama de medicina que se ocupa del estudio, diagnóstico tratamiento y prevención de enfermedades mentales, inaugurando de esta manera la gran etapa de la historia de la psiquiatría (Vélez, *et al*, 1982. p .5- 8).

Pinel consideró que el análisis psicológico de las ideas debía integrarse con los estados emocionales ya que si el paciente podía ser libre, era posible entender sus síntomas y la evolución de su padecimiento. Igualmente él concibió la locura como un trastorno del autocontrol y de la identidad, por lo cual le dio el nombre de alienación (Revista Epidemiológica de Antioquia, 2007. p.13).

A manera de conclusión se puede decir que la psiquiatría se ha beneficiado no solamente de aportes clínicos sino también de avances biológicos y sociales. La gran introducción psicofarmacológica que ha constituido un gran adelanto en la terapia, tiene por nombre la cuarta revolución psiquiátrica, y con esta introducción farmacológica viene el descubrimiento de la Clorpromazina.

La sección de salud mental del ministerio de salud expide la resolución 679 la cual debe de organizar y estimular unidades psiquiátricas en los hospitales generales. Lo anterior se ha venido cumpliendo muy lentamente pero de alguna manera se ha mostrado como una alternativa en los hospitales oficiales para atender los pacientes mentales. En 1967 nace el programa de salud mental incorporado al plan nacional de salud, en Colombia aun se ejercen las corrientes de la psiquiatría como por ejemplo, la psiquiatría biológica, psicoanálisis, psicoterapias en grupos, terapias vivenciales, entre otras (Vélez, *et al*, 1982, p. 14-16).

En la revista Epidemiológica de Antioquia volumen 29, número 1 de 2007, se hace una introducción acerca del contexto histórico del surgimiento de la psiquiatría en occidente, cuáles han sido sus avances y cómo se ha venido desarrollando a lo largo del tiempo. Un capítulo importante dentro de esta publicación es la “*Fundación y primeros años del manicomio departamental 1878-1930*” (López, p. 19 – 56) en el que se habla del surgimiento de un hospital para locos en Medellín; esta idea comenzó a rodar en los medellinenses en el año 1875, fecha en la cual la junta del Hospital del estado resolvió fundar en la ciudad una casa para alienados, para esto se realizó una colecta entre las

personas más ricas de la ciudad, donando sumas cercanas, en aquella época, a los \$100.

Pero el proyecto de la casa de alienados no se llevó a cabo, ya que el dinero se utilizó en la guerra y en una plaga de langostas que azotó el departamento. En abril de 1878, los doctores Manuel Vicente de la Roche y Francisco Antonio Uribe, solicitaron en una comunicación escrita a la corporación municipal, la construcción de una casa de locos para albergar a varios enfermos furiosos reclusos en la cárcel de la ciudad ya que si se pusieran en libertad, causarían daños a otras personas, ofenderían la moral pública por desvestirse o cometer actos que ataquen el pudor. Estos locos reclusos en la cárcel junto con otros que transitaban en las calles, fueron los primeros habitantes de la primera casa de locos que se fundó en Medellín. En 1882 se expide por parte de la Legislatura del estado Antioqueño, por el doctor Manuel Uribe Ángel, la ley 127 del 7 de marzo, la cual se creaba nuevamente una institución para los locos, ya no solo de la ciudad sino del departamento y llevaría por nombre “Manicomio de Antioquia” (López, 2007).

No yendo muy lejos y siendo un punto muy significativo que no se había abordado antes, la ciudad de Medellín se dio el mismo tratamiento para el loco e igualmente fue tratado como un alienado y excluido de la ciudad, como da cuenta lo siguiente:

El aislamiento en jaulas, la utilización de esposas, grilletes y camisas de fuerza siguieron siendo la principal medida de contención para controlar los enfermos agitados, que ingresaban a este establecimiento. El arsénico, el bismuto, el mercurio, algunos sedantes e hipnóticos mezclados con hidroterapia- combinaciones de agua caliente y agua fría, combinados con algunos químicos y sales minerales y electroterapia (López, 2007, p.57).

De acuerdo con lo anterior es pertinente remitirse al libro “*El nacimiento de la clínica una arqueología de la mirada médica*” de Michel Foucault (1966), donde hace alusión a mediados del siglo XVIII, “Pomme trató de curar a una histérica haciéndola tomar baños de diez a doce horas por día, en un periodo de diez meses” (p. 1). De esta forma se creía que se podía curar a una persona con alguna clase de enfermedad.

Retomando lo anterior, a pesar del tratamiento que se les daba a los pacientes, el manicomio Departamental de Antioquia o el Frenocomio de Medellín, aumentaba los enfermos mentales y de la misma manera seguían los mismos tratamientos. En septiembre de 1937, en palabras del doctor Carlos Augusto Obando, en el manicomio departamental se asilaban acerca de 838 enfermos estos repartidos en hombres y mujeres, con un promedio de muerte mensual de 9 individuos. Esto fue publicado por el Colombiano No 7483, año XXVI. En octubre de 1938 ocurre un evento importante para la historia del Manicomio Departamental de Antioquia y a su vez para la medicina de Antioquia; se trata de la terapia convulsionante por cardiazol intravenoso, este fue aplicado por el doctor Carlos Obando a uno de los pacientes de esta misma, esta terapia se hizo más frecuente aunque era convulsionante, para el año 1946, se habían aplicado 1.481 inyecciones de cardiazol, las cuales lograron producir 1.292 ataques en los enfermos en que se utilizó este tratamiento. Después de esta práctica en 1941 sucede un evento trascendental en la historia de la psiquiatría colombiana; fue traído el primer aparato para electrochoques por iniciativa de Julio Asuad, este sujeto es antioqueño residente de Bogotá y estudió medicina en Paris, él practicaba esta terapia de electrochoque en el Asilo de locas en Bogotá. Estas terapias comenzaron a ser utilizadas en seres humanos en 1938 por un médico italiano Ugo Cerletti, el cual visitó mataderos de cerdos donde los electrocutaban antes de cortarles la garganta y

notó que a los puercos les daba un ataque de epilepsia artificial. Le surge la idea que podría experimentar con personas que sufren de esquizofrenia y epilepsia. A partir de esta historia de cómo nace este método terapéutico de electrochoques, el Manicomio Departamental de Antioquia lo acoge como una herramienta curativa en los pacientes que se encontraban recluidos en este lugar (López, 2007).

Para marzo de 1961, ya se hablaba de la terminación de los pabellones que faltaban en la nueva sede de Bello y del traslado de los pacientes que quedaban en el Bermejál alojados desde 1958; para el 4 de abril ya estaría desocupado, el local o la institución donde estaban alojados en el Barrio Aranjuez, donde había funcionado desde 1892 la sede del Manicomio Departamental de Antioquia, dándole por nombre el Hospital Mental de Antioquia, efectivamente se empezaron a trasladar todos los enfermos al nuevo Hospital Mental en el municipio de Bello. A partir de esto ya se contaba con 43 médicos profesionales, repartidos de la siguiente manera:

El director psiquiatra, un médico subdirector internista, diez psiquiatras, seis internistas, cuatro neurólogos, dos cirujanos, un radiólogo, un laboratorista, un anestesiólogo, cinco residentes en psiquiatría, tres médicos rurales, cuatro residentes nocturnos, tres internos nocturnos y dos odontólogos (López, p.80).

Luego de un gran paso histórico de humanización al enfermo mental, se empieza en este Hospital el llamado “hospital de día: hacia un nuevo concepto de la institución”. Este programa fue creado para buscar cambiar la imagen que se tenía del Hospital Mental de Antioquia de ser una institución asilar, donde se internaba por larga estancia al paciente.

Este nuevo servicio ofrece una nueva modalidad terapéutica, semiambulatoria, donde el paciente se ingresaba en horas de la mañana, participaba en diversas actividades como terapia individual, terapia ocupacional, recreación entre otras más, y luego se remitía a su casa. El objetivo que tuvieron es permitir que el paciente se integre a la sociedad donde vive, su medio laboral o de estudiante. Finalizando la década del setenta ya esta institución contaba con dos psicólogos que trabajaban como coterapeutas y en terapia familiar, de la misma manera había una trabajadora social y una enfermera auxiliar.

Con este servicio mejoraron los tratamientos que se aplicaban dentro de la institución, aplicando así nuevas herramientas teóricas y conceptuales aportadas por las ciencias sociales por parte de los psicólogos y trabajadores sociales, ya que estos buscaban que la institución cumpliera su función real como centro de hospitalización dejando a un lado la institución asilar, donde los pacientes permanecían institucionalizados de por vida. Acorde con lo anterior las ciencias sociales aportaron lo siguiente: “La participación de las ciencias sociales de cómo resultado el que se mire el paciente como un todo, el cual tiene derechos y deberes y por lo tanto puede y debe convivir con su familia” (López, p.105).

Es claro todo el proceso histórico que se ha venido abordando, para dar cuenta de qué manera se empezaron a humanizar las prácticas terapéuticas que le daban al loco o al enfermo mental. De la misma manera ocurre en la ciudad de Medellín, el proceso de humanización viene de algunos tratamientos psicofarmacológicos utilizados en el HOMO, este tratamiento lo dividían en tres grupos: los tranquilizantes mayores, menores y los antidepresivos. Los tranquilizantes mayores los utilizaban para el tratamiento de la

psicosis, el primero de ellos era la Clorpromazina (largactil), este fármaco tenía algunos efectos secundarios como el sueño y rigidez muscular; también se les aplicaba la Flufenazina inyectada (prolixin), cuyos efectos duraban entre 15 a 30 días. Otro medicamento de esta categoría la tioproperazina (Mayeptil), era conocida como la “camisa de fuerza química”, se usaba en casos extremos de agitación motora. Por otro lado estaba el grupo de tranquilizantes mayores sedantes, conocidos por la acción que ejercen sobre los núcleos superiores de sistema nervioso central; el más utilizados en esta institución era la Levopromazina (sinogan), este se aplicaba en gotas o inyecciones y era un sedante para los neurolépticos (López, 2007).

A partir de esto los programas terapéuticos se empezaron a actualizar y regular, como por ejemplo la terapia electroconvulsivante, además de clausurar las celdas de reclusión a los pacientes agitados, dando paso a la creación de salas de observación donde el paciente está en cama con la ayuda de psicofármacos, para así humanizar la atención del paciente. A finales de los años ochenta e inicios de los noventa se empezó a desarrollar diferentes programas de psiquiatría comunitaria en unidades intermedias, con la coordinación de Metro salud, vigías de salud y líderes comunitarios (López, 2007).

Para concluir este proceso de humanización en Antioquia, es pertinente resaltar la incursión de las ciencias sociales y la nueva mirada totalizadora del paciente, definiéndolo como un ser humano con derechos y deberes, el cual no se debe de excluir de lo social, sino más bien debe de vivir en lo social y al lado de su familia. Es claro que este proceso no ha sido fácil, pero se debe de concientizar a las personas, que en este caso serían las personas “sanas” en

saber que el peligroso no es el loco o el enfermo mental, sino que ellos mismos pueden ser los peligrosos.

A continuación se retomará el fármaco que hizo historia para lograr que el loco fuera incluido en la sociedad. En el artículo *“Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la Clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología”* (López, et al, 2002), hablan de la introducción clínica de la Clorpromazina en el año 1952, fue una de los mayores avances de la medicina del siglo XX y su introducción en la práctica psiquiátrica. Este artículo referencia la forma del abordaje terapéutico de los trastornos psicóticos hasta mediados del siglo XX, estos tratamientos se encuadraban en la aplicación de remedios paliativos, su eficacia clínica en la mayor parte de los casos, era dudosa. Los primeros tratamientos específicos aplicados a los pacientes psicóticos datan de finales del siglo XIX, con la introducción de las terapias biológicas, que tenían por nombre estimulantes, es decir como las técnicas de piretoterapia, con técnicas como la paludización, aplicación de tuberculina o inducción de abscesos con trementina, las duchas heladas, los comas insulínicos o cardiazólicos y las terapia electroconvulsiva.

Por otro lado, los tratamientos farmacológicos fueron mucho menos específicos y resolutivos, la mayor parte de ellos, fueron utilizados desde la segunda mitad del siglo XIX. Empleándose así, el opio, la morfina, la cocaína, el hachís, la codeína, la tintura de digital, el hidrato de cloral y, fundamentalmente, los bromuros. Este marco terapéutico fue utilizado en la década de los 50 del siglo XX, donde empieza el abordaje de los trastornos

psiquiátricos, sobre todo en los psicóticos; empezando a generar las primeras herramientas farmacológicas dirigidas al manejo de pacientes esquizofrénicos (López, *et al*, 2002).

La introducción clínica de la Clorpromazina constituyó el primero de los tres grande hitos en la historia de los fármacos anti psicóticos, marcando un gran avance en el tratamiento de la esquizofrenia, junto a lo que se utilizaba posteriormente al Haloperidol y al descubrimiento de las características de la clozapina, esta permitió el desarrollo de nuevos anti psicóticos como la risperidona, olanzapina, quetiapina y ziprasidona entre otros, tratando de mejorar la tolerancia neurológica.

De esta forma después de medio siglo en que Philippe Pinel liberó a los alienados del parisino hospital de las salpêtriére de sus cadenas, los psiquiatras franceses empezaron a liberar pacientes psiquiátricos del tormento de la inclusión manicomial, esta vez mediante una herramienta farmacológica; la Clorpromazina. En palabras de Edward Shorter citado por López (2007) “La Clorpromazina inicio una revolución en la psiquiatría comparable a la introducción de la penicilina en la medicina general” (p.80).

Acorde con lo anterior, la introducción clínica de la Clorpromazina a la psiquiatría, fue el día 19 de enero de año 1952, día en que la Clorpromazina fue administrada por primera vez con una dosis de (50mg I.V). Se la aplicaron a un sujeto muy agitado de 24 años, quien rápidamente comenzó a calmarse por un periodo de varias horas, después de 20 días el 7 de abril, el sujeto ya podía mantener actividades normales; al cabo de tres semanas de tratamiento con una cantidad administrada de 855 mg de RP- 4560, fue dado de alta

hospitalaria. Este evento fue uno de los mayores hitos de la historia de la psicofarmacología (López, *et al*, 2002).

Mientras tanto en Europa (1952- 1955), la introducción de la Clorpromazina, no fue asociada a ningún otro fármaco, viéndose así como un agente tranquilizante en pacientes psicóticos o agitados. Al mismo tiempo en el año 1952 Delay y Deniker, describieron que la administración de una inyección de 15-100 mg de Clorpromazina se caracterizaba por el enlentecimiento motor, indiferencia afectiva y neutralidad emocional, lo que denominaron “síndrome neuroléptico”; el término neuroléptico viene del griego “que toma el nervio”. Así mismo se estudiaron otros fármacos que tenían un efecto similar, como lo era la reserpina. Con esta referencia a la disminución de la actividad neurológica, se consideraba como una reducción de la agitación que era producto de estos fármacos. Para mostrar la eficacia de este medicamento se realizó un comunicado donde se mostró en informes clínicos los resultados del uso de la Clorpromazina en 38 pacientes que tenían síntomas de agitación y excitación, manía, confusión mental y procesos psicóticos agudos, igualmente en casos de depresión y la esquizofrenia. A partir de esto la influencia que tuvo Delay y Deniker fue decisiva en el futuro de la psiquiatría y la psicofarmacología, ya que ellos no solamente evaluaron la importancia terapéutica de la clorpromazina, sino que también desarrollaron las primeras pautas para la administración de este fármaco (López, *et al*, 2002).

La introducción de la clorpromazina en Canadá fue por Ruth Koeppe- Kajander, una alemana que emigro a Canadá y se vuelve residente de psiquiatría en el año de 1953, en el

hospital mental de London (Ontario), donde le permitieron utilizar la clorpromazina a 25 pacientes, donde observó que calma a los pacientes excitados e hiperactivos y sin sedarlos disminuían su agitación, los pacientes podían comer, hablar y dormir sin ninguna dificultad. El pionero en introducir la clorpromazina en Norteamérica es Heinz Lehmann, psiquiatra berlinés refugiado en Alemania nazi que se incorporó al hospital de Montreal, hoy Douglas Hospital, ubicado en Verdun. Él fue uno de los responsables de una de las primeras publicaciones norteamericanas de este anti psicótico (López, *et al*, 2002).

A partir de que empezó la liberación o desinstitucionalización del loco mediante la herramienta farmacológica, surge en 1955 y 1964 el periodo de consolidación de la terapéutica con Clorpromazina, fueron años claves en la historia en el tratamiento de la psicosis. Se confirmaba la eficacia de la Clorpromazina en el tratamiento de diferentes trastornos psiquiátricos, aunque no había que olvidar el soporte de la psicoterapia y la importancia de la readaptación psicosocial del paciente; el tratamiento con Clorpromazina no era inocuo desde el punto de vista de la tolerancia aunque tenía un balance beneficio-riesgo. Por otro lado un estudio publicado posteriormente hizo un proceso de seguir a los pacientes una vez pasaban a un estado ambulatorio, para poder demostrar las ventajas adicionales de los fármacos a largo plazo. Esta evidenció que los pacientes que tomaban los anti psicóticos tenían un reintegro al hospital con menos frecuencia y su duración de ingreso era menor (López, *et al*, 2002).

De igual manera no todo fue bueno, hubo efectos adversos de la clorpromazina reportados en los estudios, como: letargia, hipotensión ortostática, ictericia, induraciones dolorosas en los lugares de inyección, sequedad de boca y el desarrollo de un síndrome

parkinsoniano. Menos frecuentemente, se citaban, flebitis, con riesgo de infarto cardiaco o pulmonar, artritis reumatoide, dermatitis, galactorrea, visión borrosa y aparición de cuadros depresivos. Esto se pudo dar, según autores como Delay y Deniker, Lhermitte, Labhardt, Lehmann y Hanrahan, por el uso de dosis altas (López, *et al*, 2002).

A partir del párrafo anterior es evidente el daño que causó este fármaco en muchos de los pacientes al no ser suministrado de una forma adecuada, pero no se puede desconocer que gracias a este nuevo descubrimiento pudo haber una desinstitucionalización del loco o el enfermo mental.

A modo de conclusión se puede decir que las propiedades neurolépticas de la clorpromazina a mediados del siglo XX, fue un acontecimiento fundamental para la práctica de la psiquiatría y para el nacimiento de la revolución farmacológica; de igual manera si se parte de un marco terapéutico la clorpromazina dejó de manifiesto que las enfermedades mentales pueden ser tratadas a través de químicos. Dato importante porque a partir de esto se dio paso al empleo de nuevos psicofármacos como: las sales de litio, la Imipramina o el clordiazepóxido, estos fármacos aún en el siglo XXI siguen teniendo una gran importancia terapéutica (López, *et al*, 2002).

Por otro lado en el libro “*Libertad y locura*” de Luis Carlos Restrepo (1983), se hace un recorrido por la psiquiatría, la libertad y la psicopatía, sociopatía y subversión, entre otras. La psiquiatría, para el autor, alude al encuentro con la libertad, libertad en un sentido difuso

y escabroso de la mente especulativa; más no de un rigor experimental y empírico del hombre para dilucidar los secretos de la salud y la enfermedad. Para el psiquiatra la relación entre locura y libertad se limita a unas cuantas normas jurídicas; pero al mismo tiempo considera el autor que:

La noción de libertad no es fundamental en la relación médico- paciente y que una discusión sobre ella estará relacionada con política, filosofía o abogacía, pero no con clínica psiquiátrica. Para el psiquiatra práctico la libertad humana es un problema accesorio (Restrepo, 1983, p. 15-16).

Este trabajo según el autor parte de un punto de vista totalmente distinto, ya que argumenta que sería difícil definir la enfermedad mental si no se tiene en cuenta un pilar fundamental: el concepto de libertad. Ya que libertad y locura son polos antimónicos que pueden beneficiar de alguna manera la visión que se tiene del loco. Para finalizar esta capítulo el autor concluye de la siguiente manera que se debe “considerar que la libertad es eje central de nuestra existencia y tópico de primer orden en clínica psiquiátrica” (Restrepo, 1983, p .16).

Otro capítulo importante para este trabajo es ¿Qué es la libertad?; el autor plantea que la locura y la libertad son temas polémicos y que en el fondo todas las personas anhelan romper los acuerdos, romper reglas que impone la sociedad y aunque con temor, se desea ser locos y libres. Tal es el punto de fusión de locura y libertad que aunque estén por caminos opuestos, rompen el orden social y reafirman la primacía individual. Puesto en otros términos “La libertad es la capacidad que tiene el ser

humano de romper su orden simbólico y de proponer nuevos modelos de acción y pensamiento” (Restrepo, 1983, p. 27).

Para concluir este capítulo el autor expone lo siguiente:

La libertad es ante todo la ruptura, el paso de un estado a otro, el abandono de la seguridad y la conquista de lo desconocido. Es por eso que la libertad se acompaña, con el nacimiento, de un grito desgarrador (Restrepo, 1983, p. 30).

A partir de lo expuesto por el autor en estos dos capítulos, acerca de la libertad y como éste concepto debe ser un gran pilar para la práctica psiquiátrica; se puede observar como este concepto con relación a la propuesta de trabajo de grado es importante, ya que se podría decir que en la práctica psiquiátrica en la actualidad, el uso del fármaco genera una clase de libertad para el loco, libertad como forma de incluirlo en la sociedad, que de alguna manera pueda ser funcional; pero a su vez no se puede decir que el loco pueda poseer la libertad en su totalidad, ya que él está sujeto a una prótesis que es el uso del fármaco; éste de alguna manera lo encierra en él mismo. Pero es aquí donde el autor hace alusión a lo siguiente:

Cosa muy diferente sucede con aquellas personas que sin tener falla en la estructura de la conciencia no son capaces de ejercitar la libertad. En este caso al no existir un factor biológico determinante, no podemos hablar con rigor de enfermedad. Aquí el modelo diagnóstico y terapéutico utilizado por la medicina occidental, no tiene completa validez, no se justifica manejo farmacológico o biológico al no existir patología. Tales situaciones, conocidas nosológicamente como neurosis, crisis adaptativas o vivenciales, comportan sin embargo una limitación en el ejercicio de la

libertad, propiciando sufrimiento al ser y disminución de su creatividad y su expansión vital (Restrepo, 1983, p .43-44).

Es aquí en esta cita donde se vuelve a retomar que el loco no posee libertad en su totalidad, como lo decía el autor, existe una limitación y así se dificulta más llegar a ella, ya que el loco nosológicamente carece de opciones, aunque es aquí donde se suministra el fármaco para poder mejorar la calidad de vida de estos individuos.

Por otra parte está el capítulo *Psicopatía, sociopatía y subversión*; habla que el diagnóstico más puesto en discusión, es el del psicópata en la vida cotidiana; pero en este diagnóstico o término, el autor resalta algo muy importante y es que en ocasiones la psiquiatría comete ciertos abusos e implicaciones legales que este diagnóstico conlleva, ya que en este caso la psiquiatría llega a abandonar la objetividad para emitir un cierto juicio de valor o dicho en otras palabras “sirve para convertir en un problema médico lo que es un conflicto social y es un arma para silenciar los seres humanos considerados indeseables” (Restrepo, 1983, p.65)

A partir de lo citado del autor, es sabido que el movimiento psiquiátrico llegaba a ser de alguna manera una represión para el loco, donde había encierro, castigos, dolor, se podría decir que estos métodos llegaban a la restricción de la libertad para él; pero a lo largo de los años, empiezan a verse estas prácticas tan inhumanas y con estas empieza la revolución de la antipsiquiatría, esta se oponían a las prácticas de la psiquiatría convencional y postula nuevas teorías o herramientas para el tratamiento del loco. Con esta revolución nace en los años 50's el término de *psiquiatría comunitaria* y con esta nacen los avances de la farmacología.

Terminado el rastreo histórico de la psiquiatría y de las prácticas que se utilizaron y como pasó a ser el fármaco un desinstitucionalizador del loco; se retomarán algunos planteamientos de Michel Foucault, como una forma de acercamiento al problema, siguiendo los lineamientos propuestos en este trabajo y tratando de hacer una discusión final acerca de los conceptos que se tenían del loco y de qué manera ha cambiado en la actualidad.

Para dar paso a lo siguiente se retomará el capítulo I “*Stultifera Navis*” del libro “*La historia de la locura en la época clásica*” (1967). Donde Foucault hace una pequeña descripción, en donde la lepra o los leprosarios desaparecen del mundo occidental y estos son ocupados por incurables o locos, ya que esta extraña desaparición no fue lograda por las oscuras prácticas de los médicos; sino más bien por el resultado de la segregación, porque tanto el leproso como el loco permanecerán en un sentido excluidos y estos sitios tendrán una importancia social; porque la misma sociedad se encarga de esta misma segregación, en pocas palabras hay que defender la sociedad del leproso, del loco, del incurable; por esta misma causa empiezan a generarse unos dispositivos de poder y normalización para evitar algún contagio de peste o de locura en la sociedad (Foucault, 1975-1976).

A partir de estos dispositivos de poder y normalización “la enfermedad mental se le denomina locura a mediados del siglo XVII, donde en el Renacimiento ocupaba un lugar privilegiado- “el barco de los locos, barco ebrio que navega por los ríos tranquilos” (Foucault, 1967, p.21). Ahora bien la exclusión del loco pasa a ser un rito y una utilidad

del pueblo, es decir los sujetos pudientes con familiares locos los expulsan con especial solemnidad, se toma así del presupuesto familiar el dinero que debe servir para la sociedad como forma de utilidad y en algunas ocasiones se le daba al loco un privilegio y es estar encerrado en las puertas de la ciudad; es decir su exclusión debe recluirlo, es decir, es puesto en el interior del exterior (Foucault, 1967)

La anterior cita es importante para este trabajo de grado, ya que se pretende mirar como el uso del fármaco puede ser una manera de exclusión en el sujeto, pero al mismo tiempo lo incluye en la sociedad; estos mismos beneficios se los brindaban a los enfermos o locos en esta época del renacimiento al estar encerrados en la misma ciudad, pero al mismo tiempo se ve este mismo privilegio en la contemporaneidad, se ve como una forma de desinstitucionalización del loco gracias a los avances farmacológicos, que pueden sacar o incluir el enfermo mental sin hacerle daño a la sociedad.

De una manera más general la locura no se encuentra unida al mundo, sino más bien al hombre, a sus debilidades, a sus sueños, a sus ilusiones- “no hay locura más que en cada uno de los hombres, porque es el hombre quien la constituye a merced del afecto que se tiene así mismo” (Foucault, 1967, p.44). Con respecto a esta idea se podría decir que la locura la posee todo el mundo, que estamos sujetados a ella; y que por ese mismo hecho de estar tan vulnerables a ella la tratamos de excluir, de sacar de la sociedad, porque el problema consiste en el mismo desconocimiento de la naturaleza de la locura.

Por otro lado en el libro “*Vigilar y castigar nacimiento de la prisión*” (1996), de Michel Foucault, se encuentra un hecho significativo: la cuestión de que la locura ha evolucionado en la práctica penal en el sentido que no se juzga dado el caso. Si hay un crimen o delito y

el infractor se encontraba en estado de demencia no se castigaba; esto según el código francés de 1810, artículo 64. Pero este artículo no se hizo posible porque han admitido que se podía ser culpable y loco; tanto menos culpable como un poco más loco, pero igualmente también los cobijaba la ley. En cuanto al papel psiquiátrico o los expertos psiquiatras, estos podían negarse a juzgar; por ejemplo existían tres preguntas que se hacían en esta época a los psiquiatras acerca del loco “¿Presenta el inculgado un estado peligroso?, ¿Es accesible a la sanción penal?, ¿Es curable o readaptable?” (Foucault, 1966, p.27, 28).

De estas tres preguntas la más importante para este trabajo de grado, es la última “¿es curable o readaptable?”, es curioso saber que aún en la actualidad en cuanto a la ley penal y las políticas sanitarias, se siguen viendo estas clases de preguntas y más aún si es para incluir en la sociedad al enfermo mental o el loco. Ahora bien, partiendo de esta última pregunta, viéndolo desde la actualidad, se presenta cada día en los centros de salud mental ya que la mayor parte de responsabilidad cae en los psiquiatras, porque son ellos los encargados de sacar al enfermo mental o al loco a la sociedad, ¿Pero cómo se da esta inclusión? A través del uso del fármaco, en el texto el “*Estado actual de la asistencia psiquiátrica*” el psiquiatra Guimón plantea que:

El uso del fármaco se da en los años 50’s donde los avances de la farmacología y utilización de instrumentos de diagnóstico, expresó acortar la duración de la hospitalización de los enfermos y acentuado la dimensión médica del trabajo del psiquiatra y a partir de los años 60’s en parte a la crítica anti psiquiátrica de los hospitales psiquiátricos y a la aparición de los modelos psicofarmacológicos que se

crearon pequeñas unidades de corta estancia en los hospitales generales (Guimón, 2003, p.2).

Pero por otro lado existe la institucionalización, frente a lo cual Guimón afirma:

Es difícil modificar los hospitales tradicionales debido a su organización, ya que existen dos modelos de organización; el primero ese de la institución total y el segundo el de la burocracia. El hospital psiquiátrico es un modelo típico de la institución total que conlleva a grandes restricciones de la libertad y en la existencia de los pacientes, de igual modo de la dinámica de estas instituciones es a través del etiquetaje como función de base ya que su objetivo principal cabe resumirse únicamente a la vigilancia y tienden a prolongar las estancias de manera excesiva dado que tiene una organización basada a la burocratización que enlentece su funcionamiento (Guimón, 2003 p.4).

Acorde con lo planteado anteriormente se observa el paso que se dio de la institucionalización a la desinstitucionalización y todo lo que esto implicó, acorde con lo planteado por Foucault se podría hablar de que el fármaco ha sido una práctica más humana que genera inclusión, pero esto es lo que se quiere observar en este trabajo de grado, cómo ha llegado el uso del fármaco a la inclusión o si este realmente no es tan incluyente como se piensa.

Por otro lado, desde una mirada Foucaultiana en el curso *“Defender la sociedad”* la medicina es un saber/poder que se aplica a la vez sobre el cuerpo y sobre la población,

sobre el organismo y sobre los procesos biológicos, que a su vez van a tener efectos secundarios y regularizadores; es decir que estos efectos se van a aplicar del mismo modo al cuerpo y a la población (Foucault, 1975-1976).

Con respecto a lo planteado por Foucault es importante observar que aunque las prácticas psiquiátricas han tenido bondades hacia los pacientes y han tratado de ser menos ortodoxas, siempre va a surgir ese agente regularizador, aunque la medicina o el fármaco son estabilizadores de la enfermedad, no significa que el cuerpo mismo no esté sujeto a estas prácticas o este sujeto al fármaco, es decir, es la manera en que se empieza a perder la libertad como sujeto para pasar a ser sujetado por agentes normalizadores, en este caso este agente normalizador sería el uso del fármaco, porque regulariza al sujeto pero a la vez le da una posible libertad al loco o al enfermo mental o también le da nuevas formas de relacionarse en lo social, pasando de uno al otro como un juego de roles, como lo incluyente y lo excluyente o el malestar y el bienestar.

Por otro lado es importante para ese trabajo de grado saber algunas declaraciones que se hicieron en el año de 1990 acerca de la reestructuración de la atención psiquiátrica. En el artículo “*la declaración de caracas*” (1990) por la Organización Panamericana de Salud, plantea una serie de problemas en cuanto a la atención psiquiátrica y al trato con los pacientes y notan lo siguiente:

Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencias, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:

a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social.

b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos

Humanos y civiles del enfermo.

c) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

También declaran lo siguiente:

-Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la atención primaria de salud y en los marcos de los sistemas locales de salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad.

-Que los recursos, cuidados y tratamiento provisto deben:

1. Salvaguardar, invariablemente te la dignidad personal y los derechos humanos y civiles.
2. Estar basados en los criterios racionales y técnicamente adecuados.
3. Propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario.

Igualmente las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:

Promuevan las organizaciones de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento (OPS, 1990, p. 1- 2).

El siguiente apartado, mirándolo desde los planteamientos de Foucault es importante porque desde aquí se empieza a hacer conciencia, en las prácticas psiquiátricas, del trato a los pacientes, ya están pasando de lastimar al cuerpo a la anulación del dolor; entonces “El

cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone (Foucault, 1976, p.141).

Planteamiento importante que hace el autor, porque en todas estas prácticas experimentan en el cuerpo humano, pero cuando el daño ya está hecho empieza a haber una igualdad para los enfermos tratando de recomponer el daño, surgiendo nuevas prácticas más humanas sin hacer daño al cuerpo mismo, prácticas que se pueden ver en esta declaración; ya aquí el loco o el enfermo mental tiene derechos y los puede exigir. Igualmente no se puede desconocer este gran proceso de humanización, ya se puede observar cómo era tratada la locura o el loco en la época clásica y como es tratada en la actualidad.

Por otra parte el castigo es un elemento de sistema doble, es decir, gratificación- sanción, este sistema es el que vuelve operante el proceso de encauzamiento de la conducta y de la corrección, explico: “El maestro debe evitar usar el castigo, por el contrario, debe tratar de hacer que las recompensas sean más frecuentes que las penas” (Foucault, 1976, p. 185).

Dándose este caso en la actualidad, la gratificación-sanción, se puede decir que va encausado a lo mismo, el discurso médico psiquiátrico le da al paciente unas alternativas para la enfermedad, estas generan una gratificación en el paciente y en el médico, ya que éste busca el bienestar del mismo; pero si no llegase a utilizar estas alternativas, como por ejemplo el uso del fármaco, llega la sanción; esta sanción como forma de descompensación del paciente, es decir, al no tomar el medicamento como lo prescribe el psiquiatra entra de nuevo a un estado de demencia o locura y genera el internamiento o como se diría en la

actualidad sería remitido a urgencias psiquiátricas, tratando de compensarlo nuevamente y con otras nuevas dosis más altas de algún fármaco.

Foucault plantea lo siguiente en *“Vigilar y castigar”* (1976):

A partir de este internamiento aparece de nuevo el examen, el examen combina las técnicas de la jerarquía que vigila y de la sanción que normaliza. Es una mirada normalizadora, una vigilancia que permite calificar, clasificar y castigar. Una de las condiciones esenciales para el desbloqueo epistemológico de la medicina a finales del siglo XVIII fue la organización del hospital como aparato de “examinar”. Estos médicos regularmente debían examinar en la tarde o la noche algunos enfermos; los reglamentos del siglo XVIII, precisan los horarios de la visita y su duración. Aparece a partir de esto la categoría del “enfermo”, en cuanto al hospital mismo, que era antes un lugar de asistencia, va a convertirse en un lugar de formación y de confrontación de los conocimientos, en relaciones de poder y constitución de un saber. De igual manera el examen permite al maestro transmitir un saber, establecer sobre sus discípulos todo un campo de conocimientos y también es la técnica por la cual el poder, en lugar de emitir los signos de su potencia, en lugar de imponer su marca a sus sometidos, mantiene a estos en un mecanismo de objetivación (p.189- 192).

Este “examinar” como lo plantea Foucault, es percibido en el día a día, ya que aunque un paciente no esté en el internamiento, de igual manera se da la mirada normalizadora y la vigilancia constante de estas personas estando afuera, es decir, el examen o la evaluación

que se le hace a una persona con alguna enfermedad mental, parte del mismo contacto que tiene con el discurso médico, y la manera en que esta saber dispone de la enfermedad, y de qué manera puede ser abordada. Pero esto no solo se da desde el discurso médico psiquiátrico, sino también se da en el discurso de las ciencias sociales, como desde su saber, puede examinar a un paciente desde una mirada clínica, convirtiéndose esta, como lo plantea Foucault en su libro *“El nacimiento de la clínica”* (1966). “El ojo se convierte en el depositario y en la fuente de la claridad” (p. 6) Explico, un mismo paciente se puede abordar desde mil teorías y discursos, pero al final se llega a la misma conclusión empezando a tener claridad sobre la enfermedad y buscando así un tratamiento adecuado, generando así una constitución de un nuevo saber en conjunto.

7.3 MARCO CONCEPTUAL

Para empezar a desarrollar este marco conceptual es necesario definir los conceptos importantes que aparecen en este trabajo de grado, empezaremos definiendo la locura desde lo planteado por Foucault en sus libros *“La historia de la locura en la época clásica”* (1967), al mismo tiempo se definirá este concepto desde la psiquiatría y otros. Luego se pasará a definir que es la exclusión y la inclusión, igualmente desde Foucault y las prácticas psiquiátricas, por último se pasará a definir qué es la farmacoterapia retomando el artículo de Alejandro Melo-Florián *“Introducción a la farmacología”* (2011).

7.3.1 Locura A continuación se definirán los conceptos Foucaultianos (1967) de la locura y el loco, pues estos son los personajes más importantes de este trabajo de grado, para comenzar se afirma con el autor, que la:

Locura aparece como una especie de gran sinrazón, la denuncia de la locura llega a ser crítica general, entonces si la locura arrastra a los hombres a una ceguera que los pierde, el loco, al contrario le da a cada uno su verdad, viendo el loco como el poseedor de la verdad (Foucault, 1967, p. 28 y 29).

En la cita anterior Foucault define a la locura como una gran sinrazón, es decir la locura no es poseedora de razón, pero a diferencia del loco, este aparece como poseedor de la verdad, que muestra a cada sujeto su posible realidad de la que todos queremos huir. Por ahora se retomará solo esta definición de la locura, del libro *“La historia de lo locura en la época clásica (1967)*.

Ahora bien, otra definición que le podemos dar a la locura es desde la mirada psiquiátrica contemporánea ya que la locura se puede definir como lo propone el doctor Oscar Correa psiquiatra del Centro de Salud Mental de Envigado (24 de marzo de 2011).

Una psicosis, ya que estar loco es estar fuera de la sociedad, es decir, en un trastorno mental hay una clara ruptura en lo real (realidad); cambia la forma en que se ve el mundo, como lo huele, lo escucha llegan a existir ideas delirantes, alucinaciones, conducta desorganizada o pensamiento desorganizado, este pensamiento o conducta

desorganizada quiere decir que es una disfuncionalidad ya que el sujeto no puede cumplir los logros que se esperan dentro de lo social, dentro de lo familiar o en cualquier relación social que tenga”(Correa, 24 de marzo de 2011).

De igual modo es interesante poder definir el concepto desde la acepción que nos da el diccionario, para poder observar qué tienen en común y qué no ha cambiado desde la época clásica hasta la contemporaneidad. Por este motivo el diccionario introduce la definición del loco como: privado de razón (alienado, demente, desequilibrado, furioso) y en contraste define a la locura como: demencia o privación de la razón (García, 1964, p. 634).

Todo lo anterior se puede recoger en una sola pregunta ¿Qué tienen en común estas tres definiciones? Se podría decir que mucho, ya que desde la definición que propone Foucault y los postulados que da la psiquiatría contemporánea y el diccionario proponen, es que la locura siempre va a ser privada y no poseedora de la razón, igualmente coinciden estas definiciones con las propuestas por Foucault quien define la locura como una gran sinrazón. Igualmente es importante resaltar que se seguirá intentando definir los conceptos desde estos tres aportes para este trabajo.

7.3.2 Exclusión A continuación se hará una corta definición de la exclusión a partir de la obra de Foucault *Historia de la locura en la época clásica* en ella él afirma que “el loco se convierte en una odisea ejemplar de los defectos humanos” (1967, p.49) pero ¿Se puede mirar esta cita como una forma de exclusión? paso a explicar: todos los defectos humanos que tiene el hombre se convierten en una forma de exclusión ya que para la sociedad lo que

no esté en un índice de normalidad o en un rango de lo normal genera exclusión. De esta manera se puede mirar o resaltar que todo aquello que la sociedad desecha, todo aquello que es anormal es excluido, es estigmatizado porque se sale de lo normal esperado por el contexto sociocultural, asunto que lleva a Foucault a señalar que se debe sospechar de lo evidente por la tendencia estigmatizante que hay en la sociedad aquello que es diferente.

Acorde con lo anterior otra forma de exclusión sería las prácticas manicomiales, ya que encerraban al loco o el enfermo mental por años, escindiéndolo de todo el contexto social y real; Donde fue una época pre psicofarmacológica, es decir, aún no había tratamiento farmacoterapéutico farmacológico. Guimón en su texto "*Estado actual de la asistencia psiquiátrica*" hace referencia a lo siguiente; los hospitales psiquiátricos es un modelo típico de la institución total, que conlleva a grandes restricciones de la libertad, trabajan a través del etiquetaje y la vigilancia, donde tienden a prolongar las estancias del enfermo de manera excesiva (2003).

7.3.3 Inclusión En la psiquiatría contemporánea, los fármacos han ayudado mucho a la desinstitucionalización, es decir estos permiten una especie de inclusión del sujeto, pero no significa que al incluirlo en la sociedad sea un sujeto normal, antes se debe vigilar más, ya que ellos son parte de la institución por lo cual deben responder por sus actos tanto fuera como dentro de esta misma.

Una de las estrategias de inclusión social generadas por el Centro de Salud Mental de Envigado, consiste en reincorporarlos al enfermo mental al contexto social a partir de actividades laborales tales como la venta de periódicos, a manera de vendedores ambulantes, lo que ha producido en estos sujetos una sensación de sentirse útil y de estar

más integrado en el contexto sociocultural. Estas prácticas basadas en la psiquiatría comunitaria no solamente han sido probadas en el contexto social de Envigado, sino que han sido usadas en otras latitudes con un éxito importante de la integración del enfermo mental en el contexto en el que habita.

De igual forma estas prácticas psiquiátricas, en este Centro buscan la humanización del trato con este tipo de pacientes, pero aun así no deja de haber normalización y vigilancia, ya que si un paciente no está “compensado”³ no puede ir ese día a trabajar, ni asistir al grupo de apoyo en el cual este asistiendo, porque puede causar algún daño físico a otro o a ellos mismos, por eso se debe hacer un control en estos.

Para concluir la definición de la exclusión entraremos a mirar que dice el diccionario, este habla de exclusión o excluir como: quitar o echar a una persona de una sociedad o una reunión. Y lo contrario, o sea la inclusión lo definen como: incluir, admitir, recibir (García, 1964, p. 449).

Acorde con lo expuesto anteriormente se puede observar una similitud en cuanto a las definiciones, por un lado nos dice que la sociedad es excluyente pero que al mismo tiempo incluye. Esta inclusión se podría ver en el Centro de Salud Mental, pero surge una pregunta ¿Realmente lo que incluye al loco en la actualidad es la institución o es el uso fármaco? Los dos son de alguna manera incluyentes del loco, ya que la institución es la encargada de suministrar el medicamento o el fármaco al enfermo, trabajarían de la mano por que entraría el discurso médico como parte de la institución a ser uso de un poder que en este caso sería hacerle diagnóstico a cada enfermedad y con ello el fármaco juega un papel muy

³Estar compensado es estar al día con los medicamentos y en mano de la psicoterapia. Si el paciente no se toma medicamento o no le esté haciendo efecto, se habla de una descompensación del paciente.

importante en el que hacer médico psiquiátrico. Porque el fármaco genera una desinstitucionalización del loco, es decir, estabiliza esa enfermedad en él y lo incluye en la sociedad.

7.3.4 Farmacoterapia En el artículo “*Introducción a la farmacología*” de Alejandro Melo-Florián (2011) se plantea lo siguiente:

La farmacología es la ciencia que comprende el conocimiento del origen, propiedades fisicoquímicas, composición, fisiología, absorción, distribución, excreción, mecanismos específicos de acción y usos terapéuticos de los medicamentos. Las dos principales áreas de la farmacología son la farmacocinética y la farmacodinamia o farmacodinámica (párr. 4).

Por farmacología pura se entiende como el estudio de las acciones de las sustancias en los seres vivos, sin efectuar ninguna discriminación de las que pueden tener utilidad terapéutica o no. Es una ciencia eminentemente experimental y en su condición de ciencia pura, presenta ideas teóricas y formula hipótesis de trabajo, en las que puede basarse la futura labor experimental.

La farmacología aplicada en cambio, como su nombre lo indica, se ocupa de la adaptación de sus conocimientos a la prevención y tratamiento de las enfermedades y estudia aquellos medicamentos de posible aplicación terapéutica. Como se deduce fácilmente, no puede haber límite neto entre la farmacología pura y la aplicada, pues el empleo terapéutico de una droga ha de basarse en su acción farmacológica y por otra

parte, continuamente se observan casos de drogas estudiadas hace años desde el punto de vista farmacológico puro y que hoy encuentran nuevas aplicaciones terapéuticas (Melo-Florián, 2011, párr. 9- 15).

Ahora bien, por otro lado las principales diferencias del medicamento y el fármaco es que el medicamento agrupa las sustancias que son de utilidad para la curación o prevención de las enfermedades del hombre, mientras que el fármaco no tiene claro un fin terapéutico.

En otras palabras ¿Qué es la farmacoterapia? Es la rama de la farmacología se ocupa del uso de los medicamentos para la prevención y el tratamiento de enfermedades en seres humanos. Y ¿Qué metodología emplea la farmacoterapia? El instrumento más destacado de esta, es el llamado clínico o estudio de intervención; estos estudios clínicos son instrumentos que comparan el valor de un tratamiento o intervención a un grupo de control, lo cual establece si un medicamento es eficaz para el tratamiento de una determinada enfermedad (Melo-Florián, 2011).

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS (DISCUSIÓN FINAL)

En este trabajo de grado se quiere evidenciar a través de teoría, de entrevistas a expertos, y de rastreo bibliográfico, si el uso del fármaco desde la práctica psiquiátrica genera exclusión o inclusión del loco, o como se diría en la actualidad del psicótico. Es importante en la fase final de este trabajo, recopilar toda esa información y observar de qué manera ha cambiado el discurso médico psiquiátrico a través del tiempo y lo mismo que el tratamiento al enfermo mental; también poder mirar si estas prácticas si se han humanizado y cuando son incluyentes y cuando son excluyentes.

Para dar paso a lo siguiente y dar cuenta a lo anterior se retomaran dos capítulos, los cuales son: el primer capítulo nombrado “*¿De loco a psicótico?*”, este capítulo hace recorrido por el paso de la locura desde épocas antiguas, hasta la actualidad. Cuestionando la manera en que el concepto de loco, pasa hacer un concepto más amable, mas integrador, para estos sujetos que eran marginados de la sociedad; este concepto es el “psicótico”, ya que el psicótico para la actualidad es el nombre que se le da a las personas agitadas, las personas que tienen una clara ruptura con la realidad, personas con alucinaciones, en entre otras subvariantes mas para determinar a ese sujeto, como un psicótico.

El segundo capítulo, tiene por nombre “*El poder del fármaco y sus dos formas: exclusión/inclusión*”. Para este capítulo se desarrollaran subcapítulos que den cuenta, la manera en que el uso del fármaco genera exclusión o inclusión al loco/psicótico en la actualidad. Para corroborar lo anterior se dará paso a lo siguiente: En el subcapítulo “*El encierro manicomial como práctica de exclusión*”. Hace un recorrido por las prácticas y

tratamientos manicomiales que excluían al loco de la sociedad, observándose que estas prácticas recaían en el cuerpo de alienado, viéndose como prácticas punibles de castigo y dolor. Por otro lado, los hospitales psiquiátricos eran vistos como instituciones de gran encierro, donde escindían al loco de su libertad, generándose dentro de estas instituciones categorías de clasificación y etiquetaje, para remitirse o dirigirse a lo que ahora en la actualidad llamamos loco/psicótico; observándose esto como saberes que generan un discurso, dándose esto desde el mismo momento en que estos saberes se topan con el saber del enfermo, viéndose este como el poseedor de la enfermedad, como un objeto de saber. Para la mirada del médico-psiquiatra. Por otro lado, se evidencio que no solo el encierro manicomial genera exclusión al loco/psicótico, también existe otra forma de exclusión/autoexclusión del mismo paciente con alguna clase de enfermedad mental.

Por otro lado, se encuentra el siguiente subcapítulo “*El uso del fármaco como instrumento de inclusión*”. Como su mismo título lo describe, se observa de qué manera el uso del fármaco genera inclusión al loco/psicótico. Y si realmente esta nueva tecnología psicofarmacológica si logra incluirlo. Se hace un recorrido histórico por el gran fármaco que genero al loco un gran salto del hospital a la sociedad. La clorpromazina esta llega como un desinstitutionalizador del loco y al mismo tiempo es introducida a las prácticas psiquiátricas, restaurando todo un proceso de tratamiento al loco, hasta llegar hacer una práctica más humana. Con esta práctica nace una nueva rama de la psiquiatría, “la psiquiatría comunitaria”, la cual tiene como objetivo reincorporar al enfermo mental a la sociedad, en conjunto con un equipo interdisciplinario, con ayuda de la comunidad.

Y por último, se realizará una discusión final de los conceptos “exclusión/inclusión”. En la manera como ambos conceptos, discurren sutilmente en las prácticas psiquiátricas que tratan la locura en la actualidad, mirando de qué forma estas prácticas generan bienestar y malestar en el paciente, en la manera como este asume o no el uso del fármaco como forma de tratamiento para su “enfermedad”. Y como este se percibe dentro de lo social, familiar y consigo mismo.

8.1 ¿DE LOCO A PSICÓTICO?

“Quien fuera sabio no tendría ningún loco; Por tanto quien tiene un loco no es sabio; Si no es sabio, está loco; y quizás, Será el rey, quizá de ser rey sería el loco de su loco” (Diderot Citado por Foucault, 1967, p.12).

Una de las preguntas importantes en este trabajo es la que indaga por el momento en que se dio el tránsito de la denominación de loco a la de psicótico. Inicialmente, es relevante remitirse al concepto de loco, el que, al parecer, era o es peyorativo y estigmatizante, se trataba de una noción que tenía la sociedad de un sujeto agitado, de un sujeto diferente, de un sujeto que llegó a considerarse anormal. Loco era más bien un concepto de un estado de migración humana, se creía (aún se puede creer) que el loco era peligroso o que su condición se podría contagiar, esto hacía que fueran excluidos de la ciudad en asilos donde eran reclusos y permanecían fuera de la realidad, escindidos en su propia realidad.

Lo planteado se puede observar en el libro “*Historia de la locura en la época clásica II*” (1967), donde Foucault resalta la historia del sobrino de Rameau, este sujeto se obstina en sus huidas certidumbres de que está loco, y el cual dice así “vos sabéis que soy un ignorante, un loco, un impertinente y un perezoso” (Diderot, citado por Foucault, 1967,

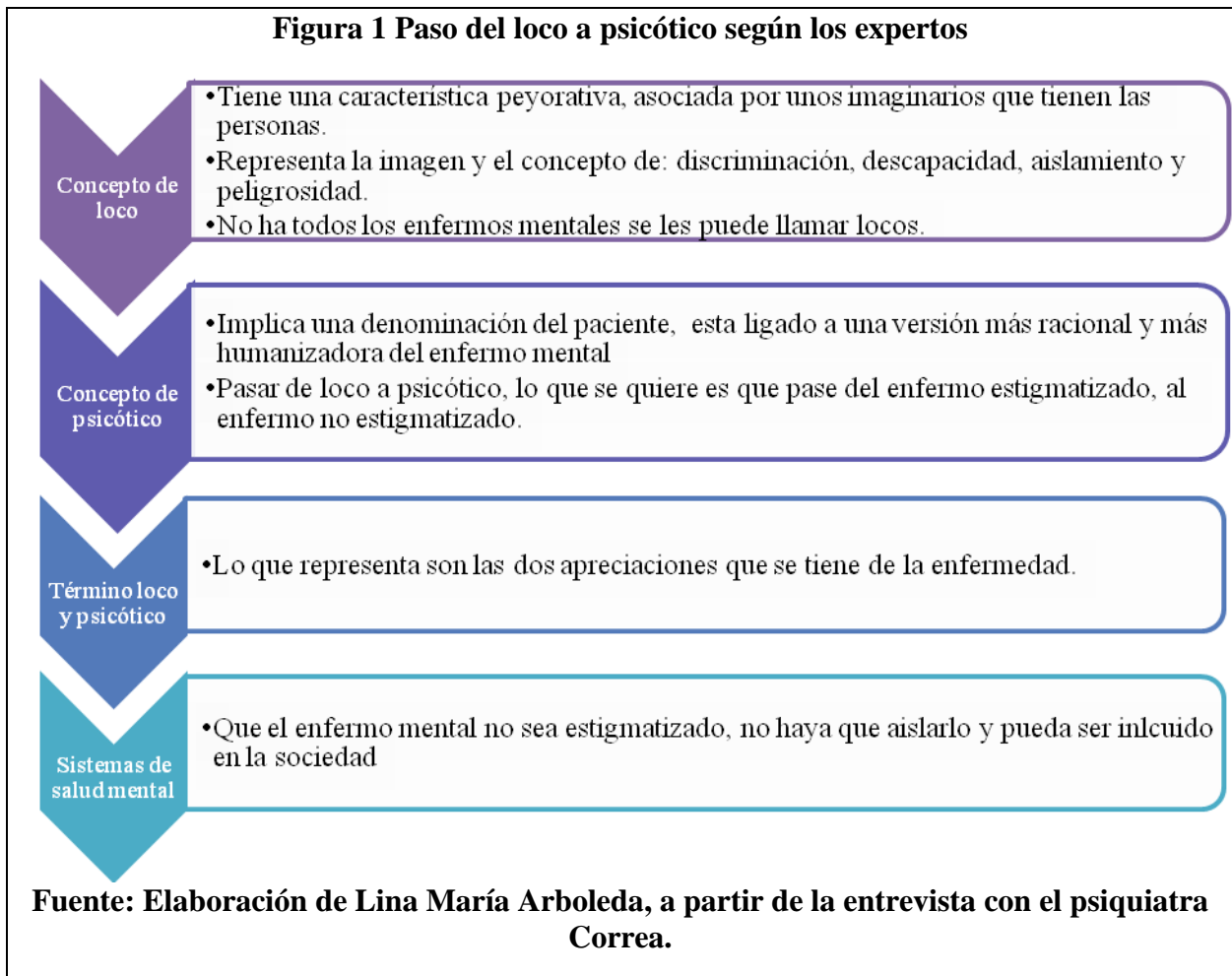
p.9). Pero lo interesante para esta discusión es que a partir de lo que el sobrino de Rameau plantea, él cree –al menos asume- que está loco, porque se le dice que lo está y porque se le trata como tal, el sobrino de Rameau dice lo siguiente “han querido que fuera ridículo y yo me he hecho así” (p. 9). Importante afirmación para hacer pensar que con la locura no se nace sino que se hace evidente, la hacen evidente; también se podría pensar que se inventó y se reinventó ese concepto de locura, para dar nombre a las huidas de la realidad que tiene cada sujeto, ó también se puede pensar que se necesitó del loco, del bufón, para corroborar que el resto de la sociedad que no huye de la realidad, es “normal” y, por último, también se puede pensar que eso que da miedo, como lo es la locura, es lo que se convierte en el reflejo de una verdad que se debe excluir, como lo es el loco.

Ahora, cabe preguntarse ¿será que el miedo a la locura y al loco existe en cada uno de los hombres como una forma de reflejo del otro? Es posible pensar que sí, en el caso en mención, la aparición del loco no sólo nace –aparece- en el sobrino de Rameau, sino que también reaparece en cada sujeto, en la medida en que el otro puede funcionar como el espejo de uno mismo. Ahora bien, esta reaparición como lo plantea Foucault aparece en forma de bufonería, bufonería porque sin duda no es como los demás, pero debe estar integrado dentro de la sociedad por que se le empieza a poseer como un objeto: objeto de necesidad, porque sin el loco la razón se vería privada de su realidad. En otras palabras:

La sinrazón remonta poco a poco lo que la condena, imponiéndole una especie de servidumbre retrograda; pues una sabiduría que cree instaurar con la locura una pura relación de juicio y de definición “aquel es un loco”, para empezar ha establecido un nexo de posesión y de oscura pertenencia “aquel es mi loco” en la medida en que yo soy lo bastante razonable para reconocer su locura” (Foucault, 1967, p. 12).

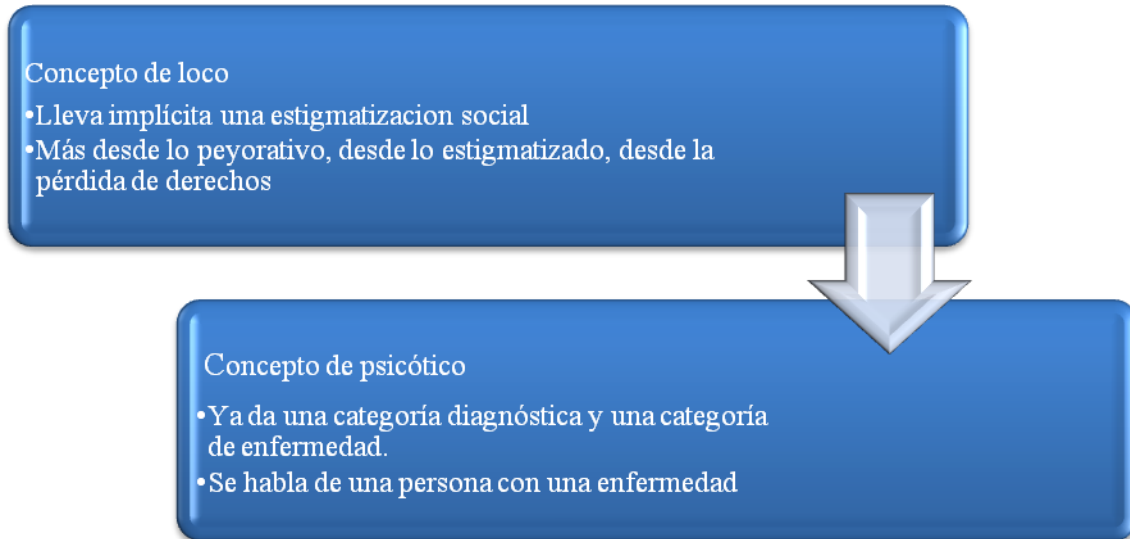
Esta cita puede parecer como curiosa en un sentido: el loco es entonces un objeto de posesión, se puede observar que en el siglo XVI se esclavizaban los negros para funciones de guerra y de servidumbre dejándolos en cautiverio por el resto de su vida, tomando los hijos de las esclavas para ponerlos a merced de los denominados libres; entonces no sólo el sentido de posesión viene del negro esclavo, sino también del loco, solo con decir “este es mi loco”, “es mi bufón”, se está hablando de la degradación en la que se tenía al sujeto agitado, es decir, no era sujeto, no era persona, no era uno de nosotros, es sólo mi loco. Se supone que el loco le da a cada uno su verdad, entonces no sólo le da la razón, sino también la sinrazón. ¿Quién más para mostrarle a cada uno su grado de locura que el mismo loco? y además, cualquier persona, por diferentes circunstancias, puede entrar en el mundo de las alucinaciones y perderse de su realidad y luego volver a ella ¿quién no se ha perdido de su realidad?, entonces el problema no es perderse el problema es regresar.

Realmente no se sabe con certeza cuándo pasó el loco a ser llamado psicótico. Al preguntarle a expertos de la psiquiatría como se dio este pasó, el doctor Oscar Correa (2011), responde lo siguiente:



En la entrevista citada se observa que aparecen las ideas de: discapacidad, discriminación, peligrosidad y aislamiento, producto de los imaginarios del hombre, llevando así la famosa denominación del loco. Por otro lado aparece un concepto más humanizado, el concepto de psicótico, como más racional y menos estigmatizado, todo esto amarrado al saber psiquiátrico. A su vez el psiquiatra Álvaro Cárdenas (2012), hace referencia a unos elementos similares en la concepción de este tránsito:

Figura 2 Elementos del concepto de loco y del de psicóticos según Cárdenas.



Fuente: Elaboración de Lina María Arboleda, a partir de la entrevista con el psiquiatra Cárdenas

A partir de lo anterior, se puede observar que aparece el concepto de loco desde lo peyorativo, desde la estigmatización social y la pérdida de derechos; a diferencia del concepto de psicótico que llega desde una categoría de enfermedad y desde un diagnóstico.

Ambas entrevistas, tienen mucho en común con respecto a la denominación del loco, se habla de lo estigmatizante, de lo peyorativo y del aislamiento, para el cual no existía un tratamiento claro. Diferente a lo que pasa con el psicótico, el que ya tiene un tratamiento

médico, ya se habla de una persona con una clase de enfermedad, un enfermo incluido dentro de un cuadro de enfermedades.

Se puede increpar en este punto si ¿el loco no era categorizado como una persona? ¿Qué hace diferente al loco y al psicótico? ¿El psicótico es persona u objeto? ¿de qué tipo? cuando empezó a indagarse de qué manera el loco era excluido o incluido dentro de lo social, surgieron diferentes formas de abordaje del loco que hacían un contraste. Se retoma a Foucault en la “*historia de la locura en la época clásica I*”, (1967) donde se rastrea cómo aparece el loco o la locura en la época clásica y cómo fue denominado, se trató de poner en claro que “la locura aparece como una especie de gran sinrazón y arrastra a los hombres a una ceguera que los pierde, mientras que el loco le da a cada uno su verdad” (p. 28-29). El loco pudo permitir cierta claridad, ya que este les da a los otros la certeza de que son “normales”, que son libres de la sinrazón, que aún poseen razón. Hasta este punto era claro, pero se encuentra que:

La locura se encarga de encaminar la verdad a través del mundo, y ya no es porque su ceguera se comunique con lo esencial, si no tan solo porque ella es ciega, su poder sólo está hecho de error, es decir, el azar es el único lazo necesario entre la verdad y el error. El azar aparece como la verdad de la verdad, y así mismo como error manifiesto (Foucault, 1967, p. 14).

De esta manera el loco siempre va a ser poseedor de verdad y aunque la locura se encarga de encaminar la verdad, ésta siempre llega sin avisar, perdiendo a cada sujeto de su

realidad; nadie está libre de esto. Retomado de nuevo al sobrino de Rameau y su delirio, da cuenta de que él en esa época hacía una repetición irónica del mundo, es decir:

El gritaba, cantaba, se movía representando los bailarines, los cantores, los cantantes, sonreía, echaba espuma por la boca, gritaba, lloraba, estaba tranquilo y a la vez furioso, era una mujer que se desmaya de dolor, era un desgraciado entregado a su desesperación. Era la noche con sus tinieblas, era la sombra y el silencio, era todo un teatro lírico dividiéndose en veinte papeles diferentes (Foucault, 1967, p. 18).

Esta sinrazón no era sólo un rostro extraño, un rostro diferente, sino que era una máscara de lo familiar, de lo idéntico, de todo hombre en sus expresiones, pero esto no sólo pasaba en la edad media, también se puede notar que en la actualidad el psicótico hace las mismas expresiones, el mismo teatro lírico imitando a cada uno a su alrededor. Además no se necesita ser loco para hacer muchos de estos actos, pero si se requiere, para hacer todos esos actos y no ser loco, no perder la razón, es decir, no estar loco.

Otro punto relevante el cual no se ha abordado, con respecto al loco, es que los episodios psicóticos se dan por tránsitos, es decir, existen diferentes episodios psicóticos como; episodio psicótico con origen esquizofrénico, en el libro “*Aspectos neurocognoscitivos de la esquizofrenia*” (López & Boullosa, 2001) se plantea que estos episodios duran toda la vida, ya que la esquizofrenia es un estado mental de origen multifactorial, lo producen diferentes factores, entre ellos, alteraciones genéticas, enfermedades virales, complicaciones obstétricas o determinaciones ambientales que lleguen a producir factores

de estrés temprano y a partir de esto puede llegar a producir manifestaciones psicóticas. Teniendo en cuenta que la esquizofrenia es una enfermedad de tipo deteriorante y crónica, llegando a producirse desde edades tempranas.

El psiquiatra Oscar Correa, plantea el origen de los episodios de la siguiente manera “otro episodio psicótico se puede dar por un trastorno afectivo bipolar, se puede dar por consumo de tóxicos, es decir, por sustancias psicoactivas que alteran el sistema nervioso central, psicosis asociada a demencia o una psicosis asociada a una depresión, entre otros (Correa, 2012).

Figura 3 Orígenes de los episodios psicóticos planteados por Correa.



Fuente: Elaboración de Lina Maria Arboleda a partir de la entrevista con el psiquiatra Correa

En las citas anteriores se puede evidenciar que el loco/psicótico, tiene momentos de lucidez, no siempre está en un estado de alucinación, de pensamientos mágicos, de aislamiento social, de discursos circunstanciales y de percepciones inusuales; cuando ocurre esto es cuando se le genera un detonante, ya sea ambiental, emocional o físico, que los hace perderse de nuevo en este estado de la sinrazón.

Antes se hablaba del desconocimiento de la naturaleza de la locura, esa que para conocer hubo que patologizar, que llenar de conceptos nuevos para llegar a nombrarla, con las nociones patológicas nace un nuevo concepto, el concepto de psicótico, este psicótico que nace desde el discurso médico psiquiátrico, permitiendo el surgimiento de un saber poder que ejerce sobre un sujeto y así mismo realizando ensayo- error, para dar como resultado un sujeto tratable, un sujeto que se habla y del que se habla desde un diagnóstico médico, a esto alude uno de los expertos entrevistados: “el loco casi ni alternativas tenía, mientras que el psicótico, es un sujeto de tratamiento” (Cárdenas, 2012). A la pregunta anterior ¿qué los hace diferentes –al loco y al psicótico-?, está claro que es sólo el discurso del que posee la verdad sobre algo, en este caso, el discurso médico. No tienen nada de diferentes sólo son dos conceptos que tiene la sociedad de una misma persona. Pero ¿por qué no se dice psicótico, en vez de loco?, aunque el concepto de loco llega con el sufrimiento, estigma y muchas cosas más, el desconocimiento de la gente por esta palabra, hace que aún se escuche “éste si es loco” o “mira ese loco” o “te estás comportado como un loco” entre muchas otras; es normal que la gente diga esto porque como se mencionó anteriormente, el desconocimiento de este concepto y todo el peso que implica hace que el término sea de uso cotidiano.

Todo se trata del dominio de un saber, que en este caso sería el saber psiquiátrico, como es sabido el psicótico es el loco en la actualidad, Foucault habla que los dominios de saber se forman a partir de las relaciones de fuerza y de las relaciones en sociedad. Hace falta difundir este concepto a la sociedad, hace falta sensibilizar más a la sociedad, de educar y hacer caer en cuenta de que los peligrosos no son el loco/psicótico, sino que probablemente el peligro puede ser la misma sociedad por su mismo desconocimiento. Pero muy probablemente este mismo desconocimiento se ha convertido en una estrategia del hombre al no querer darse cuenta de que el loco ya dejó de ser loco y pasó a ser sujeto de tratamiento.

Antes se creía, a partir del imaginario de la gente, que podría existir algún tipo de contagio a través del aire, ya que este está viciado del mal que podría corromper los barrios residenciales, este mismo miedo de la sociedad hizo que existieran y existan los asilos, como se dijo anteriormente para evitar el contagio de la locura, esto era lo que se llamaba las fiebres de las prisiones.

En la época clásica la conciencia de la locura y la conciencia de la sinrazón no se habían separado la una de la otra, ya que la experiencia de la sinrazón abarcaba la conciencia de la locura que la hacía desaparecer y la arrastraba aun camino de regresión, el miedo a la locura abarcaba la segunda mitad del siglo XVIII, ya que aparece la mencionada “enfermedad de los nervios”, con el avance del siglo la preocupación se vuelve más intensa ya que desde el nacimiento de la medicina, estas enfermedades se han multiplicado y se han hecho aún más peligrosas y difíciles de curar (Foucault, 1967).

Por ejemplo, esta enfermedad de los nervios es ahora lo que se denomina el “trastorno de ansiedad”, a diferencia de la época clásica, se puede decir que si hay un tratamiento farmacológico para ésta clase de padecimiento que se convierte en insoportable para la persona que lo sufre, también es pertinente aclarar que en algunos casos puede haber cura, pero no es muy frecuente encontrar pacientes que la logran, ya en este caso particular si bien la psiquiatría y la psicología tiene su aporte, depende es del paciente, es decir, el paciente es el que tiene el poder de cura. El médico psiquiatra y el psicólogo entran a ser un apoyo o una herramienta, para que este pueda superar esta llamada “enfermedad de los nervios” (Foucault, 1967).

Para cerrar éste capítulo es importante ir al momento en que la locura es vista, reconocida. Reconocida en el sentido en que ésta empieza a ser individualizada y reconocida por ciertos rostros singulares que la hacen evidente, pero de esta misma manera es pensada como nociva, como peligrosa para la sociedad. Peligrosa porque ya se ve la locura más libre, se ve paseando por las calles, la gente se topa con ella. Es aquí donde se encierra más fácilmente al loco, ya que éste es el que la pasea –la locura- tranquilo por las calles, por los barrios, en el parque, en todos lados es muy factible encontrársela, y desde este mismo momento empieza la locura a tomar posesión del internamiento. Es importante resaltar que este tema del internamiento de la locura como forma de exclusión social, se retomará en el siguiente capítulo.

Para continuar con lo anterior, es perceptible que la denominación del loco/psicótico es sólo cuestión de discursos, porque es mas practico hacer una evaluación según la sintomatología del paciente y poder encajarlo en un cuadro de enfermedades patológicas, para así poder

generar un especie de tratamiento. Es sabido que el concepto de enfermedad mental ha evolucionado con el tiempo, antes era “tratada” desde lo religioso, bueno si se le puede llamar para esa época tratamiento, el médico psiquiatra era remplazado por los sacerdotes porque se les consideraba como poseídos por el demonio, por hacer actos pecaminosos que desde la iglesia católica no eran vistos como normales; igualmente se creía que se trataba de pensamientos mágicos y esto llevaba a considerar ciertas alucinaciones como producidas por espíritus o seres sobrenaturales.

Con toda esta transformación de la locura, como una práctica más humana del loco/psicótico, el psicótico pasa a ser sujeto de tratamiento, por ende es también sujeto de derecho, a partir de esto se observará de qué manera es visto el loco dentro de la ley, de lo jurídico y cuando es visto como sujeto capaz o incapaz y a partir de esto cuándo se determina si es imputable o inimputable. Para esto nos remitimos al “*Manual de Psicología jurídica*” de Consuelo Hoyos Botero (1999). La cual plantea que la capacidad se entiende como la aptitud que tiene una persona para ser sujeto de derecho, esto se distingue entre dos clases de capacidades:

La capacidad de goce y la capacidad de ejercicio: la capacidad de goce para la ley colombiana trata de que toda persona es capaz de ser titular en los derechos civiles, y la capacidad de ejercicio, consiste en poderse obligar por si misma sin la autorización de otra (Hoyos, 1999, p. 52).

Por otro lado la ley dice que toda persona es legalmente capaz, pero existen unos casos los cuales se determinan como incapaces, como los dementes, los impúberes y los sordomudos, para este caso lo importante para este trabajo, son los dementes ya que son personas que según la ley, no tienen capacidad de autodeterminación. Los dementes para ser llamados como incapaces, “son aquellas personas que sufren afecciones patológicas de las facultades mentales” (Hoyos, 1999, p. 52). Igualmente, los enfermos mentales pueden ser sujetos de interdicción como las personas con esquizofrenia, psicóticos, paranoicos, maniacodepresivos, entre otros; la interdicción es la pérdida de los derechos, que en este caso por ejemplo serían los siguientes ; elegir o ser elegido, desempeñar cargos públicos, permanecer en las fuerzas armadas o hasta contraer matrimonio. Es aquí donde viene el concepto de inimputabilidad, es un conjunto de condiciones exigidas por la ley para que una persona pueda ser punible, concepto asociado algunas veces por un orden psiquiátrico o psicológico; desde el código penal colombiano vigente desde 1980 en su artículo 31, definen el concepto de inimputabilidad de la siguiente manera “es inimputable quien en el momento de ejecutar el hecho legalmente descrito, no tuviera la capacidad de comprender o determinarse por inmadurez psicológica o trastorno mental” (Hoyos, 1999, p. 150). Acorde con lo anterior se retomará al Doctor Cárdenas (2012), el cual plantea lo siguiente “el psicótico ya no tiene libre albedrío, porque perdió su capacidad de autodeterminación”. Cita importante porque se puede ver, que también el loco/psicótico en el discurso médico psiquiatra pierde también su capacidad de auto determinarse, el cual debe pasar a manos de cuidadores. Es importante resaltar que pierde la capacidad de auto determinarse porque empieza a ser un sujeto de derecho el cual lo empieza a cobijar la ley, o a preguntarse de que manera es capaz e incapaz, esto quiere decir que ya existe una preocupación por el

loco/psicótico, algo que ni siquiera en la época clásica se pensaba. Ahora bien, Foucault en su libro *“Vigilar y castigar nacimiento de la prisión”* (1996), hace referencia en que la locura ha evolucionado y por consiguiente se convierte en una práctica penal en el sentido en un delito o un estado de demencia, y empieza desde esa época a cobijar la ley al loco.

Queda claro que para la ley, el psicótico ya genera nociones de pena, también queda claro que las prácticas psiquiátricas han trabajado para dar un trato más humano al loco/psicótico, pero es importante resaltar en todo este proceso que aunque el loco/psicótico pierda esta capacidad de auto determinarse, también tiene muchos momentos de lucidez y que también es un ser humano el cual tiene necesidades, el sujeto psicótico se desprende de lapsus transitorios y aunque tarda volviendo de nuevo a la realidad demanda algunos derechos, que le han sido negados por su “incapacidad”. Es pertinente decir que el loco se convirtió en un objeto de saber, para dar luz a lo que ahora en la actualidad llamamos psicótico, en palabras de Michel Foucault “los síntomas positivos, que define para el médico no ya el modo de conocimiento, sino el mundo de los objetos por conocer. El vínculo fantástico del saber y del sufrimiento” (1966, p. 3). a través de este saber, se empieza a formar todo un dominio, es decir, dominio de conceptos, de nociones, donde se empieza a observar la manera en cómo ha sido difundidos y entregados estos, a las demás fuentes de saber cómo psicólogos, sociólogos, enfermeros, familias, pacientes, entre otros; transmitiendo así ese conocimiento que se descubre a través de un sujeto, dando por nombre diferentes formas de abordaje para la teoría, para encajarlo en un diagnóstico categorial, en fin para darle nombre a algo que se puede intervenir de mil formas, siendo el mismo sujeto; este conocimiento se vuelve en relaciones de poder, es decir, es la forma en que se le genera

una verdad al otro, a ese que cree en el discurso, en el poder de la palabra, en la constitución de un saber.

Por otro lado Foucault “*historia de la locura en la época clásica II*” (1967) nos remite a lo siguiente: “La locura es la forma más pura, la forma principal y primera del movimiento por el que la verdad del hombre pasa al lado del objeto y se vuelve accesible a una percepción científica” (p. 284). Es aquí donde se observa que la verdad que da la locura pasa a ser objeto de saber, pasa a ser estudiada para así dar un juicio de valor y es que los demás alrededor son “normales”. También está claro que el loco/psicótico, son la misma persona, lo que ha cambiado es la estructura, la mirada que se tenía del alienado, del loco, del poseído por el demonio, del contagio de la locura, del imaginario de los hombres; ya esta mirada ha tomado un nuevo curso, el curso de la enfermedad, de lo tratable, de lo comunitario; ya recuperar el termino de persona, en palabras del Doctor Cárdenas (2012) “se vuelve un sujeto de tratamiento”. Antes no lo era, ahora se convierte en un sujeto de derecho. Recuérdese que el sujeto o en este caso el loco/psicótico se constituyen a través de un discurso.

8.2 EL PODER DEL FÁRMACO Y SUS DOS FORMAS: EXCLUSIÓN /INCLUSIÓN.

“El poder somete a los individuos, el individuo es un efecto de poder y, al mismo tiempo, el poder transita por el individuo que ha constituido” (Foucault, 1975-1976, p. 38)

Para este capítulo es importante resaltar que se desarrollarán dos subtítulos de los conceptos que se han venido abordando en este trabajo, para así poder generar la discusión y poder dar cuenta o una posible respuesta a la pregunta de investigación planteada en este

trabajo de grado: ¿De qué manera se da la asunción del fármaco, como forma de exclusión o inclusión, en las prácticas psiquiátricas que tratan la locura en la actualidad?

Es sabido que el recurso manicomial empezó siendo útil en la época pre psicofarmacológica, es decir, no existía otros tipos de tecnologías o prácticas para el enfermo mental, sino la exclusión social, o la misma exclusión de la enfermedad; utilizándose para ello prácticas inhumanas que recaían en el cuerpo del alienado: baños de agua caliente y fría para el sujeto agitado, Encierro dentro de jaulas de barrotes donde eran amarrados de pies, manos y cuello, para generarles quietud, entre otras prácticas punitivas que se usaron con el loco.

Ahora estos procesos cesan con una herramienta que va más allá de toda clase de práctica del dolor, esta empieza dándose con la anulación de dolor, tocando algo más que el cuerpo mismo, con clases de desconectantes e inyecciones, dándose con ello un gran paso: el descubrimiento del fármaco, viéndose este como una gran revolución psiquiátrica. La psicofarmacología empieza a ser utilizado en locos, que en la actualidad se denomina el psicótico o enfermo mental, generando en éste un cierto bienestar, en el cuerpo, en la mente, dando paso a que el loco/ psicótico empiece a establecer una relación con lo social y que pueda tener un “alivio mental” manifestado por algunos pacientes que utilizan el psicofármaco como forma de compensar su sintomatología.

Para dar inicio a este capítulo, cabe señalar que a las preguntas que se generen en cada subcapítulo se tratará de dar una posible respuesta en la discusión de los conceptos de exclusión y de inclusión. También es pertinente resaltar que en esta discusión no se trata de tomar partido, es decir, ni a favor del uso del fármaco, ni en contra del fármaco,

simplemente lo que se pretende mostrar en este trabajo de grado, es la manera como se instalan estas dos nociones de exclusión/inclusión dentro de las prácticas psiquiátricas que tratan la locura en la actualidad y la manera cómo ha evolucionado el discurso médico psiquiátrico, con el objetivo de lograr unas prácticas más humanas para el enfermo mental.

También es relevante señalar, para este capítulo, el saber de las ciencias sociales, en este caso el quehacer de la psicología en medio de un modelo interdisciplinario, trabajando en conjunto con la psiquiatría. Ambas ramas de la salud mental generando diversos saberes que abordan la locura en la actualidad. Cosa relevante que antes no se hacía por el mismo hecho de no ser una ciencia médica, el lugar para la psicología era bien reducido en este ámbito y no se le permitía trabajar con la supuesta ciencia del saber del “médico psiquiatra”. En la revista epidemiológica de Antioquia volumen 29, número 1 de 2007 se plantea cuando las ciencias sociales, como la psicología y el trabajo social, empezaron a usar ciertas herramientas y teorías a favor de los paciente institucionalizados, logrando que a nivel social y familiar se vea al enfermo mental como una persona que tiene derechos y deberes, lo que de alguna manera reclama para ellos vivir en comunidad. Para dichas instituciones interdisciplinarias, el psicólogo y el psiquiatra funcionan como facilitadores y herramientas para la permanencia del enfermo mental en la comunidad; explico, el psiquiatra aborda al paciente y desde una terapia psicofarmacológica lo compensa para que pueda ser más funcional, es aquí donde entra el psicólogo a hacer el acompañamiento de estos pacientes que son medicados y tienen alguna clase de enfermedad mental. Ambos saberes se unen con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente. Que en este caso o

para el trabajo de la psiquiatría comunitaria sería velar por la inclusión del loco/psicótico en la sociedad.

8.2.1 El encierro manicomial como práctica de exclusión. La noción de exclusión es uno de los pilares en este trabajo a partir de ella se empezó a indagar por la manera que era excluido el loco, de qué forma eran vistos dentro de lo social, qué papel cumplían en la sociedad y lo más importante: cómo era tratada la enfermedad desde el saber médico psiquiátrico. Así se inició el rastreo de las formas de tratamiento, como maneras de exclusión, desde épocas antiguas hasta la actualidad, viéndose que muchas de estas prácticas han evolucionado y han transformado el tratamiento en pro del enfermo mental, mientras que otras siguen ancladas en el imaginario del encierro al loco, como una forma o práctica sutil de tratamiento.

Anteriormente fueron vistos los tratamientos manicomiales, como formas de cura al alienado, pero en realidad estos les quitaba su libertad y los privaba del contacto social; estas personas que eran alojadas en estos lugares pasaban la mayor parte de su vida en condiciones inhumanas practicándoles los Ya mencionados baños de agua fría y caliente, en algunos casos la lobotomía y los electrochoques, entre otros; todo con el fin de lograr algún resultado referente a la cura. Ahora bien, aún no se puede desconocer que muchas de estas prácticas, como las terapias de electrochoque y el encierro, se dan todavía en algunos pacientes crónicos, estas prácticas siguen siendo utilizadas por algunas instituciones manicomiales.

Al respecto, Guimón en su texto “*Estado actual de la asistencia psiquiátrica*”, hace alusión a los hospitales psiquiátricos, los que son definidos como un modelo de institucionalización que conlleva a la restricción de la libertad, dentro de las cuales se maneja el etiquetaje y en últimas se reducen las prácticas a la vigilancia del interno (Guimón, 2003). A partir de lo anterior se puede evidenciar el uso del etiquetaje nace dentro de las instituciones, es decir, es más accesible para el discurso psiquiátrico o psicológico⁴, identificar y diagnosticar al enfermo mental a través del etiquetaje, ya que desde él se define un posible tratamiento médico o una posible intervención desde la psicología todo inicia con el solo hecho de poderlo denominar como “psicótico”, o denominarlo como alguien que padece “trastorno de la personalidad” o “trastorno del estado de ánimo” entre otras clases de diagnósticos, que suponen una posible vía para la “cura”. Es evidente que se pierde de nuevo el sujeto que es reemplazado por una etiqueta. Para darle una mirada a este asunto y darle un nombre, se puede observar en el libro “*Defender la sociedad*” (1975- 1976) lo que Foucault plantea:

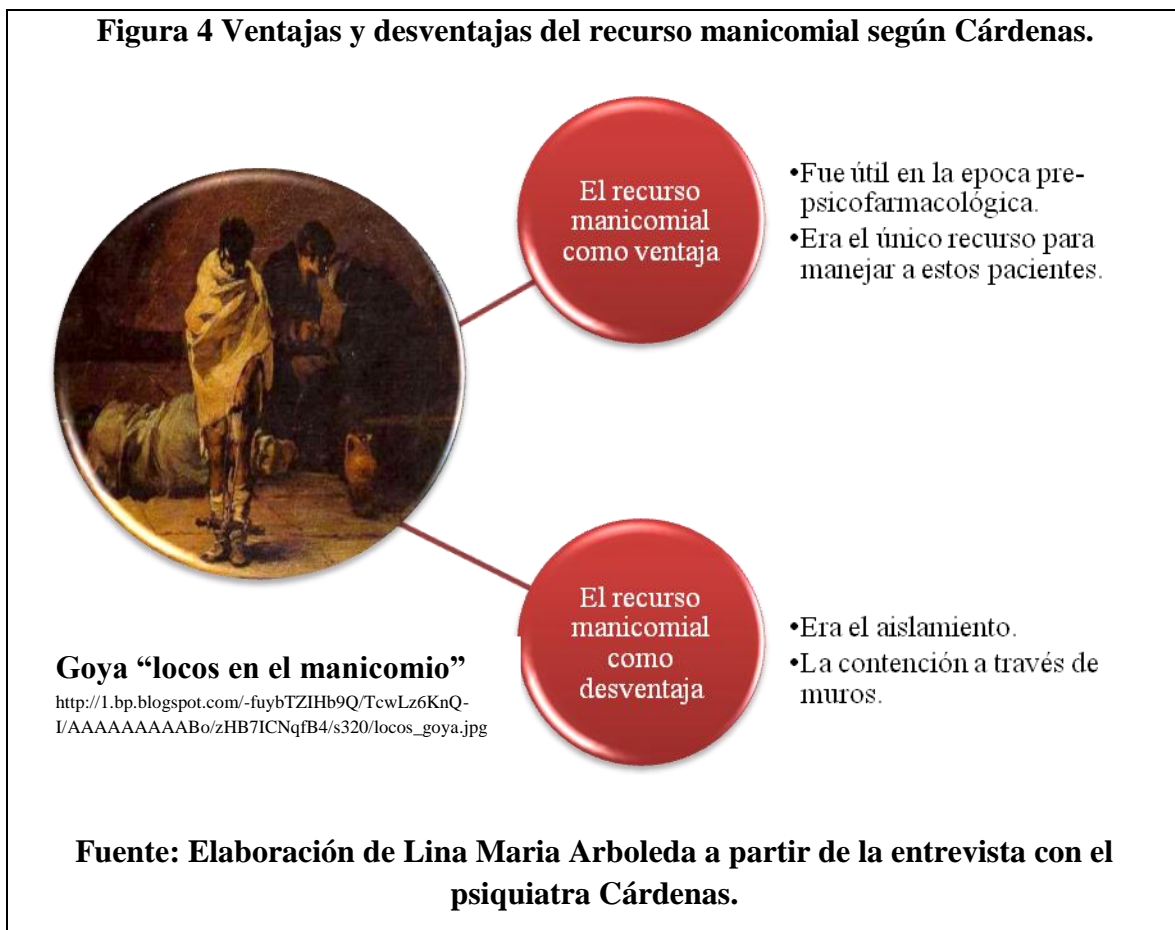
Los saberes sometidos, son dos bloques de saberes históricos que estaban presentes y enmascarados dentro de los juntos funcionales y sistemáticos, y que la crítica pudo hacer reaparecer por medio, desde luego, de la erudición. En segundo lugar es toda una serie de saberes que estaban descalificados. Por consiguiente, la reaparición de estos saberes no calificados y hasta descalificados: el del psiquiatrizado, el del enfermo, el del enfermo, el del médico– pero paralelo y marginal con respecto al saber médico” (p. 21).

⁴ Es importante aclarar, que depende del enfoque clínico del psicólogo, unos enfoques trabajan a partir de un diagnóstico, otros enfoques psicológicos no trabajan bajo etiquetas de enfermedades mentales.

A partir de lo planteado por Foucault se puede notar que se trata de un saber que tiene el enfermo. Este saber, es el saber de la enfermedad, ya que es el mismo enfermo el que la posee; este saber antes era descalificado; descalificado porque para ese entonces no era necesario preguntarle al enfermo si se sentía bien, qué síntomas tenía o si quería someterse algún tipo de tratamiento. Hasta ese momento fue descalificado, porque para ese entonces se valían del supuesto, tomando el mismo médico las decisiones por ellos, claro está que con el fin de dar tratamiento al loco. Pero con el tiempo este saber que posee el enfermo empieza a ser necesario, es decir, a ser un saber calificado para el médico psiquiatra, ya que este se convierte en un objeto de saber. Es aquí donde la psiquiatría se encuentra a merced del enfermo, porque necesita de él para aprender, para observar en donde está ubicada la enfermedad, necesita del enfermo para determinar su patología y solo se logra a través del discurso que éste le da, porque ya es el enfermo el que le dice al médico en donde está ubicada su sintomatología. Es aquí donde empieza a retomar fuerza de nuevo la mirada, el ojo médico, tomando de nuevo el control, el poder, para ejercer en el cuerpo, en lo orgánico, en el enfermo. Luego de esto empieza a haber un juego de roles, o el llamado “juego de poder”, ahora el saber psiquiátrico toma fuerza y descalifica de nuevo el saber del enfermo. El enfermo se somete de nuevo al saber médico, explico, vuelve y se descalifica porque ya este deja, de ser objeto de saber, es decir, ya brindó lo que necesitaba la mirada médica y vuelve de nuevo a haber una jerarquización psiquiátrica que descalifica al saber del enfermo. Y así sucesivamente sigue presentándose este juego de saberes, este juego de poder con lo siguiente: “Yo necesito de ti”, “tú necesitas de mí”. Empezando así a generar la llamada “necesidad”. En palabras de Foucault “el ojo puede abrirse al nivel de las cosas

y de las edades; y de todos los sentidos y de todos los saberes, tiene la posibilidad de ser el más inhábil, repitiendo ágilmente su lejana ignorancia” (1966, p. 98).

Por otra parte, existen unas ventajas y desventajas en el recurso manicomial; lo que en palabras del doctor Cárdenas (2012) se puede ver así:



Se puede evidenciar, que el único recurso para manejar los pacientes alienados era el aislamiento, ya que en esa época aún no existía el avance psicofarmacológico. Retomado lo anterior se entiende que en ausencia del medicamento, se necesitó de la vigilancia del loco, se necesitó de celdas, de ataduras, también para esto se necesitó todo un escenario, donde se

encontraban médicos, enfermeros, las fuerza pública, estudiantes, entre otros, para mostrar lo que aún se desconocía, el origen de la enfermedad. Como se dijo anteriormente, la evaluación que se le hace a una persona con alguna enfermedad mental, parte del mismo contacto que tiene con el discurso médico y la manera que la enfermedad se vuelve objeto de saber y se pone a merced de mil teorías, de miles de discursos, de diversos tratamientos.

Igualmente la exclusión no se da solamente a nivel social, sino que también se presenta dentro de la misma institución; para ser más exactos, se le enseña al personal que trabaja dentro de ella, como debe ser el trato con el loco, con el alienado, porque así es más fácil ejercer un dominio sobre ellos. Esta misma distancia hace que haya una jerarquización y se produzca una exclusión dentro de la exclusión. Este trato busca tener un control sobre el otro, que en ese caso sería el loco, un saber/poder que somete, es decir, el enfermo antes no era amigo del médico, esto no significaba que había respeto hacia el médico, más bien lo que se producía era miedo, miedo al castigo. Igualmente se ve la jerarquización del médico al enfermero, estos estaban y están a merced del saber médico, esto también se puede calificar como una exclusión dentro de la institución.

Por otro lado Goffman (1961) en su libro *“Internados”*. Hace un recorrido por la situación social de los enfermos mentales dentro de las instituciones y define los establecimientos sociales como instituciones o sitios, como habitaciones, conjuntos de habitaciones, edificios o plantas industriales, donde se desarrolla regularmente una determinada actividad.

También menciona Goffman (1961) que existen cinco grupos de instituciones totales donde se internan las personas, y las divide de la siguiente manera: En primer lugar, el grupo de las personas inofensivas como; ancianos, huérfanos, ciegos, entre otros. En el segundo lugar, están los incapaces de cuidarse por sí mismos como la comunidad de enfermos mentales. En tercer lugar, están las instituciones que protegen a la comunidad contra quienes llegan a ser peligrosos para ella, en este caso, existen las cárceles, los campos de concentración, los presidios, entre otros. El cuarto lugar, corresponde a las instituciones deliberadas destinadas al cumplimiento de las tareas como las escuelas de internos, los campos de trabajo, tipos de colonias, entre otras. Y finalmente en el quinto lugar, están los establecimientos concebidos como refugios del mundo como; los monasterios, conventos y otros claustros.

A partir de todo lo anterior, se observa la manera en que son separados los grupos de sujetos según ciertas características en cada comunidad, obviamente poniéndolos de acuerdo a la necesidad que tenga la comunidad; lo relevante para este trabajo son las instituciones que “cuidan” del enfermo mental, que en este caso estaría en el segundo lugar, Goffman la define de la siguiente manera:

En segundo lugar están las erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidar de sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad; son los hospitales de enfermos infecciosos, los hospitales psiquiátricos y los leprosarios (Goffman, 1961. P, 18).

Como es claro, se debía encerrar al loco, ya que era una persona incapaz, la cual no se podía auto determinar y debía estar en constante vigilancia para que no se pudiera hacer daño, ni hacer daño a los demás. La idea con todo éste rastreo es poder observar cómo se daban las prácticas en este tiempo y la manera en que era visto el loco. Hasta el momento ha sido claro este rastreo para el lector. Ahora bien, lo importante en este trabajo es mirar si en la actualidad se sigue dando esta forma de tratamiento y si se sigue viendo al enfermo mental como un problema para la sociedad. Esto hace remitirse a expertos de la psiquiatría para corroborar con la idea o el imaginario que se tiene en la actualidad. El doctor Oscar Correa (2011), argumenta lo siguiente:

Figura 5 Sobre el tratamiento bajo encierro manicomial según Correa.



Fuente: Elaboración de Lina María Arboleda a partir de la entrevista con el psiquiatra Correa.

A partir de lo anterior se puede mirar que el tratamiento manicomial empieza a generar dificultades a los enfermos mentales y de la misma manera evitando alguna ayuda externa como lo es la comunidad. Es aquí donde empieza a cuestionarse el modelo médico psiquiátrico acerca de sus intervenciones, poniéndose un poco en desacuerdo con el modelo médico tradicionalista, mirando si realmente están ayudando al enfermo mental o si esas prácticas ortodoxas siguen excluyendo al enfermo.

Otra forma de exclusión en la actualidad la puede generar el uso del fármaco, explico, cuando el paciente es medicado y diagnosticado, empieza a generar en estos una especie de autoexclusión, por el mismo imaginario de creer que la sociedad y la familia, los ven como locos, simplemente por el hecho de ser pacientes psiquiátricos. Para ser más explícitos se dará un ejemplo. Cuando una persona va a consulta con el psiquiatra y salen de consulta con un diagnóstico de alguna enfermedad mental y son medicados, pasa lo siguiente:

1. El sólo imaginario de ser conscientes que tienen alguna sintomatología que no es normal para ellos, los hacen percibirse como locos.
2. Cuando son medicados con algún medicamento psiquiátrico, tiene el imaginario de creer que los demás, como la familia y la sociedad, los van a ver como locos.

También se puede decir que existe un posible autoexclusión a partir de la enfermedad crónica que pueda presentar el paciente y su estado de deterioro, acorde con lo siguiente el psiquiatra Álvaro Cárdenas plantea lo siguiente “la exclusión parte inicialmente de ellos, por los posicionamientos propios de su enfermedad, además el mismo paciente psiquiátrico

y más aún el psicótico, pierde las habilidades sociales, se excluyen, pierde la capacidad del contacto visual, de la interacción y un montón de componentes verbales y no verbales, que hacen que se autoexcluyan”(2012).

A manera de conclusión y para dar paso al siguiente subcapítulo; se pudo evidenciar que no sólo las prácticas psiquiátricas generan exclusión al loco/psicótico, sino que también la misma enfermedad hace que ellos se autoexcluyan de la sociedad por sus imaginarios, por su condición de deteriorarse cada vez más, por el miedo a ser juzgados y ser vistos como locos. Entre muchas otras. Para dar final a este subcapítulo y recopilar todo lo anterior se propone hacer una lectura bajo las siguientes fórmulas:

Primera fórmula: Locura + Fármaco= Inclusión

Es claro que el uso de fármaco genera inclusión al loco/psicótico en la sociedad, convirtiéndose en una nueva tecnología para las prácticas psiquiátricas en la actualidad, sin la necesidad de encerrar al loco, antes al contrario lo que buscan es que el loco/psicótico se incluya dentro lo social, que no haya la necesidad de sobre medicarlos, sino que pueda vivir con una dosis exacta para compensar su sintomatología, y logre vivir como una persona “normal” llegando a ser funcional, formando vínculos sociales y relaciones de pareja. Claro está, que para poder darse esto, el paciente debe estar en constante vigilancia, es decir, en revisión periódica con el psiquiatra, para que no desate de nuevo una crisis psicótica y afecte tanto los vínculos sociales, como personales. Pero realmente lo que se busca con los psicofármacos es lograr estabilizar al enfermo mental como se dijo anteriormente, de sus

sintomatologías, como ansiedad, delirios, alucinaciones, pensamiento mágicos, ideas obsesivas, depresión, entre otros síntomas, que generan malestar en el paciente, viéndose afectada su calidad de vida.

Por otra parte, la idea o el objetivo, de este proceso de humanización de las prácticas que tratan la locura en la actualidad como: psiquiátricas, psicólogo, trabajador social, médico, entre otros, es que ya no se mire al enfermo y/o, al loco/psicótico como una persona estigmatizada, marginada, excluida y mucho menos que sea percibido como un sujeto peligroso para la sociedad. Al contrario lo que buscan es sensibilizar a la comunidad y al mismo tiempo a personas que siguen en la actualidad realizando prácticas tradicionalistas y ortodoxas para el loco/psicótico, para que sea visto como un sujeto no estigmatizado, un sujeto de tratamiento farmacológico, sin necesidad de tocar el cuerpo, sino mas bien generar un bienestar en ellos, un cuidado de sí.

Segunda fórmula: Locura - Fármaco= Exclusión

Para este caso, es pertinente resaltar, si no hay fármaco no hay inclusión. Es decir, si el paciente no toma los medicamentos psiquiátricos genera una descompensación y una posible crisis psicótica, lo cual lo lleva a una hospitalización psiquiátrica. Dado el caso que se genere un episodio psicótico como tal, este paciente se puede convertir en un riesgo para la familia y para sí mismo, en palabras del psiquiatra Álvaro Cárdenas “el paciente psiquiátrico descompensado va en doble vía, no solamente la vía de su deterioro sino a la vía del caos social y familiar” (2012).

Es importante señalar que el uso del fármaco, evita en la medida de lo posible, que el paciente se deteriore rápidamente. Por eso se trata de evitar que el paciente genere inadherencia al tratamiento farmacológico, es sabido que debido a su enfermedad mental, muchos de ellos no generan introspección, dando por hecho una no aceptación de su enfermedad, es por esto que muchos pacientes suspenden de manera abrupta el medicamento. Pero es aquí donde no se le permite al paciente tomar la decisión de no fármaco, porque no tiene capacidad de autodeterminación y segundo porque puede generar un riesgo para los otros y para el mismo, esto en palabras del Doctor Cárdenas.

A partir de lo anterior, si el paciente no está compensado, no puede vivir en sociedad y debe ser escindido de este vínculo hasta que vuelva a compensarse de nuevo, es decir, vuelva a la realidad.

Tercera fórmula: Locura + Fármaco **Exclusión**
Autoexclusión

El uso del fármaco como excluyente del loco/psicótico, excluyente en el sentido de que el mismo paciente se autoexcluye por su misma percepción de creer que es loco y creer que los demás lo ven como tal, por el mismo hecho de ser diagnosticados y medicados. Como se mencionó anteriormente el mismo diagnóstico hace que la persona se autoexcluya, por las mismas emociones de “creer” que no es igual a los demás, de sentirse diferente al otro. Es claro que para estas personas es difícil aceptar que tienen una “enfermedad mental” y es normal que en muchas de estas personas diagnosticadas no generen aceptación.

Otra forma de autoexclusión es la misma “enfermedad”, ya que estas personas empiezan a deteriorarse con el tiempo, perdiendo muchas de sus capacidades, lo cual genera una evitación y aislamiento con el vínculo social. Al mismo tiempo, otra forma de autoexclusión sería el uso del fármaco, la mayoría de estas personas, les genera incomodidad o pena que las otras personas se den cuenta que toman medicamentos psiquiátricos; por el mismo imaginario de “creer” que estos medicamentos nada mas los usan los locos, empezando así a cerrarse vínculos con el otro.

Otra forma de autoexclusión y una de las más relevantes, es la relación familiar, muchos familiares ayudan a que el paciente se autoexcluya, porque la misma no aceptación de la enfermedad viene por parte del cuidador. Ya que por el mismo desconocimiento de la enfermedad genera señalamiento, burla de decirle a cada rato :loco, raro o anormal. En algunas ocasiones se genera sentimiento de vergüenza o culpa, como por ejemplo pensamientos como: “porque nos paso a nosotros y no a otros” o “ya nos sentimos agotados, cuando será que se muere” o “vergüenza a comunicar que el paciente tiene alguna enfermedad mental” entre muchos sentimientos más, lo cual hace que el paciente se autoexcluya y se sienta invalidado por su propio vínculo familiar.

8.2.2. El uso del fármaco como instrumento de inclusión. Como se mencionó anteriormente es necesario mirar cuando las prácticas psiquiátricas se vuelven incluyentes del loco dentro de lo social, y si verdaderamente lo son. Aunque suene un poco repetitivo es necesario mostrar el recorrido para llegar a lo que se pretende en este trabajo, mostrar la inclusión del loco/psicótico en la sociedad, desde las prácticas psiquiátricas que tratan la locura en la actualidad. Es sabido que el uso del fármaco como desinstitutionizador, generó en el loco un gran salto de la institución a la sociedad, ya que no era necesario mantener al enfermo recluido por tiempos prolongados bajo custodia de los hospitales manicomiales, lo que llegaba incluso deteriorarlos más.

También es pertinente aclarar que no sólo el fármaco genera inclusión al loco/psicótico; como se ha venido observando en este trabajo, la “psiquiatría comunitaria” y su labor ha ayudado a hacer una práctica más humana para el enfermo mental; esta rama de la psiquiatría nace a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, donde el tratamiento que se les da a los pacientes no es un tratamiento manicomial, dándoles de alta más rápido sin necesidad de prolongar su estadía. La denominación con el término comunitario posibilita el desarrollo de servicios que actúan en pro de la comunidad y del enfermo mental dentro de ella (Moreno, 2002).

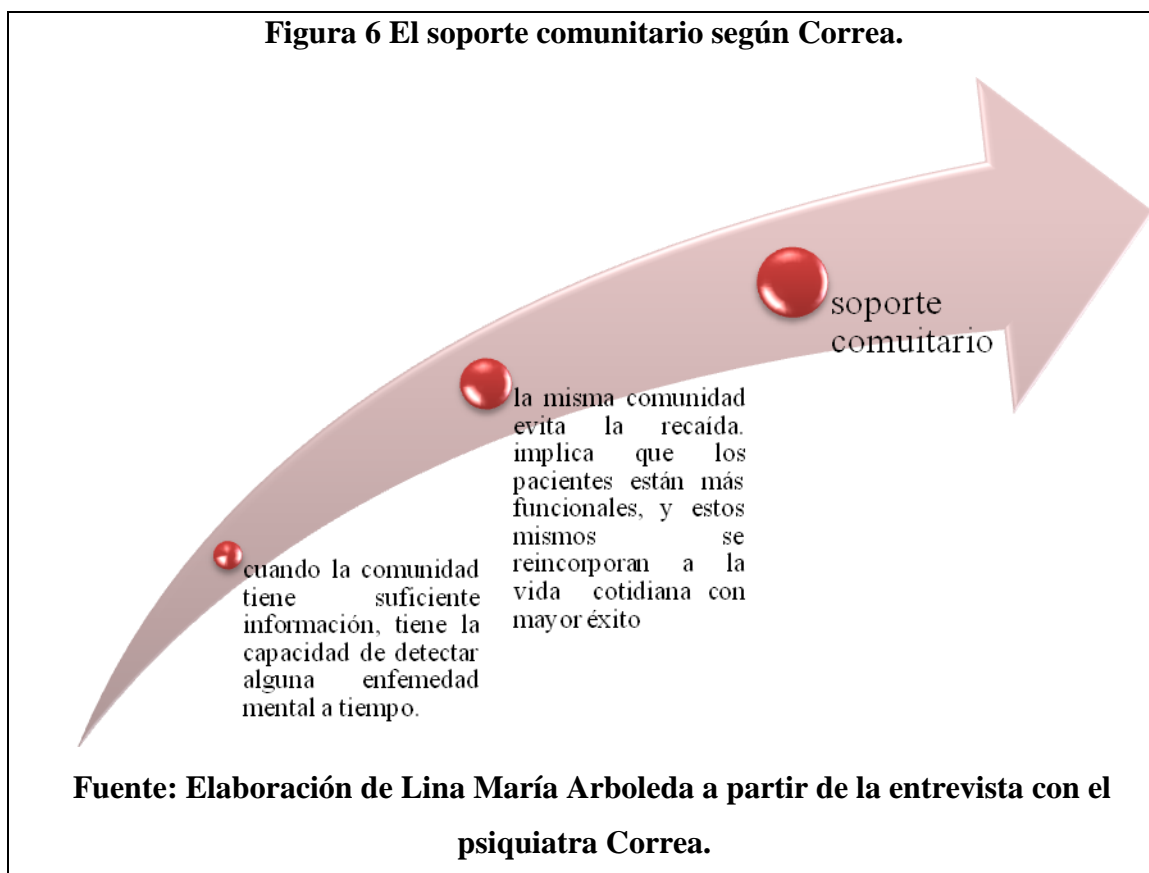
Al mismo tiempo se busca hacer programas extramurales con la participación de diferentes disciplinas (Psicología, Trabajo Social, Medicina, Enfermería) haciendo participe a la comunidad, sensibilizándola para generar un buen trato con el enfermo mental, tratar de que la misma sociedad sea la que reincorpore al loco/psicótico dentro de ella, evitando que

no se vuelva a marginar, a excluir y lo más importante que ya no sea mirado como un peligro para la sociedad; igualmente para que se dé por hecho lo anterior, se realizan programas de prevención y promoción en “Salud Mental”, esta consiste que psicoeducar a la población sobre señales de alerta que tengan que ver con algún posible trastorno y/o sintomatología que le genera al paciente un cierto malestar tanto en el cuerpo como la mente. Para ser más explícitos en cuanto a lo anterior, se retomará lo planteado por el psiquiatra Álvaro Cárdenas: “La psiquiatría comunitaria tiene la posibilidad de ir antes de la enfermedad mental, o sea, puede llegar a la promoción y a la prevención, puede llegar al menos al diagnóstico precoz. El diagnóstico precoz hace que el paciente no llegue a estados de mucho deterioro y de mucho daño tanto para él, como para sus familias” (2012).

Se podría decir que es aquí donde se observa que el discurso médico ha evolucionado en cuanto a la categoría del loco/psicótico en lo social. Ya desde su mismo discurso se empieza a percibir la inclusión del loco, sin necesariamente éste estar o sentirse incluido. Con el descubrimiento del fármaco, las prácticas psiquiátricas han dejado a un lado prácticas punibles que recaen en el cuerpo del alienado, ahora en la actualidad los psiquiatras buscan estabilizar al enfermo mental, para generarles una vida más funcional y una mejor convivencia con el entorno. Es aquí donde es pertinente hablar de las bondades que tiene el soporte comunitario.

El soporte comunitario genera en el paciente, con alguna patología, aportes significativos para su enfermedad, esto se da a través de un trabajo psicoeducativo y la participación activa de la comunidad, brindado por los diferentes especialistas de la salud mental, como

psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, médicos, entre otros, por capacitaciones de promoción y prevención en Salud Mental. Se brindan estas capacitaciones a familias o a los llamados “cuidadores”, que no necesariamente son familia pero se hacen cargo de estas personas, también a “líderes comunitarios”, y a entes políticos como alcaldes, gobernadores, entre otros, para así poder detectar a través de redes de salud mental posibles pacientes con alguna clase de anomalía o sintomatología que es mirada como anormal. Al respecto el psiquiatra Oscar Correa en la entrevista afirma lo que se grafica a continuación:



Se puede observar que la contribución del soporte comunitario ayuda a que el paciente se reincorpore a la sociedad, sin miedo a ser juzgado y/o excluido de su misma comunidad. Al

mismo tiempo estas personas ayudan a que el paciente no genere una inadherencia al tratamiento, en otras palabras, cuando el paciente está muy deteriorado, o esta una fase maniaca que lo lleva a un episodio psicótico, es normal que deserte del tratamiento, por su mismo problema de introspecciones, que lo lleva a una no comprensión de su enfermedad, o a su poca capacidad de autodeterminación, pero es aquí donde entra el soporte comunitario o la intervención comunitaria de parte de los “cuidadores” al estar pendientes de suministrar el medicamento a las horas indicadas y estar al cuidado de ellos, para que logren tener una mayor funcionalidad en su vida diaria.

En el artículo *“Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología”* (López, et al, 2002) retoman la introducción clínica de la clorpromazina en el año 1952, siendo uno de los mayores avances de la medicina del siglo XX y al mismo tiempo su introducción a la práctica psiquiátrica. Esta nueva herramienta farmacológica fue empleada en los años 50’s partiendo del siglo XX, aplicada a pacientes con alguna clase de trastorno psiquiátrico y más aun en pacientes psicóticos, dando paso al manejo de estos pacientes.

Se puede evidenciar que con esta nueva tecnología farmacológica que aborda a pacientes agitados en la actualidad, ya no es necesario el manejo o el recurso manicomial, llevando a un paciente a ser institucionalizado, es decir, ya el encierro no es una ventaja en la actualidad por el contrario se convierte en una gran desventaja para el mismo paciente como también para sus familiares y las entidades de salud pública y privada. Como las EPS, IPS, POS, Sisben, medicina prepagada, entre otras entidades.

Cuando un paciente se descompensa y se requiere un internamiento en un promedio mínimo de 15 días a 1 mes para compensarse, para el ingreso el sólo costo del depósito puede oscilar entre \$1.000.000 y \$2.000.000 en un centro asistencial de carácter particular, donde cuenta solamente con cama y alimentación, sin cubrir costos de consulta psiquiátrica, ni medicamentos, ni terapia psicológica, entre otros. Para acceder a estos servicios se tendría que dar más efectivo adicional fuera del efectivo anterior. Se puede hablar aquí de otra forma de exclusión social del loco.

Existen otras instituciones que prestan servicios por particular, y a la misma vez cuentan con servicios de entidades de salud pública, donde entra el Sisben o la EPS donde ayudan con un porcentaje económico con el pago del tratamiento al paciente en hospitalización. Para este caso, si se interna un paciente por particular tiene un costo de \$3.000.000 dando por anticipo de \$1.000.000, con posibilidad de reembolso, dependiendo el tratamiento. A diferencia de la institución anterior, con el pago anterior, incluye, terapia ocupacional, psiquiatría, terapia electro convulsionante, medicamentos y terapia psicológica, sin necesidad de pagar de más por estos servicios. Este tratamiento tiene un promedio de 15 a 20 días dependiendo la patología.

Por otro lado, cuando estas personas cuentan con seguridad social, como por ejemplo el Sisben, este le cubre dependiendo el nivel que se tenga, por ejemplo: si es nivel 1- le cubre un 5%, si es nivel 2- le cubre un 10% y por último si es nivel 3- le cubre un 30% de tratamiento. De igual forma si el paciente cuenta con régimen contributivo por la EPS, el

beneficiario debe de dar un copago, dependiendo el tratamiento, a diferencia del cotizante no genera copago.

Es pertinente resaltar que cuando el paciente es internado por un periodo de 15 días a 1 mes, logra su compensación y no necesita estadías más prolongadas, ya no se habla de internamiento manicomial, sino de tratamientos más cortos que favorecen la comodidad del paciente.

Ahora bien retomando lo anterior, en esta clase de tratamiento no manicomial, el paciente con alguna enfermedad mental, si sale realmente compensado, es menos probable que genere crisis constantes, ya que en estas instituciones cuenta con cama, enfermería, psiquiatría, medicamentos, alimentación, y participa en terapia de grupo, terapia individual con psicología, cuenta con un equipo interdisciplinario, trabajando en su recuperación y “bienestar” en la salud mental del paciente. Recuérdese que lo anterior es desde las entidades privadas de salud.

Por otro lado, están las hospitalizaciones más cortas, como por ejemplo; el hospital de día y hospital de noche, este es un nuevo concepto que nace desde las mismas instituciones, para lograr humanizar el trato con los pacientes que estaban encerrados y cambiar la imagen asilar que tenía la institución manicomializada. Es un tratamiento semiambulatorio donde el paciente entra descompensado a estas salas de urgencia, y sale en menos de 24 horas. También es relevante resaltar que esta forma es mucho más económica para los

familiares y las EPS, pero el paciente no sale totalmente compensado y es muy probable que éste vuelva a caer en crisis y de nuevo ingrese a urgencias psiquiátricas.

Otra práctica de inclusión al loco/psicótico, son los grupos de apoyo, estos grupos son diseñados dentro de la institución para que el enfermo mental pueda acceder a ellos sin ningún costo. Hay diferentes grupos dependiendo de la patología de las personas, y a partir de esto se empiezan a dividir estas personas por grupos-patologías, estos grupos están a cargo de psicólogos entrenados en manejo de grupos y terapia grupal, donde se les psicoeduca acerca de enfermedades mentales y como poder manejar su enfermedad sin que se desate diversas crisis. También se trabaja con estos grupos sobre la aceptación de su enfermedad mental, para que así no haya inadherencia con los tratamientos farmacológicos y no tiendan a deteriorarse más. Es pertinente resaltar que muchas de estas personas tienen muy poca introspección y capacidad de insight esto hace que no haya una aceptación de su “enfermedad”. Esto es lo que se hace más compleja la intervención con estos grupos.

Pero por otro lado, el grupo les genera un espacio de aceptación, un espacio de escucha, de apoyo; ya que las personas que están más “sanas” o llevan más tiempo en estos grupos, pueden ayudarle a las personas nuevas, a través de sus experiencias, y la manera en como ellos han generado conciencia de la “enfermedad” y ya se convierten, por así decirlo, en su apoyo terapéutico. Ya sea cualquier patología, es decir, cuando salen de las crisis psicóticas y vuelven a la realidad, con ayuda de psicofármacos, psicoterapia y los grupos de apoyo, estas personas se vuelven expertas en su enfermedad, detectando a tiempo los síntomas que los conlleva a una descompensación; por eso muchos de ellos acuden a buscar ayuda antes

de una crisis. Tratando de buscar siempre el bienestar con ellos mismos; Como lo plantea Foucault el “cuidado de sí”.

A modo de conclusión, la psiquiatría comunitaria y con ella la introducción de psicofármacos en su tratamiento al loco/psicótico, hace de su práctica un trato más humano para el enfermo, donde hay relación médico/paciente y relación con la comunidad. Ya no se hace necesario tener el síndrome de la institucionalización, aunque todavía en la actualidad se presenta, en palabras del Doctor Cárdenas “La psiquiatría comunitaria busca que el paciente custodiado pueda tener mayor libertad en su enfermedad, pueda estar más suelto y menos medicado” (2012).

A partir de la cita anterior, se puede ver todo un proceso de inclusión del loco/psicótico, aunque todavía falta mucho más por incluir, ya es más fácil ver a estas personas trabajando, estudiando, en relación de pareja, entre muchas cosas más que también realizaría una persona que es “normal”, que es funcional. También es importante considerar que desde el poder psiquiátrico no se va a dejar a un lado la mirada normalizadora y vigilante de estas personas; se debe de hacer un seguimiento de la sintomatología y revisión periódica para no perder el contacto o mejor para que no se pierda el contacto médico/paciente.

En la actualidad no es necesario tener al loco/psicótico idiotizado o sobre medicado, claro está, que no en todas las instituciones se da, el objetivo de estas nuevas prácticas que tratan la locura es tratar de tumbar los muros manicomiales e integrar al paciente con enfermedad mental en lo social y que tenga contacto con una realidad de la cual por muchos años

fueron escindidos, excluidos y marginados de la comunidad. Ahora lo que se busca es tener al paciente menos medicado y con una vida más funcional y con menos encierro.

8.3 INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN DEL LOCO/PSICÓTICO EN LA ACTUALIDAD.

En este trabajo se ha venido observando la manera como operan estos dos conceptos (inclusión/exclusión)- en las prácticas psiquiátricas actuales pero por ello no hay que desconocer que el recurso del fármaco generó (todavía genera) – un bienestar para muchos de los pacientes, ya que sin este, muchas de estas personas no podrían manejar su sintomatología. Pero al mismo tiempo, el fármaco, juega el papel de generador de malestar:

Por un lado, porque muchos de estos fármacos y más aun los antipsicóticos de primera generación, generan efectos adversos, como por ejemplo, resequedad en la boca, somnolencia, síntomas extra piramidales, entre otros. Muchos de ellos no saben realmente la función del medicamento que están tomando y menos para que se lo están tomando, ya que para saber la causa del uso de este, deben estar muy informados acerca del diagnóstico que se les da. No es simplemente salir del enfermo con una mínima especificación de la enfermedad mental que padece; claro está que muchas veces se dificulta transmitir este conocimiento por la poca capacidad de introspección de muchos de estos pacientes. Esto hace que el paciente manifieste un malestar por el uso del fármaco, seguido de su diagnóstico.

Por otro, se pensó si el uso del fármaco generaba un encierro simbólico para el paciente, es decir, si ya no era las prácticas del “gran encierro” manicomial, sino más bien, que el mismo paciente se sentía preso del fármaco, en la manera en que ya no podían o pueden hacer muchas cosas de su vida diaria si no se toman el medicamento. Como comentan algunos de los pacientes “ya no soy yo si no me tomo el medicamento”. Es decir dejan de ser ellos, para convertirse en una etiqueta. Generando de nuevo un malestar y más aun, una exclusión/autoexclusión de ellos mismos dentro de la sociedad. Resaltando que el uso del fármaco, empezó a reemplazar la camisa de fuerza, en el encierro, el dolor y lo más importante reemplazo la exclusión por la inclusión del loco/psicótico.

También se realizaron entrevistas a expertos en psiquiatría, con el fin de observar de qué manera era percibida la locura o el loco/psicótico en la actualidad. Se pudo evidenciar que desde la psiquiatría comunitaria trabajan por la inclusión del loco/psicótico, dejando a un lado los tratamientos que usan modelos o tratamientos manicomiales. Hasta aquí ha sido claro este recorrido por las virtudes de unos de los fármacos en las prácticas de inclusión del loco/psicótico, pero al mismo tiempo, este trabajo se realizó con el fin de rastrear lo que pueda ser alguna clase de práctica sutil de exclusión en la actualidad.

Partiendo de lo anterior, se encuentra que “El tratamiento farmacológico es quizá el factor que más ha contribuido al que el paciente pueda incluirse en la comunidad, porque facilita que él cumpla ciertas normas básicas de convivencia” (Correa, 2011).

Es claro que si el loco/psicótico no accede a tomar medicamentos psiquiátricos, no puede convivir en un mundo social y mucho menos tener normas de convivencia. Importante cita,

porque aunque el uso del fármaco genere inclusión en el loco/psicótico, también esta inclusión necesita de una vigilancia continua del enfermo mental, de un control, de una mirada normalizadora, de toda una extensión de efectos de un poder lo cual genera un saber que somete a partir del diagnóstico y del dictamen de tratamiento. En palabras de Foucault “El examen combina las técnicas de la jerarquía que vigila y las de la sanción que normaliza. Es una mirada normalizadora, una vigilancia que permite calificar, clasificar y castigar” (1976, p. 189).

¿Entonces qué es lo que se incluye? Se podría decir que lo que se incluye es una persona que acaba de pasar por un episodio psicótico y entra a su estado “normal”, es decir que ya no tiene síntomas psicóticos, que es funcional y que puede establecer vínculos y relaciones con el otro. Pero lo que se excluye, es la sintomatología del enfermo mental, es decir, el lapsus de la locura, el episodio psicótico, la persona que esta fuera de su realidad y no puede establecer contacto con el otro. Este es el sujeto, el cual no puede y no se le permite convivir en lo social. Es el que se debe de excluir por un buen tiempo, hasta que vuelva de nuevo a su realidad, vuelva de nuevo a encontrarse y pueda volver a lo social. Entonces posiblemente se sigue excluyendo la naturaleza de la locura, o mejor se puede plantear que lo que se busca excluir y desaparecer son los síntomas de la locura.

Con la consensio de panamá, realizada por la OPS y OMS, y su propuesta “la década de un salto a la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020” (Consensio de Panamá, 2012). Se percibe su deseo de inclusión en el enfermo mental, lo cual en Colombia se ha trabajado muy poco, ya que es difícil sensibilizar a las mismas personas que trabajan en el

manejo del loco. En palabras del trabajador social Carlos Mario Osorio “una limitación grande con respecto a los programas de salud mental comunitaria, es la falta de disposición a la participación de los entes clásicos, estos son los que más resistencia presentan al involucrarse en programas de salud mental comunitaria”

Es claro, que estas personas vienen siendo el mismo personal de salud, como por ejemplo, el personal médico, este es el que más resistencia genera a los cambios que tengan que ver con el tratamiento del loco/psicótico, por el mismo imaginario de creer que el loco puede llegar a tener “cura” a través del encierro, de muros de contención, de vigilancia absoluta y control total, porque es más fácil controlar a un loco encerrado, que al loco dentro de lo social. Pero por otro lado es sabido que la formación que se les brinda en sus pregrados y especializaciones es un modelo muy tradicionalista y ortodoxo del que de una u otra manera les es difícil salir.

Por otro lado, se percibe de que aun en el año 2012 y ya faltando poco para el 2020, se ha logrado muy poco en comparación con países europeos, claro está que estos países son antiguos y desarrollados, que le invierten a programas de salud mental, a estudios, a prevención. A diferencia de este país, se le invierte a otro tipo de cosas y a otra clase de estudios. Otro punto a resaltar, para que estos proyectos puedan darse y llevarse a cabo, es que se necesita de voluntad política o de apadrinamiento político, convirtiéndose el loco, además, en una “necesidad económica”, en palabras de Foucault “el papel del poder, consistiría en esencia, en mantener relaciones de producción” (1915- 1976, p.27) para este caso, el ente político debe mirar que tan viable son las propuestas que apuestan a

programas de salud mental, y de qué manera le generaría ganancia y votos para su elección, es sabido que si apoyan esta clase de programas, van a tener una gran población a su favor, como por ejemplo, familias de enfermos mentales, cuidadores, líderes comunitarios, entre otros, que tienen al cuidado una persona con alguna clase de enfermedad mental. Es aquí donde se ve que el loco esta siempre a merced de efectos de poder, es decir, siempre está a merced del otro. Pudiéndose ver como otra forma de exclusión ya que sin voluntad política, estas personas no tendrían un tratamiento oportuno para su “enfermedad”, por lo cual se debe excluir para no tener responsabilidad alguna con estas personas.

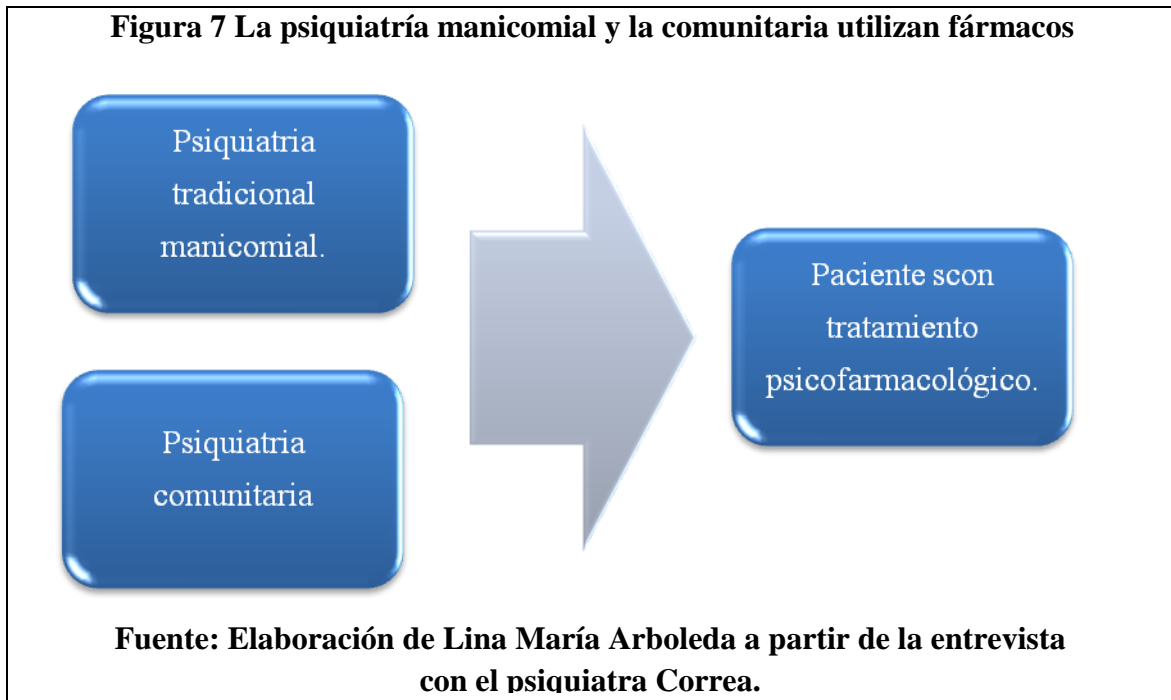
El poder del fármaco, es estabilizar a estas personas para que puedan vivir en comunidad y generar síntomas de bienestar en ellos. Un punto importante que se mencionó pero no se ha desarrollado en éste trabajo, y que de alguna manera ha logrado el tratamiento comunitario es generar empleo a personas con esquizofrenia. El Centro de Salud Mental de Envigado, cuenta con un grupo de pacientes con esquizofrenia, el cual ha sido una bandera para esta institución, mostrando a la sociedad que el loco/psicótico no es peligroso como se creía. Estas personas las reincorporan de nuevo a la sociedad a partir de actividades laborales, como por ejemplo: venta de periódicos, a manera de vendedores ambulantes, lo que permite que la gente se tope con ellos sin que ni siquiera se den cuenta o están enterados que son pacientes con esquizofrenia. Al mismo tiempo estas personas tienen la sensación de sentirse útiles y de estar más integrados en el contexto sociocultural, siendo funcionales y compartiendo el día a día, con los que se hacen llamar “normales”. Esta es, púes, una clara muestra de una práctica social de inclusión.

Pero, a esta misma práctica y al mismo tiempo, se le puede acusar de generar exclusión, en el sentido en que si éste paciente no se encuentra compensado –por uso del fármaco de la manera que fue prescrito- como se mencionó anteriormente, no puede asistir a trabajar, ni asistir al grupo de apoyo, porque de alguna manera pueden generar algún daño físico a otros y a ellos mismos. Por eso se ve aún en estas prácticas la vigilancia y el control del loco/psicótico aunque se encuentre fuera de la institución, es decir, en un contexto social.

Es claro que se necesitó de la enfermedad para poder generar ciertas clasificaciones para poder definir la enfermedad, es decir, se necesitó darles nombres para poder diferenciarlas y aunque muchas de ellas compartan síntomas iguales, no significa que se esté hablando de la misma. Es sabido que éste tratado de enfermedades mentales fue introducido por Emil Kraepelin, que recoge la mayoría de enfermedades que son reconocidas hasta ahora. El objetivo de estas prácticas es poder encajar al sujeto en alguna categoría, para así poder acceder algún tipo de tratamiento para estas personas que padecen alguna clase de “enfermedad”. Esta misma categoría aunque tiene la ventaja de poder identificar cuál es su posible sintomatología, para poder generar un diagnóstico temprano; Al mismo tiempo tiene una desventaja y es que se pierde el sujeto, es decir, su nombre, su identificación, su esencia, se pierde dentro de un cuadro de categorías, y empieza a ser reemplazado por las etiquetas de un manual. Por ejemplo, muchas de estas personas al presentarse lo hacen de la siguiente manera; “ni nombre es tal, y **yo** soy bipolar, o, mi nombre es tal y **yo** soy depresivo, o simplemente, **yo** soy esquizofrénico”. Es aquí donde la identidad del sujeto se pierde totalmente y es reemplazada por la “enfermedad”. Obviamente genera en ellos autoexclusión porque ya no saben si son ellos, o son la enfermedad.

A modo de conclusión, se puede observar que aunque las prácticas se hayan humanizado en todo el proceso del trato al loco/psicótico, y su esfuerzo por acabar con las instituciones manicomiales, en palabras del psiquiatra Álvaro Cárdenas “hoy por hoy el que haya establecimientos manicomiales, es una situación que va en contravía de todo el conocimiento de las enfermedades mentales” (2012). No se puede desconocer que por más que se genere la inclusión y se reincorpore al loco/psicótico en la sociedad, existe la posibilidad de excluirlo consiente e inconscientemente, es decir, con el mismo contacto médico/paciente, con discursos de saber que descalifican otros saberes, en las mismas instituciones cuando el paciente no tiene la posibilidad de pago o de tratamiento, los mismos sistemas de seguridad social que no suministran el medicamento a tiempo, haciendo que el paciente se descompense rápidamente y al mismo tiempo la falta de acceso a las citas con especialistas (con el psiquiatra o psicólogo) - ya que estas son asignadas después de 1 a 3 meses de una recaída en el paciente.

También es claro que tanto la psiquiatría comunitaria como la psiquiatría tradicional requieren de tratamiento psicofarmacológico y en ambos tratamientos el paciente debe estar medicado; la diferencia es que en la psiquiatría comunitaria, el paciente es medicado para que pueda vivir y ser funcional, dentro del contexto social, con el objetivo de que sea la misma comunidad la que se encargue de reincorporarlo y cuidarlo. Y, por otra parte, en las prácticas psiquiátricas tradicionales el paciente es medicado dentro de la misma institución y para la institución, dejando a un lado la participación de la comunidad y al mismo tiempo la de sus familiares o cuidadores.



A partir de lo anterior, se puede aludir que aunque las prácticas psiquiátricas busque un tratamiento más humano para el loco/psicótico, muchas de estas no se sueltan aun del modelo manicomial, ambas prácticas tienden a excluir y al mismo tiempo incluir al enfermo, pero todavía falta un buen camino por recorrer, apenas están generando nuevas tecnologías en cuanto al trato con el paciente, para desarrollar diversas formas de tratamiento que abordan al paciente.

Por otro lado, está el quehacer del psicólogo dentro de estas prácticas psiquiátricas, realmente qué papel se está cumpliendo y si realmente si se está haciendo un apoyo para estas personas que están medicadas y diagnosticadas. No solo las prácticas psiquiátricas excluyen/incluyen, el psicólogo puede entrar a jugar de la misma manera, generando también inclusión/exclusión al paciente.

Es claro que antes la psicología no podía estar dentro de una consulta compartida con ningún psiquiatra, porque era descalificado el saber del psicólogo para ese entonces, por no ser una ciencia como la medicina, pero con los años fue adquiriendo fuerza y generando propuestas de intervención más humanas, de esta forma empezó a ser reconocida. Pero en todo éste proceso se logra un reconocimiento y el psicólogo empieza a jugar un papel importante en conjunto con las prácticas psiquiátricas, tratando al mismo paciente desde dos miradas diferentes, trabajando en conjunto en pro del enfermo mental.

Es sabido también, que muchas ramas de la psicología abordan al paciente de manera diferente hablan desde diferentes discursos para abordar al paciente, pero a veces parecieran no darse cuenta que es un mismo paciente, una misma sintomatología para diversos discursos psicológicos. Es aquí donde se puede observar que no sólo las prácticas psiquiátricas descalifican. Sino que el psicólogo también tiene el poder de generar malestar o bienestar al paciente desde su propio tratamiento.

9. CONCLUSIONES

Partiendo del recorrido realizado a través del desarrollo de éste trabajo de grado, se hacen evidentes diferentes situaciones que permiten de una u otra forma, tomar una posición clara frente a la utilización del fármaco dentro de los procesos psiquiátricos, y el impacto que éstos generan en la concepción de la exclusión y la inclusión del sujeto en la sociedad.

Es importante resaltar que el uso del fármaco como terapia dentro de las prácticas psiquiátricas, da una mirada más humana de la psiquiatría y su forma de tratamiento, ya que como se ha podido demostrar, existe una evolución dentro de los tratamientos que ésta disciplina aplica. Ya no se hace necesaria la exclusión y el encierro total en los manicomios y las prácticas directas que recaían sobre el cuerpo del alienado como lobotomías, electrochoques, desmembraciones, entre otros, prácticas que, muchas de ellas, han quedado en el pasado. Ahora en la actualidad se encuentran diferentes prácticas para mantener la integridad en el sujeto, y sobretodo mantenerlo unido a su sociedad sin la necesidad de escindirlo de ella.

Por otra parte, el papel que empieza a desempeñar el uso del fármaco, si genera una inclusión en el loco/psicótico a lo social, pero a su vez, no genera un acercamiento sobre la totalidad del sujeto, sino que sigue incidiendo únicamente sobre sus componentes biológicos, en lo orgánico, como un estabilizador, pero solo queda reducido a prácticas psicofarmacológicas.

Aunque existe mucha resistencia por muchos psicólogos con respecto a la medicación para el enfermo mental, es pertinente aclarar que en ocasiones es necesario que esté medicado para estabilizarlo y poder trabajar con él en terapia. Puesto que es muy complejo hacer terapia, desde cualquier enfoque psicológico, a un paciente agitado, es decir, maniaco o con episodios psicóticos.

Es sabido que el fármaco incluye y al mismo tiempo excluye al loco/psicótico de la sociedad, pero a la misma vez el uso del fármaco puede funcionar como una exclusión secundaria para humanizar el proceso, es decir, nace de la misma necesidad de los médicos, de contener la sintomatología de la enfermedad para poder tratarla.

Es pertinente dar paso a nuevas tecnologías que tratan la locura en la actualidad, aunque el uso del fármaco es una gran tecnología y avance psiquiátrico que permitió disminuir el encierro manicomial, aun así faltan nuevas herramientas para tratar al enfermo mental y apoyarlo en su tratamiento medicamentoso.

Es claro que con el apoyo por parte de psicología y la psiquiatría como herramientas para el enfermo mental, debe de ir el proceso tanto psicoterapéutico como psicofarmacológico más allá para poder movilizar al paciente de su estado de enfermedad.

Por otro lado, las prácticas psiquiátricas siempre van a generar diversas formas de inclusión/exclusión al mismo tiempo, y aunque en su discurso traten de mantener la inclusión, su mismo afán hace que el mismo paciente se excluya/autoexcluya.

La enfermedad mental no es fácil definirla y aunque muchos han tratado de nombrarla para poder encajar en un cuadro diagnóstico, para darle un posible tratamiento, aun así sigue desconociéndose su naturaleza.

Si el fármaco aparece en escena como una tecnología que reemplazó otras como el gran encierro o las camisas de fuerza, queda entonces una pregunta sobre el desarrollo futuro de los tratamientos: ¿Se desarrollará alguna tecnología que reemplace el fármaco? ¿Será posible humanizarla o sólo se convertirá en un sofisticado instrumento de poder?

RECOMENDACIONES

A partir del desarrollo de este trabajo, se hizo pertinente resaltar el quehacer del psicólogo dentro de la institución acompañando a pacientes en los procesos de diagnóstico y medicación psiquiátrica, para que éste pueda lograr a través de un proceso terapéutico la aceptación del uso del fármaco en algunas situaciones, como por ejemplo, para manejar e identificar sus propios síntomas, para así mismo poder trabajar la forma en cómo se percibe y cómo cree que lo percibe la sociedad, para empezar a generar en ellos de nuevo un enganche con la vida.

A partir de lo anterior, es pertinente señalar que la manera en que es abordado el enfermo mental desde el quehacer del psicólogo, implica que se debe tener en cuenta que el psicólogo en las instituciones psiquiátricas aparece como apoyo al tratamiento desde el discurso psiquiátrico, llegando sólo hasta cierto punto, en la medida en que frente a estos paciente aparece ineficaz por lo que el psicólogo en estos casos, empieza a remitir a psiquiatría.

En este punto se recomienda entonces para la intervención psicológica la posibilidad de pensar el abordaje de cualquier paciente desde la psicología, acompañándolo en la posible vuelta a la razón con la idea es que sea el mismo psicólogo el que trascienda y genere nuevas propuestas de intervención.

Es relevante abrir espacios de encuentro como “staff”, con un equipo interdisciplinario para generar nuevos conocimientos y debates acerca del trabajo con el enfermo mental, permitiendo mover a cada profesional de su posición para que así pueda abrirse a nuevos

saberes y no parta de una verdad absoluta, sino de diversos saberes que trabajar con una misma enfermedad y con un mismo objetivo.

Otro punto relevante, es poder realizar consulta compartida con otros profesionales, como psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, nutricionistas, entre otros, para la intervención con el paciente ya que es importante dentro de la misma consulta poder intervenir desde discursos deferentes, claro está enfocados a una misma enfermedad, evitando así descalificar el saber del otro dentro de consulta.

La idea de que el psicólogo pueda intervenir en consultas compartidas, es que él no genere un sesgo frente al tratamiento con el paciente y pueda trascender, esta sería una opción de ir más allá en el quehacer como psicólogo, adquiriendo nuevos conocimientos para su formación personal como profesional.

Por otro lado, es claro que muchos de estos profesionales no trabajan desde consultas compartidas por el mismo celo con el saber o la misma descalificación que tiene del otro saber, mirándose que dentro de los mismos profesionales se genera una exclusión dentro de la institución, entonces no solo se descalifica el saber del enfermo, sino también el saber del profesional.

De alguna manera se pudo evidenciar que si existe una inclusión dentro de programas de salud mental, pero existe una exclusión en cuanto a las leyes que recaen en el sujeto agitado, ya que se califica como un sujeto que no tiene autodeterminación y además pierde el derecho de ser ciudadano (aunque se supone que es sujeto de derecho) - no tiene derecho al voto, ni a trabajar y mucho menos casarse. Es sabido que para la ley son personas

interdictas, olvidándose que simplemente son personas. Este es punto que merece especial atención por parte de los profesionales que trabajan con estos pacientes.

En cuanto a lo anterior, el sujeto y más el sujeto con alguna enfermedad mental, es un sujeto tratable, por consiguiente se convierte en sujeto de derecho, por acceder a algunos beneficios, pero lo que aún se desconoce es que con el afán de querer un trato más humano con el enfermo, se le está excluyendo al mismo tiempo. Aquí surge un punto que queda abierto para otros abordajes investigativos.

Por otro lado, se hace necesario manejar la comunicación, de una buena forma, es decir, trasmitiéndole al paciente una información adecuada de su enfermedad (psicoeducación), evitando invalidar a estas personas, porque por considerar o creer que todas estas personas, no tienen capacidad de introspección, no se les da la debida psicoeducación. Es esta una labor que éticamente, por simple respeto por el otro se debe hacer.

Al mismo tiempo se hace pertinente brindar al familiar y/o cuidador una buena psicoeducación para el manejo del paciente. Porque de una u otra forma, en esta labor como especialistas en salud mental (psiquiatría, psicología, trabajadores sociales, médicos, entre otros) se trata en gran medida de evitar hacer sentir a estas personas discriminadas por ser distintas de los otros (asunto sostenido desde el diagnóstico y la sintomatología), esto se puede lograr con una adecuada información.

Como se dijo anteriormente, los especialistas en salud mental no pueden valerse por supuestos al creer que el paciente no va a comprender su enfermedad, por eso se hace

pertinente que a la consulta éste sea acompañado de un familiar o cuidador, para que ambos puedan reconocer la sintomatología del paciente y así poder evitar crisis. Por eso se hace necesaria una buena comunicación.

En muchas ocasiones se pierde el contacto médico/paciente, es decir, muchos médicos no miran, ni dan la mano como bienvenida al paciente, poniendo al enfermo en una posición de menor valía. Estos contactos se pierden en los sistemas de seguridad social, como EPS, Sisben, donde se pierde contacto alguno con el paciente; a diferencia de entidades privadas de salud donde la diferencia marca el contacto que se recupera, y se vuelve de nuevo a un contacto amable. Lo cual debería aplicar el médico de cualquier entidad de salud y en aras de la humanización del tratamiento, nunca perder.

Es pertinente, poner en los programas de medicina, en los pensum, una materia como lo es la psiquiatría comunitaria, como una propuesta para que el residente de psiquiatría pueda salir a la comunidad a recibir sus demandas y necesidades, en conjunto con el psicólogo dentro de la comunidad, siendo un participante activo de la misma.

En cuanto al tratamiento manicomial, aunque todavía en la actualidad es común toparse con ello, también es común toparse con la enfermedad fuera de estos. La diferencia del manicomio con los modelos comunitarios es que el loco lleva su enfermedad por la calles de una forma natural, y no se necesita del encierro para curarla. En palabras de Foucault “el único lugar posible de remedio de la enfermedad, es el medio natural de la vida social, la familia. En familia la enfermedad está en estado de “naturaleza” (Foucault, 1966, p.65).

REFERENCIAS

- Cano, T. (2010). *Concepciones sobre la relación entre trastorno mental y peligrosidad y sus implicaciones en la práctica psicológica*. Trabajo de grado para optar al título de psicóloga. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Departamento de Psicología.
- Cárdenas, A. (2002). Centro de Salud Mental de Envigado. Envigado, Colombia: Recuperado en <http://www.centrodesaludmental.net>
- CONFENADIP (Confederación Nacional de personas con discapacidad del Perú) (2011). *Comunidades Terapéuticas*. Lima, Perú: Graphic Corporation Enriques S.A.C. p. 8-10. Recuperado de. <http://confenadip.org/publicaciones/boletines>
- Eco, U. (1996). *Como se hace una tesis*. Barcelona, España: editorial Gedisa, S.A
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. México, México: siglo veintiuno editores S.A.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica I*. México, México: fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica II*. México, México: fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar, nacimiento de la prisión*. México, México: siglo veintiuno editores S.A.

- Foucault, M. (1974-1974). *Los Anormales*. México, México: fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (1975-1976). *Defender la sociedad*. México, México: fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (1961). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires, Argentina: EDITORIAL PAIDOS.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo*. México, México: ediciones paidós Ibérica, S.A.
- Foucault, M. (1977-1978). *SEGURIDAD, TERRITORIO, POBLACIÓN*. México, México: fondo de cultura económica
- Galeano, E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín, Colombia: fondo editorial, Universidad Eafit.
- García, R. (1964). *Pequeño Larousse ilustrado*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Larousse Argentina S.A.
- Goffman, E. (1961). *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Gómez, L. (2007). *Anales de la academia de Medicina de Medellín, Época V*, Volumen 17, Números 1-2. ISSN 0121- 1021. Medellín, Colombia: Gobernación de Antioquia.
- Guimón, J, de la Sota, E, y Sartorius, N. (2003). *El estado actual de la asistencia psiquiátrica. Localización, la gestión de las intervenciones psiquiátricas*. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=3411>.

- López, L. investigador principal. (2007). *Revista epidemiológica de Antioquia*, volumen 29, numero 1. Medellín, Colombia. Gobernación de Antioquia.
- López, M., Alamo, C. y Cuenca, E. (2002). *Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología*. Alcalá, España: Departamento de farmacología Universidad de Alcalá. Unidad de neuropsicofarmacología.
Recuperado de: <http://www.frenia-historiapsiquiatria.com/pdf/fasciculo%203/077-aspectos-historicos-del-descubrimiento-y-de-la-introduccion-clinica-de-la-clorpromazina-medio-siglo-de-psicofarmacologia.pdf>
- Melo-Florián, A. (2011). *Introducción a la farmacología, versión 22. Knol*.
Recuperado de <http://knol.google.com/k/alejandro-melo-florián/introducción-a-la-farmacología/3sktw3lhc86j2/53> o <http://knol.google.com/k/introducci%C3%B3n-a-la-farmacolog%C3%ADa#>
- Moreno, B. (2002). *Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos*. Granada, España: Universidad de Granada. Departamento de medicina legal, toxicología y psiquiatría.
Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/4420>
- Declaración de Caracas (1990). Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud.
Recuperado de http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pd

- Consenso de panamá (2010). Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud.
Recuperado de <http://organismos.chubut.gov.ar/saludmental/files/2010/11/Consenso-de-Panama.pdf>
- Restrepo, L. (1983). *Libertad y locura*. Bogotá, Colombia: EGO PUTO editores.
- Saavedra, J (Sin Fecha). DE LOS MEDICAMENTOS Y ALEDAÑOS A TRAVÉS DE LOS TIEMPOS Y LOS AÑOS. Pauly Pharmaceutical y Lafranco S.A.
- Sacristán, C. (2009). *La locura se topa con el manicomio*. Una historia por contar. (Spanish). *Revista Cuicuilco*, 16(45), 163-189. Retrieved from EBSCOhost.
- Torres, R. (2001). *Experiencia de psiquiatría comunitaria en Chile*. Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Médicas, Dirección de Postgrado, Unidad de Psiquiatría.
Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd050644/torres.pdf>
- Vélez. H, Borrero. J & Restrepo. J (1982). *Fundamentos de medicina, edición corporación para investigaciones biológicas (CIB)*. Medellín, Colombia: primera edición.

ANEXOS

- **ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo _____ con C.C de _____, autorizo para que la información obtenida a través de la entrevista realizada en el marco de la investigación denominada “**Locura y fármaco: ¿exclusión o inclusión?**”, sea usada con fines académicos. El tratamiento de la información obtenida se hará citando la fuente y relacionándola con otras entrevistas.

Firmado en el municipio de _____ a los ____ días del mes de _____ de

Firma del entrevistado

- **ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTA**

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

“Locura y fármaco: ¿exclusión o inclusión?”

Guía de entrevista a expertos

Preámbulo:

En el marco del trabajo de grado “Locura y fármaco: ¿exclusión o inclusión?” se considera entrevistar algunos expertos psiquiatras para conocer sus puntos de vista frente al problema planteado en este trabajo que pretende evidenciar como se dan en las prácticas psiquiátricas farmacoterapéuticas diferentes formas de exclusión o inclusión del “loco”, la humanización de su tratamiento y el cambio de este a la categoría de psicótico en la psiquiatría contemporánea.

1. ¿Cómo se da el tránsito de la categoría de “loco” a la de psicótico y qué relación tiene con las formas de tratamiento?
2. ¿Cuáles son las principales semejanzas y diferencias entre los tratamientos psiquiátricos comunitarios y manicomiales respecto a la concepción de lo que es un paciente?
3. ¿Cuáles son los alcances y los límites de la psiquiatría comunitaria en relación con los diferentes tipos de trastornos psicóticos?
4. Algunos pacientes manifiestan un malestar frente al uso del medicamento, que se observa en cortes del consumo y en las crisis que esto genera ¿Qué consideraciones tiene la psiquiatría comunitaria frente a esto?
5. ¿La posición frente al uso del medicamento tiene alguna variación en las prácticas de la psiquiatría comunitaria y en las de la psiquiatría tradicional?
6. ¿Qué espera la psiquiatría comunitaria de los complementos usados en el tratamiento farmacológico (nutrición, medicina general, trabajo social, psicología, terapia ocupacional, entre otros) y que otros complementos serían ideales?

Gracias por su colaboración.

- **ANEXO 3: ENTREVISTA A EXPERTOS**

Lina Maria Arboleda Molina: entrevistadora

Carlos Mario Osório Ciro: entrevistado

Para la transcripción de esta entrevista solo se realizará con las iniciales del nombre y los apellidos del entrevistador y el entrevistado.

Entrevista con el Doctor Carlos Mario Osorio Ciro, trabajador social, magíster en musicoterapia, durante casi 30 años trabajando en el área de la salud mental, y parte de este tiempo con salud mental comunitaria.

LMA: ¿Cómo se da el tránsito de la categoría de “loco” a la de psicótico y qué relación tiene con las formas de tratamiento?

CMO: Pues allí hay una referencia de Michel Foucault, que hace referencia a la historia de la locura y vamos a poder entender que este concepto de loco, nace en año barroco, es decir a terminar la edad media y empezar que llamaron la primera parte de la época clásica. Esta característica del loco fue un concepto que se usaba para tratar de calificar a alguien que se

comportaba de una manera extraña y no se sabía por qué; lo más cercano en nuestro tiempo del loco, aunque esta es una palabra sumamente peyorativa cargada de estigma, sería lo que se llama la esquizofrenia, sería como lo más cercano. Entonces hay algo en la clasificación del DSM IV, del eje I, que se llaman trastornos psicóticos, dentro de estos hay dos tipos de trastornos psicóticos, el primero es el trastorno de esquizofrenia que tiene una subvariantes y el segundo es el trastorno delirante que también tiene unas variantes.

La relación con las formas de tratamiento, básicamente cuando existía el loco, lo que empezó a aparecer fue sitios, lugares donde confinarlos, por que generaban mucho ruido o era una gran población, al terminar la edad media hubieron unos lugares que comenzaron a quedar vacíos, que fueron los leprocomios y estos empezaron hacer utilizados para ir confinando a las personas y guardándolas allí prácticamente de por vida, de aquí es donde prácticamente nació el concepto de manicomio. Básicamente los trastornos psicóticos actualmente se tratan con medicamentos anti psicóticos y estos han avanzado mucho en su calidad desde su descubrimiento en 1952.

LMA: ¿Cuáles son las principales semejanzas y diferencias entre los tratamientos psiquiátricos comunitarios y manicomiales respecto a la concepción de lo que es un paciente?

CMO: son lo opuesto, ya que los tratamientos manicomiales o custodiales, lo que pretenden es tener a las personas confinadas en unos lugares, digamos, a salvo de sí mismos y de los demás. En los tratamientos comunitarios, lo que tratan es que esos manejos de tipo custodiales no existan, sino que se desarrollen desde establecimientos de redes de salud

mental, en participación con el hospital que es el sistema primario de salud, de participación de otro tipo de instituciones en una municipalidad pues enfrenten los retos, incluso con los pacientes que se llaman crónicos y que están a cargo del estado en los programas comunitarios, a partir de esto existen unos lugares donde las personas están confinadas que se llaman cronicarios, pero estos pacientes no están aislados del mundo ni de la comunidad, sino que hay una relación muchas veces hasta de cuidado con ellos, el mejor ejemplo es Geel, donde trabajo a nivel con lo que se llaman familias sustitutas es un ejemplo de él.

LMA: ¿Cuáles son los alcances y los límites de la psiquiatría comunitaria en relación con los diferentes tipos de trastornos psicóticos?

CMO: la psiquiatría comunitaria fue un concepto que nació en Estados Unidos, y fue impulsada paradójicamente por la misma antipsiquiatría, porque lo que se planteaba era que el paciente psiquiátrico no era responsabilidad de la psiquiatría sino que también la misma sociedad tenía responsabilidad, y que desde allí los mismos estamentos sociales debían responder por sus pacientes. Básicamente lo que pretende la psiquiatría comunitaria es que a las personas se les detecte rápidamente sus necesidades en salud mental, y que sean atendidos adecuadamente sin esperar a que se deterioren, igualmente los movimientos comunitarios en salud mental, lo que buscan es que los sistemas generales de salud estén muy vinculados a los pacientes con trastornos mentales y estos no sean tratados como un caso aparte, y al mismo tiempo la participación comunitaria se involucren en salud mental ya que esto es muy importante.

Las limitaciones que hay en este momento al tratamiento y sobre todo en pacientes psicóticos, tienen que ver con el cambio de mentalidad, tratando de que las personas asuman y se concienticen, que los pacientes psicóticos no vienen de Marte, que ellos también son seres humanos, que muchas veces estas personas les tienen temor porque son agresivos; pero realmente lo que es el paciente esquizofrénico antes de ser agresivo se les agrede, antes de ser violento pierde su energía; entonces son confundidos a veces con otros tipos de trastornos sobre todo con trastornos de la personalidad.

Una limitación grande con respecto a los programas de salud mental comunitaria, es la disposición a la participación sobre todo de los entes clásicos de atención en salud, estos son los que más resistencia presentan al involucrarse en programas de salud mental comunitaria, estas personas es el mismo personal de salud, el personal médico son muy resistentes; pero también podría haber una falta de formación o limitación en sus pregrados que los llevan a tener unos tipos de prejuicios.

Existe la mayoría de equipamiento para trabajar e intervenir comunitariamente, se necesita por su puesto de una voluntad política, sin voluntad política no se puede establecer programas organizados, no habrán los presupuestos específicos, no habrá la disposición de involucrarse los entes públicos en salud, entonces estas serían las situaciones que pueden en algún momento determinado interrumpir o no permitir el desarrollo de los programas comunitarios en salud mental.

LMA: Algunos pacientes manifiestan un malestar frente al uso del medicamento, que se observa en cortes del consumo y en las crisis que esto genera ¿Qué consideraciones tiene la psiquiatría comunitaria frente a esto?

CMO: el malestar frente al uso del medicamento muchos pacientes no solamente los psicóticos, podrán experimentar efectos secundarios con respecto al medicamentos esto es por lo general los motivos más grandes en el cual las personas dejan de tomarse los medicamentos porque dicen que les cayó mal, sin embargo cuando hay una correcta psicoeducación, cuando hay un trabajo también educativo y participativo de lo que se llaman los cuidadores de los pacientes, estas barreras podrán superarse fácilmente. También están los prejuicios culturales y el desconocimiento que hay con respecto a los trastornos mentales y sobre todo a los trastornos de eje I, en los que son problemas que tienen que ver mucho con la bioquímica de cerebro ya que son problemas orgánicos y que para eso es que se han desarrollado los medicamentos; otros de los problemas grandes que hay es que por falta de educación las personas consideran que estos medicamentos curan al paciente y realmente pues no lo curan, lo que hacen es estabilizarlo, teniendo una calidad en los pacientes, y también la dificultad que hay en que las mismas personas asuman tanto familiares como pacientes que los trastornos psicóticos son crónicos y en el caso de la esquizofrenia son deteriorantes; por eso es tan importante la conciencia o la educación con respecto a la necesidad del uso del medicamento.

LMA: ¿La posición frente al uso del medicamento tiene alguna variación en las prácticas de la psiquiatría comunitaria y en las de la psiquiatría tradicional?

CMO: desde la psiquiatría comunitaria y la psiquiatría tradicional no habría ninguna diferencia respecto a la toma de medicamento, porque hacen parte de una terapéutica, cuando hay otros tipos de opiniones que por ejemplo en esta área de la salud mental hay

tantas opiniones, entonces es ahí donde reina la confusión sobre todo en las teorías antipsiquiátricas que estuvieron de moda en los 60's pregonaban que realmente no existían las enfermedades mentales, que las enfermedades mentales eran un mito y esto llevó precisamente a que los pacientes sufrieran mucho y se atrasaran mucho el cuidado y el mismo tratamiento; actualmente la neurociencia marca los avances de los trastornos mentales, cada vez han ido llevando a conciliar las posiciones que antes se consideraban irreconciliables como por ejemplo las posiciones médicas versus las posiciones psicologistas.

LMA: ¿Qué espera la psiquiatría comunitaria de los complementos usados en el tratamiento farmacológico (nutrición, medicina general, trabajo social, psicología, terapia ocupacional, entre otros) y que otros complementos serían ideales?

CMO: es que los trastornos mentales no son diferentes a ninguno otro tipo de tratamiento en la salud de los pacientes, y por supuesto cualquier tipo de tratamiento ha de involucrar no solamente el manejo medicamentoso, sino también las prácticas culturales, el apoyo psicológico, todas aquellas acciones que lleven a que los pacientes tengan una mejor calidad en la salud.

- **ANEXO 4: ENTREVISTA A EXPERTOS**

Lina Maria Arboleda Molina: entrevistadora

Carlos Mario Osorio Ciro: entrevistado

Para la transcripción de esta entrevista solo se realizará con las iniciales del nombre y los apellidos del entrevistador y el entrevistado.

Entrevista con el Doctor Oscar Andrés Correa, médico Psiquiatra, actualmente trabaja en el Centro de Salud Mental de Envigado.

LMA: ¿Cómo se da el tránsito de la categoría de “loco” a la de psicótico y qué relación tiene con las formas de tratamiento?

OAC: respecto a esta pregunta pues no tengo información clara respecto al hecho histórico en donde esto ocurre; podría decirte que en la contemporaneidad el término loco sigue siendo bastante utilizado en muchas esferas y el punto importante es que tiene una característica peyorativa, está asociado por unos imaginarios de unas personas de alto estigma que implica la enfermedad mental, este término en si representa a la imagen, a el concepto del paciente que trae con el toda la estigma, como por ejemplo la discriminación, discapacidad, de aislamiento, de peligrosidad. Entonces el término psicótico en la actualidad es un término por lo menos mas originado [...]

LMA: ¿este término se escucha como más bonito?

OAC: [...] de acuerdo, implica una denominación del paciente ya que no todos los enfermos mentales se les pueden llamar locos, ni siquiera como las personas lo consideran, es decir no todos son psicóticos, pero entonces está ligado a una versión más racional y mas humanizada del enfermo mental; entonces lo que propenden los sistemas de salud mental digamos modernos es que el enfermo mental no sea estigmatizado, no haya que aislarlo, pueda ser incluido en la sociedad, y a este inconcepto se le ha atribuido digamos el nombre de psicosis. En la actualidad esta transición todavía no ha ocurrido claramente, ya que en el colectivo social el termino loco sigue mencionándose; pero esta es la transición que queremos dar, pasar de loco a psicótico y en el fondo lo que queremos es que se pase del enfermo estigmatizado, al enfermo no estigmatizado, vuelvo y repito es una a transición que todavía está pendiente, pero realmente el termino loco y el psicótico lo que representa son las dos apreciaciones que se tienen de la enfermedad mental.

LMA: ¿Cuáles son las principales semejanzas y diferencias entre los tratamientos psiquiátricos comunitarios y manicomiales respecto a la concepción de lo que es un paciente?

OAC: los tratamientos comunitarios a diferencia de los tratamientos manicomiales, buscan que el paciente este incluido en la mayor parte de las fases de su enfermedad, que este incluido en la comunidad donde vive y sea acogido por ellos, que la comunidad donde viva tenga suficiente información para sospechar de alguna enfermedad a tiempo, para así poder facilitar los servicios de salud y que la comunidad pueda facilitar la adherencia al

tratamiento; el hecho de que ya esté incluida la comunidad favorece la evolución y disminuye el deterioro. En el tratamiento manicomial los paciente son excluidos y aquí la comunidad no participa ni en el diagnostico temprano, ni en el tratamiento, ni en el proceso de rehabilitación; el tratamiento manicomial termina dificultando la adherencia al tratamiento, y la comunidad está excluida del tratamiento; pero en lo comunitario está incluida. Las semejanzas tienen que ver que en los dos, el tratamiento farmacológico es muy importante, mientras el paciente este en la institución manicomial debe de estar medicado, igualmente pasa en lo comunitario, para que se pueda vivir en comunidad paciente debe de estar medicado. De hecho el tratamiento farmacológico es quizá el factor que más ha contribuido al que paciente pueda incluirse en la comunidad, porque facilita que él cumpla ciertas normas básicas de convivencia. Entonces en los dos se requiere tratamiento con medicamentos y probablemente los dos requieren intervenciones psicológicas, aunque en el manicomio es menos probable las intervenciones psicológicas; en los dos contamos con personas que tienen enfermedades, que no responden completamente al tratamiento y que no son curables en su totalidad en la mayoría de sus trastornos, me refiero a que la mayoría quedan con unos ciertos síntomas residuales; entonces no podríamos decir que el tratamiento comunitario sea curativo, ya que en los dos casos contamos con que el paciente podría descompensarse, con los dos contamos con la hospitalización, aunque con una diferencia y es que en lo manicomial están incluidos por varios días o tiempo, a diferencia de lo comunitario no hay hospitalización en lo manicomial sino en un hospital general. Por otra parte en los dos casos nuestros pacientes pueden deteriorarse y complicarse.

LMA: ¿Cuáles son los alcances y los límites de la psiquiatría comunitaria en relación con los diferentes tipos de trastornos psicóticos?

OAC: los alcances son muy significativos ya que las intervenciones comunitarias disminuyen significativamente las hospitalizaciones, los reingresos hospitalarios, acoge el tratamiento hospitalario, también facilita que los pacientes trabajen, que puedan hacer un aporte social o laboral digamos a su comunidad, también facilita que los pacientes se metan ha actividades lúdicas y puedan a portar a la misma comunidad; entonces los pacientes con tratamiento comunitarios van a cine, van a fiestas, viajan, tienen novia o novio, o esposa [...]

LMA: ¿son funcionales?

OAC: [...] si, consiguen mayor funcionalidad. Algunas de las limitaciones tienen que ver con que hay veces la intervención comunitaria sola algunas veces, no puede contener a los pacientes cuando están digamos descompensados, incluso un paciente con una crisis psicótica no puede vivir con su familia, entonces es aquí donde hay que hospitalizar, es decir en este caso yo incluiría la hospitalización, el hospital día como parte del modelo comunitario, digamos es ambulatorio pero hay veces no contienen todos los pacientes, pero hay redes hospitalarias que podrían ser incluso comunitarias si los contienen, es decir, busca que el paciente pueda incluirse en la misma intervención comunitaria. Entonces esta es una de las limitación, es decir, por bien que este estructurado la intervención comunitaria no puede generar un impacto positivo siempre en todos los pacientes o en todos los aspectos del paciente, por otro parte la farmacoterapia no siempre van a ser bien tolerada por los pacientes o no son completamente eficaz siempre.

LMA: Algunos pacientes manifiestan un malestar frente al uso del medicamento, que se observa en cortes del consumo y en las crisis que esto genera ¿Qué consideraciones tiene la psiquiatría comunitaria frente a esto?

OAC: esto es un problema, pero creo que no solo le pertenece a la psiquiatría comunitaria ni a la psiquiatría tradicional, el problema de inadherencia al tratamiento es un problema general de la relación que tienen los pacientes con la enfermedad, por ejemplo los hipertensos, tiene una gran probabilidad de no usar el medicamento, no lo utilizan de dosis de forma adecuada o no tener un estilo de vida, digamos, que favorezca su salud, entonces esta sería pues la primera aclaración. Si es más frecuente que ocurra con los pacientes psiquiátricos, ya que ellos tienen de hecho más problemas de introspección o de comprensión de su enfermedad, entonces tiene más problemas de inadherencia al tratamiento; la intervención comunitaria disminuye significativamente la inadherencia al tratamiento, por que el hecho de que se involucren más personas quiere decir que el paciente tenga funcionalidad y el hecho de que hay información favorece la adherencia. A diferencia del manicomio, este recibe los medicamentos con una alta tasa de adherencia o los reciben, digamos, obligados pero esto casi que precipita el consumo del medicamento se suspenda. Entonces el hecho de que haya funcionalidad de que el paciente pueda trabajar, que pueda tener alguna otra actividad, favorece significativamente que el paciente psiquiátrico tenga algún medicamento, es decir, que mantenga estable.

Los medicamentos no son inocuos, tienen efectos adversos, efectos indeseables, algunos son molestos, entonces nos es falso que los pacientes tengan efectos desagradables y que quieran suspenderlos, pero es aquí donde está la labor del tratante ya sea psiquiatra o

medico general, identificar a tiempo los efectos adversos y darles información, cambiarles el medicamento, la dosis o aumentarles el medicamento. Esta es una consideración que hay que tener que van a haber efectos adversos y buscar alternativas o medidas para que esto no lleve a la inadherencia al tratamiento y a la descompensación. Pero en general es inevitable que los pacientes sientan efectos indeseables, que la mayoría de estos efectos son molestos más no peligrosos y que si se da una información adecuada, tomando medidas adecuadas en la mayoría de los casos donde este ocurre, los efectos adversos no deberían generar discontinuación de la medicación.

LMA: las consideraciones que haría la psiquiatría comunitaria o el psiquiatra frente a esto, sería darles una buena información sobre el medicamento, ¿pero solamente hablando del medicamento ó existe alguna otra forma para que no haya delimitación del uso del medicamento?

OAC: si, los pacientes se les debe suministrar información para que pueda identificar el efecto adverso, para que aprenda a manejarlo, para que sepa hasta donde puede o no tolerarlo; e igualmente el médico debe tomar alguna conducta en estos casos, que implica hacer ajustes de la dosis o adicionar algún medicamento que contrarreste el efecto adverso. Pero existe una alternativa en cuanto al medicamento, sería una forma de depósito que sería el suministro de una dosis quincenal o mensual intramuscular, y así el paciente no tenga que estar tan pendiente de tomar una o dos tabletas al día o todos los días. Esta es una de las cosas que podría mejorar la adherencia ya que el paciente no tendría que tomar las pastillas con tanta frecuencia.

Desde lo comunitario la información a la comunidad facilita que el paciente este adherente, pero también la tecnología médica y el desarrollo de la farmacología se toman muchas medidas para que el paciente este compensado, un ejemplo una entrevista que se hace desde la intervención comunitaria, es hacer una entrevista al empleador que amenaza con despedir a su trabajador, porque presenta tembladera o somnolencia, es aquí donde se entra a dialogar, par que no sea prescindido de los servicios, llegar a un acuerdo a una reubicación laboral, que no sea en horarios nocturnos o donde la motricidad fina no sea tan importante.

LMA: ¿La posición frente al uso del medicamento tiene alguna variación en las prácticas de la psiquiatría comunitaria y en las de la psiquiatría tradicional?

OAC: la posición frente a uso del medicamento, realmente tienen en común la postura en cuanto el paciente debe tomar medicamentos. La psiquiatría comunitaria se aprovecha un poco mas de que el paciente responda al tratamiento y que sean mejor tolerados y que intervienen algunos síntomas que no intervenían los mismo medicamentos psiquiátricos de más temprana generación que aparecen en la época de los 40's y 50's, entonces la psiquiatría comunitaria se aprovecha un poco mas de eso, pero al mismo tiempo es menos tolerante a los efectos adversos a diferencia de la psiquiatría tradicional es más tolerable a los efectos adversos. En el contexto comunitario las intervenciones son más exigentes con los medicamentos, se espera más de estos mismos, se espera más tolerancia. Pero en términos generales las dos posturas buscan que el paciente tome medicación.

LMA: ¿Qué espera la psiquiatría comunitaria de los complementos usados en el tratamiento farmacológico (nutrición, medicina general, trabajo social, psicología, terapia ocupacional, entre otros) y que otros complementos serían ideales?

OAC: la psiquiatría comunitaria definitivamente busca involucrar otras disciplinas, ya que son relevantes las intervenciones interdisciplinarias y las intervenciones psicosociales. En el proceso comunitario deben incluirse muchas otras intervenciones, profesionales, especialistas; aunque se puede decir que muchas veces no se da, dado a los costos. De las intervenciones que tú mencionas falta la actividad física que propenda toda la actividad física del paciente. En la terapia ocupacional hay muchas y tu efectivamente las mencionas, en esta terapia se puede profundizar mucho en que le paciente este en un grupo realizando actividades, pero esto también implica que el paciente sea acompañado por el terapeuta al sitio de trabajo y que estos mismos reciban capacitación, como lo es el jefe, el personal de trabajo. Estas actividades en cuanto a las intervenciones se pueden hacer mucho. No veo en este momento que otro complemento, porque realmente con las ya mencionadas hay mucho por hacer.

LMA: ¿crees que la psiquiatría comunitaria ha ayudado a la inclusión del loco o el psicótico a la sociedad?

OAC: si, definitivamente, es uno de los objetivos principales de la reforma de los servicios de salud mental del último cuarto del siglo pasado, el hecho en que se involucre a los diferentes entes de la sociedad en el cuidado de los pacientes psiquiátricos implica primero que haya una comprensión adicional a la que existía antes respecto a la enfermedad mental

se pone en boca de todos y se pone sobre la mesa el asunto de la enfermedad mental, como una enfermedad en que los pacientes son víctimas, como hay enfermedades susceptibles al tratamiento, entonces se mitifica y se humaniza la enfermedad mental y el enfermo mental. Cuando la sociedad está incluida de todos los pacientes con enfermedad mental y en especial el psicótico recaigan y son disminuidos notablemente, es decir, es la misma comunidad que evita la recaída, entonces implica que los pacientes están más funcionales, que se incorporan a la vida cotidiana con mayor éxito, son pacientes que pueden trabajar, que pueden vivir con su familia, son pacientes que no están institucionalizados. Entonces definitivamente la psiquiatría comunitaria contribuye a la resocialización y a la inclusión social de los pacientes con enfermedad mental deteriorantes, o con pacientes psicóticos.

LMA: ¿se ha logrado?, por ejemplo esto que es un centro que opera desde lo comunitario acá en Envigado, usted cree que le hace falta más?

OAC: sí, sin duda el esfuerzo que ha venido haciendo el centro de salud mental en estos años de trabajo significativo y tiene pues el mérito de ser pionero en este medio y en este país, la implementación de métodos del salud mental comunitaria, se ha conseguido muchísimas cosas. Muchos aspectos que limitan la acción del centro de salud mental la principal y definitiva diría yo es la falta de política pública en cuanto a programas de salud mental comunitaria. el centro de salud mental ha tenido que ir luchando, con todo lo que tiene que luchar la psiquiatría comunitaria, con el estigma, con la inclusión, con la institucionalización, con la manicomialización de los pacientes, pero también ha tenido que luchar con la falta de políticas públicas y la falta de legislación clara y adecuada, con la falta de recursos bien definidos para la salud mental comunitaria. Entonces todavía faltan

muchísimas cosas, falta incluir más instituciones, falta incluir más pacientes, falta más acceso a los medicamentos adecuados, para los pacientes falta más oportunidades de trabajo, falta más educación para las familias, falta más inclusión social; pero todo esto está enmarcado diría yo en la ausencia de una política pública. Y uno de los retos del centro de salud mental futuro es ayudar a transformar la política pública, cierto, que es un asunto que funciona para legislar la condición de salud y seguridad social ocurre pues a nivel nacional y es un impacto que se da a nivel nacional y esto no lo puede hacer solo el centro de salud mental pero es una de las cosas que tiene que hacer parte en los últimos años.

LMA: ¿se considera psiquiatra comunitario?

OAC: esta pregunta es muy difícil, es la pregunta corchadora. Pues por lo general en mi pensamiento y en los ideales que considero como meta en mi vida y de todo mi ejercicio comunitario principalmente más que las demás áreas de psiquiatría, pero todavía no hemos conseguido ser totalmente comunitarios y de alguna forma no podemos desarrollar toda las acciones que desarrollaría un psiquiatra comunitario, pero si soy más comunitario que cuando Salí de la residencia. Todas las residencias tienen una formación muy importante pero un poco distantes de la intervención comunitaria al menos en el momento que yo estude, la cátedra o la rotación comunitaria surgía solo al momento de rotación a la residencia y ahí fue donde logre involucrarme en este asunto, pero cada vez soy más comunitario.

LMA: ¿pero ahora los pensum vienen con una materia de psiquiatría comunitaria?

OAC: bueno yo no tengo conocimiento de cuáles son los programas en Colombia respecto a su pensum, yo podría decirte que hay varias universidades que incluyen la psiquiatría comunitaria y su formación, pero hay algunas que no. Hace poco hablaba con una colega de Cartagena y me decía que efectivamente tiene en el pensum psiquiatría comunitaria, pero la actividad se reduce a ir a un pueblo hacer consulta, lo cual es casi que anticomunitario el hecho en que termine un profesional especializado desarrollando las actividades que podría desarrollar el primer nivel de atención, lo que debería hacer y aprender el residente en formación es habilitar el nivel de atención primaria para hacer un buen ejercicio de la atención en salud mental. Sé que no está en todos los pensum, que hay una tendencia creciente a excluirse y no está incluida sobre todo en pregrado.

- **ANEXO 5: ENTREVISTA A EXPERTOS**

Lina María Arboleda Molina: entrevistadora

Álvaro Cárdenas: entrevistado

Para la transcripción de esta entrevista solo se realizará con las iniciales del nombre y los apellidos del entrevistador y el entrevistado.

Entrevista con el Doctor Álvaro Cárdenas Hincapié, médico Psiquiatra, director y fundador del Centro de Salud Mental de Envigado.

LMA: ¿Cómo se da el tránsito de la categoría de “loco” a la de psicótico y qué relación tiene con las formas de tratamiento?

ACH: el concepto del loco, es un concepto que ya lleva implícito una estigmatización social muy grande, el concepto del loco más que un diagnóstico, hace referencia a un estado de migración humana. Mientras que el concepto de psicótico ya da una categoría diagnóstica y una categoría de enfermedad. En esencia podríamos decir que llegan a ser sinónimos del punto de vista de la etimología, pero de todas maneras desde la concepción terapéutica es muy distinto el loco al psicótico. Entonces repito el loco es un concepto más desde lo peyorativo, desde lo estigmatizado, desde la pérdida de derechos. El psicótico habla básicamente de una persona con un enfermedad, estamos hablando que el psicótico es

más un diagnóstico categorial médico. Estas son diferencias muy importantes, el loco casi que ni alternativas tiene, mientras que el psicótico es un sujeto de tratamiento. Básicamente esto y pienso que es lo más importante.

LMA: ¿Cuáles son las principales semejanzas y diferencias entre los tratamientos psiquiátricos comunitarios y manicomiales respecto a la concepción de lo que es un paciente?

ACH: es muy distinto, el concepto manicomial o el paciente manicomializado, es un paciente que se le escinde, se abstrae de todo su contexto real, y se mete en unas condiciones que mas que ayudarle a su tratamiento, empeoran su tratamiento y su pronóstico. El recurso manicomial, fue un recurso que se uso y fue muy útil en la época pre- psicofarmacológica antes de los psicofármacos, donde el único recurso para manejar esos pacientes, bueno no era el único, pero había un recurso que era el aislamiento, la contención a través de muros. De que hoy por hoy que haya manicomios demuestra la ignorancia que hay con respecto al paciente con enfermedad mental y a la aparición de nuevas tecnologías, porque a la luz de lo actual no hay justificación para que haya establecimientos manicomiales, ni establecimientos de aislamiento. Hoy por hoy la aparición de psicofármacos hace que el paciente psiquiátrico pueda acceder a servicios médicos generales, a servicios obviamente no manicomiales. Obviamente hay tipos de pacientes uno de ellos son los agudos, que son digamos la gran minoría, que requieren un tipo de servicio un poco de mayor contención. Hay tres tipos de hospitalizaciones esta: *el*

paciente agudo, es un paciente mas difícil, es el paciente que requiere la inmovilización, es un paciente que requiere con frecuencia la participación de la fuerza pública, es un paciente que está en una situación descontentada, donde se pone en alto riesgo él y otros. Este paciente requiere todavía tratamiento no manicomial pero si de mayor contención. Otro paciente que es más frecuente que requiere hospitalización, es el *sub-agudo*, es un paciente que está en estado psicótico y accede a tratamientos, está paciente puede estar hospitalizado perfectamente en cualquier unidad médica cualquiera y no requiere medidas de contención, ni aislamiento. Mientras que el paciente *crónico*, que cada vez se está buscando la forma de no hospitalizarlo ya que requiere internación de larga estancia que acaban pareciéndose a un muro de la institución, pues que se empobrece muchísimo. La tendencia es que no hallan establecimientos de larga estancia.

Entonces lo que te quiero decir con todo esto es que, hoy por hoy en que haya establecimientos manicomiales, es una situación que va en contravía de todo el conocimiento de las enfermedades mentales.

LMA: ¿Cuáles son los alcances y los límites de la psiquiatría comunitaria en relación con los diferentes tipos de trastornos psicóticos?

ACH: la psiquiatría comunitaria es capaz de dar respuesta a todo el espectro de la enfermedad mental. Desde el paciente psicótico hasta el paciente con síntomas inespecíficos. La gran ventaja de la psiquiatría comunitaria es que como va el paciente y no espera a que el paciente llegue hace el tratamiento mucho más oportunos. Esto es un

prejuicio y esta es una pregunta muy importante, ya que dicen que la psiquiatría comunitaria es únicamente para pacientes leves, pero no lo es, cubre todo el espectro de la enfermedad mental, pero aun más que la psiquiatría comunitaria tiene la posibilidad de ir antes de la enfermedad mental, o sea puede llegar a la promoción y a la prevención, puede llegar al menos al diagnóstico precoz. El diagnóstico precoz hace que el paciente no llegue a estados de mucho deterioro y de mucho daño para el paciente y la familias. Es más barato y más efectivo.

LMA: Algunos pacientes manifiestan un malestar frente al uso del medicamento, que se observa en cortes del consumo y en las crisis que esto genera ¿Qué consideraciones tiene la psiquiatría comunitaria frente a esto?

ACH: realmente el negar por hoy que el aporte de los psicofármacos a la enfermedad mental es una situación absurda ya que estamos suministrando medicamentos ideales y son medicamentos que ayudan muchísimo a la integración y al tratamiento de los pacientes. En que el paciente no tome los medicamentos psiquiátricos conlleva a riesgos: un riesgo muy importante para él, pero también un riesgo para la familia y para la sociedad, es que el paciente psiquiátrico descompensado va en doble vía, no solamente la vía de su deterioro sino a la vía del caos social y familiar que genera, o sea que en este sentido es muy importante tener en cuenta que ante la negativa de un paciente psicótico o psiquiátrico para no tomar medicamentos, esta situación no solamente implica el libre albedrío y esto entre comillas, del psicótico ya que este no tiene libre albedrío, porque perdió su capacidad de

autodeterminación. Pero supongamos que podrían a ver discusiones con respecto al paciente psicótico que está en la posibilidad de negarse o no a un tratamiento; esto no es válido porque el no tratamiento afecta a otros y debe prevalecer el bienestar común. Entonces por eso en todos los países organizados el paciente psiquiátrico y sobre todo el paciente psicótico es un paciente que tiene que acceder a medicamentos y a tratamientos, o sea no se puede respetar esa decisión del psicótico, primero porque no tiene capacidad de auto determinarse y segundo porque esta decisión no solamente conlleva a su riesgo sino al de otros.

LMA: ¿La posición frente al uso del medicamento tiene alguna variación en las prácticas de la psiquiatría comunitaria y en las de la psiquiatría tradicional?

ACH: totalmente, quien creyera se han hecho estudios que demuestran desde los enfoques tradicionales, se abusa de la medicación, hay una tendencia a utilizar dosis mayores y dosis más restrictivas al paciente que la que se usa en la psiquiatría comunitaria. La psiquiatría comunitaria busca lo contrario que el paciente custodiado pueda tener mayor libertad en su enfermedad, podría estar más suelto y menos medicado, se cree que el paciente debe de estar sobre medicado en la comunidad para evitar ciertos riesgos, pero todo lo contrario en las unidades hospitalarias se ha tratado de investigar por qué los pacientes son sobre medicados, ¿porque hay tanta necesidad de medicación?. Hay quienes postulan que el agente comunitario genera unos soportes inclusive para la enfermedad mental, soportes no farmacológicos que mejoran el paciente. Cuando el paciente está aislado prácticamente

todo el tratamiento se reduce a la medicación. Entonces se sabe que el soporte comunitario genera grandes aportes al paciente, reduce la cantidad de medicamentos y hace que el paciente se deteriore menos.

Hay un síndrome que se veía antes, bueno todavía se da, que es el síndrome de la institucionalización, eran pacientes psiquiátricos que pasaban la mayor parte de su vida en instituciones psiquiátricas, estos pacientes aun con patologías no muy graves acababan idiotizados con el tiempo; hoy por hoy si estos pacientes están integrados a un ambiente comunitario no llegan a este nivel tan grande de deterioro por todo el soporte que le da la comunidad y la familia, también por que se utiliza menos cantidad de medicamentos ya que si son a grandes dosis llega a ser dañino.

LMA: ¿Qué espera la psiquiatría comunitaria de los complementos usados en el tratamiento farmacológico (nutrición, medicina general, trabajo social, psicología, terapia ocupacional, entre otros) y que otros complementos serían ideales?

ACH: la psiquiatría comunitaria por norma tiene que ser intersectorial, es imposible con un enfoque únicamente medico, eso sería como absurdo, la psiquiatría comunitaria necesariamente involucra la participación de todo los factores sociales, como factores legitimados y no legitimados. Si en una comunidad hay recursos que son útiles para esta misma la psiquiatría comunitaria los debe involucrar, e igualmente involucra el sistema educativo, el sistema judicial, el sistema policivo, las redes de apoyo, nutricionales, este es

el verdadero reto que hacemos acá, entre todos se logre de alguna manera integral la complejidad que implica la enfermedad mental.

LMA: ¿crees que la psiquiatría comunitaria ha ayudado a la inclusión del loco o el psicótico a la sociedad?

ACH: ese será el objetivo final, claro retomar en algunos países inclusive en los hospitales psiquiátricos que ejercen la psiquiatría comunitaria se les tumbaron los muros, porque ese era el objetivo, la integración del paciente con enfermedad mental a la comunidad. Es desmitificar el contacto con este tipo de personas. Ojala pudiéramos revisar el movimiento de salud mental que se hizo en España, son personas que sacaron y quitaron los muros y alrededor de los hospitales psiquiátricos pusieron parques para que la gente se involucraran con ellos, ya que estos paciente tenían los muros en la mente y no podían salir más allá de donde estaban acostumbrados, y luego poco a poco estos pacientes fueron tomando un poco mas de confianza y fueron acabando con los establecimientos públicos se esas comunidades y luego llegaron a un proceso mucho más avanzado y muchos de estos pacientes quedaron viviendo después de un proceso en que la gente se dio cuenta que los peligrosos eran ellos y no los pacientes, ellos acabaron viviendo en apartamentos dentro de la comunidad. Pero básicamente esto es casi que el objetivo primordial.

LMA: ¿se ha logrado?, por ejemplo esto que es un centro que opera desde lo comunitario acá en Envigado, usted cree que le hace falta más?

ACH: claro, apenas estamos comenzando, pero ya hay avances muy grandes como por ejemplo el grupo de psicóticos que son pacientes con deterioro, y este grupo que parecía tan satelital es una bandera izada con respecto a lo que son personas con graves patologías

psiquiátricas en la cotidianidad, vendiendo periódicos. Pero todavía hace falta mucho en nuestro medio pero creo que con Envigado vamos muy adelante, comparado con el resto de Colombia, pero todavía estamos en pañales frente a esto y frente a las adquisiciones que hay en otros países. Hay una ciudad llamada Geel, es una ciudad que concentra la mayor población de pacientes psiquiátricos del mundo y todas las familias aprendieron a albergar paciente psiquiátricos en sus casas. Es un poblado habitado por pacientes psiquiátricos, las familias fueron adecuándose en medio un hospital psiquiátrico porque es fácil el acceso que estas persona tenían sus familiares en la institución, por ejemplo Bello trabajan con la mayor parte de pacientes esquizofrénicos que Envigado u otro municipio y familias viven alrededor de este hospital

LMA: ¿se considera psiquiatra comunitario?

ACH: pues la verdad sin pecar por modesto, yo creo que falta mucho, desafortunadamente yo vengo de una escuela de formación muy tradicional y uno queda con daños muy grandes que ya no puedo reparar, es cierto que he logrado zafarme un poco más de lo tradicional, pero no soy todavía o no tengo el pensamiento total que debería tener un psiquiatra comunitario, abría que coger al psiquiatra desde que fuera médico y volverlo comunitario. Pero no yo digo que tuve mucho daño en mi formación, entonces uno se siente anclado en estas cosas.

LMA: ¿pero ahora los pensum vienen con una materia de psiquiatría comunitaria?

ACH: se asoman, pero todavía el psiquiatra viene siendo muy formado dentro de la ultramolecularidad, pero un residente no sale preparado todavía para recibir las demandas de salud mental de las comunidades.

ACH: la exclusión parte inicialmente de ellos, por los posicionamientos propios de su enfermedad, antes el camino de las comunidades más que a no excluirlos, es obligarlos a incluirlos, porque el paciente psiquiátrico y sobre todo el psicótico, es un paciente que por su misma naturaleza de posible enfermedad, pierde las habilidades, se excluyen, pierde la capacidad del contacto visual, de la interacción, la modulación afectiva, un montón de componentes verbales y no verbales, que son fundamentales para entrar en la sociedad, entonces la exclusión comienza desde ellos, ya que en el paciente psicótico no solo se trata de abrirse la inclusión, sino obligarlos a incluirse.

• ANEXO 6: CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.

	CMO:	OAC:	ACH:
Paso de la denominación de loco a la de psicótico	Esta característica del loco fue un concepto que se usaba para tratar de calificar a alguien que se comportaba de una manera extraña y no se sabía por qué; lo más cercano en nuestro tiempo del loco, aunque esta es una palabra sumamente peyorativa cargada de estigma, sería lo que se llama la esquizofrenia, sería como lo más cercano. Entonces hay algo en la clasificación del DSM IV, del eje I, que se llaman trastornos psicóticos, dentro de estos hay dos tipos de trastornos psicóticos, el primero es el trastorno de esquizofrenia que tiene una subvariantes y el segundo es el trastorno delirante que también tiene unas variantes.	Podría decirte que en la contemporaneidad el término loco sigue siendo bastante utilizado en muchas esferas y el punto importante es que tiene una característica peyorativa, está asociado por unos imaginarios de unas personas de alto estigma que implica la enfermedad mental, este término en si representa a la imagen, a el concepto del paciente que trae con el toda la estigma, como por ejemplo la discriminación, discapacidad, el aislamiento, de peligrosidad. Entonces el término psicótico en la actualidad es un término por lo menos mas originado. implica una denominación del paciente ya que no todos los enfermos mentales se les pueden llamar locos, ni siquiera como las personas lo consideran, es decir no todos son psicóticos, pero entonces está	El concepto del loco, es un concepto que ya lleva implícito una estigmatización social muy grande, el concepto del loco más que un diagnostico, hace referencia a un estado de migración humana. Mientras que el concepto de psicótico ya da una categoría diagnostica y una categoría de enfermedad. el loco es un concepto más desde lo peyorativo, desde lo estigmatizado, desde la pérdida de derechos. El psicótico habla básicamente de una persona con un enfermedad, estamos hablando que el psicótico es más un diagnostico categorial medico. el loco casi que ni alternativas tiene, mientras que el psicótico es un sujeto de tratamiento.

		<p>ligado a una versión más racional y mas humanizada del enfermo mental; entonces lo que propenden los sistemas de salud mental digamos modernos es que el enfermo mental no sea estigmatizado, no haya que aislarlo, pueda ser incluido en la sociedad, y a este inconcepto se le ha atribuido digamos el nombre de psicosis. Pasar de loco a psicótico y en el fondo lo que queremos es que se pase del enfermo estigmatizado, al enfermo no estigmatizado, vuelvo y repito es una a transición que todavía está pendiente, pero realmente el termino loco y el psicótico lo que representa son las dos apreciaciones que se tienen de la enfermedad mental.</p>	
<p>Uso del fármaco como instrumento de inclusión</p>		<p>- hecho el tratamiento farmacológico es quizá el factor que más ha contribuido al que paciente pueda incluirse en la comunidad, porque</p>	<p>- Hoy por hoy la aparición de psicofármacos hace que el paciente psiquiátrico pueda acceder a servicios médicos generales, a</p>

		<p>facilita que él cumpla ciertas normas básicas de convivencia</p> <p>- Entonces el hecho de que haya funcionalidad de que el paciente pueda trabajar, que pueda tener alguna otra actividad, favorece significativamente que el paciente psiquiátrico tenga algún medicamento, es decir, que mantenga estable.</p>	<p>servicios obviamente no manicomiales.</p> <p>- realmente el negar por hoy que el aporte de los psicofármacos a la enfermedad mental es una situación absurda ya que estamos suministrando medicamentos ideales y son medicamentos que ayudan muchísimo a la integración</p>
<p>Encierro manicomial como práctica de exclusión</p>	<p>Los tratamientos manicomiales o custodiales, lo que pretenden es tener a las personas confinadas en unos lugares, digamos, a salvo de sí mismos y de los demás.</p>	<p>En el tratamiento manicomial los paciente son excluidos y aquí la comunidad no participa ni en el diagnostico temprano, ni en el tratamiento, ni en el proceso de rehabilitación; el tratamiento manicomial termina dificultando la adherencia al tratamiento, y la comunidad está excluida del tratamiento.</p> <p>-Lo manicomio, este recibe los medicamentos con una alta tasa de adherencia o los reciben, digamos, obligados pero esto casi que precipita el</p>	<p>- Hay un síndrome que se veía antes, bueno todavía se da, que es el síndrome de la institucionalización, eran pacientes psiquiátricos que pasaban la mayor parte de su vida en instituciones psiquiátricas, estos pacientes aun con patologías no muy graves acababan idiotizados con el tiempo.</p> <p>- concepto manicomial o el paciente manicomializado, es un paciente que se le escinde, se abstrae de todo su contexto real, y se mete en unas condiciones que mas</p>

		consumo del medicamento se suspenda	que ayudarlo a su tratamiento, empeoran su tratamiento y su pronóstico. -El recurso manicomial, fue un recurso que se uso y fue muy útil en la época pre-psicofarmacología antes de los psicofármacos, donde el único recurso para manejar esos pacientes, bueno no era el único, pero había un recurso que era el aislamiento, la contención a través de muros.
La psiquiatría comunitaria como práctica de inclusión social	-En los tratamientos comunitarios, lo que tratan es que esos manejos de tipo custodiales no existan, sino que se desarrollen desde establecimientos de redes de salud mental, en participación con el hospital que es el sistema primario de salud, de participación de otro tipo de instituciones en una municipalidad. -Básicamente lo que pretende la psiquiatría comunitaria es que a las personas se les detecte rápidamente	- Los tratamientos comunitarios buscan que el paciente este incluido en la mayor parte de las fases de su enfermedad, que este incluido en la comunidad donde vive y sea acogido por ellos. - intervenciones comunitarias disminuyen significativamente las hospitalizaciones, los reingresos hospitalarios, acoge el tratamiento hospitalario, también facilita que los pacientes trabajen, que puedan hacer un aporte social o laboral digamos a su comunidad, también	- La psiquiatría comunitaria busca lo contrario que el paciente custodiado pueda tener mayor libertad en su enfermedad, podría estar más suelto y menos medicado. - la psiquiatría comunitaria tiene la posibilidad de ir antes de la enfermedad mental, o sea puede llegar a la promoción y a la prevención, puede llegar al menos al diagnostico precoz.

	<p>sus necesidades en salud mental, y que sean atendidos adecuadamente sin esperar a que se deterioren, igualmente los movimientos comunitarios en salud mental, lo que buscan es que los sistemas generales de salud estén muy vinculados a los pacientes con trastornos mentales y estos no sean tratados como un caso aparte</p>	<p>facilita que los pacientes se metan ha actividades ludicas y puedan a portar a la misma comunidad.</p> <p>-La intervención comunitaria disminuye significativamente la inadherencia al tratamiento, por que el hecho de que se involucren más personas quiere decir que el paciente tenga funcionalidad y el hecho de que hay información favorece la adherencia.</p>	
<p>Función del Soporte comunitario en el tratamiento</p>	<p>Cuando hay una correcta psi coeducación, cuando hay un trabajo también educativo y participativo de lo que se llaman los cuidadores de los pacientes, estas barreras podrán superarse fácilmente.</p>	<p>- Que la comunidad donde viva tenga suficiente información para sospechar de alguna enfermedad a tiempo, para así poder facilitar los servicios de salud y que la comunidad pueda facilitar la adherencia al tratamiento; el hecho de que ya esté incluida la comunidad favorece la evolución y disminuye el deterioro.</p> <p>-Cuando la sociedad está incluida de todos los pacientes con enfermedad mental y en especial el psicótico recaigan y son disminuidos notablemente, es decir, es la misma comunidad que evita la recaída,</p>	<p>-el soporte comunitario genera grandes aportes al paciente, reduce la cantidad de medicamentos y hace que el paciente se deteriore menos.</p>

		<p>entonces implica que los pacientes están más funcionales, que se incorporan a la vida cotidiana con mayor éxito, son pacientes que pueden trabajar, que pueden vivir con su familia, son pacientes que no están institucionalizados. Entonces definitivamente la psiquiatría comunitaria contribuye a la resocialización y a la inclusión social de los pacientes con enfermedad mental deteriorantes, o con pacientes psicóticos.</p>	
<p>Problemas de Adherencia al tratamiento farmacológico</p>	<p>-el malestar frente al uso del medicamento muchos pacientes no solamente los psicóticos, podrán experimentar efectos secundarios con respecto al medicamentos esto es por lo general los motivos más grandes en el cual las personas dejan de tomarse los medicamentos porque dicen que les cayó mal</p>	<p>-el problema de inadherencia al tratamiento es un problema general de la relación que tienen los pacientes con la enfermedad, por ejemplo los hipertensos, tiene una gran probabilidad de no usar el medicamento, no lo utilizan de dosis de forma adecuada o no tener un estilo de vida, digamos, que favorezca su salud, entonces esta sería pues la primera aclaración.</p> <p>-Es más frecuente que ocurra con los pacientes psiquiátricos, ya que</p>	<p>-el paciente no tome los medicamentos psiquiátricos conlleva a riesgos: un riesgo muy importante para él, pero también un riesgo para la familia y para la sociedad, es que el paciente psiquiátrico descompensado va en doble vía, no solamente la vía de su deterioro sino a la vía del caos social y familiar que genera.</p> <p>-la posibilidad de negarse o no a un tratamiento; esto no es válido porque él no trata a otros y debe</p>

		<p>ellos tienen de hecho más problemas de introspección o de comprensión de su enfermedad, entonces tiene más problemas de inadherencia al tratamiento.</p> <p>-Los medicamentos no son inocuos, tienen efectos adversos, efectos indeseables, algunos son molestos, entonces nos es falso que los pacientes tengan efectos desagradables y que quieran suspenderlos, pero es aquí donde está la labor del tratante ya sea psiquiatra o médico general, identificar a tiempo los efectos adversos y darles información, cambiarles el medicamento, la dosis o aumentarles el medicamento.</p>	<p>prevalecer el bienestar común. Entonces por eso en todos los países organizados el paciente psiquiátrico y sobre todo el paciente psicótico es un paciente que tiene que acceder a medicamentos y a tratamientos, o sea no se puede respetar esa decisión del psicótico, primero porque no tiene capacidad de auto determinarse y segundo porque esta decisión no solamente conlleva a su riesgo sino al de otros</p>
<p>La compensación como condición para la inclusión social</p>		<p>-El tratamiento farmacológico es muy importante, mientras el paciente este en la institución manicomial debe de estar medicado, igualmente pasa en lo comunitario, para que se pueda vivir en comunidad paciente debe de estar medicado.</p> <p>-Desde lo comunitario la información a la comunidad facilita que</p>	

		el paciente este adherente, pero también la tecnología médica y el desarrollo de la farmacología se toman muchas medidas para que el paciente este compensado, un ejemplo una entrevista que se hace desde la intervención comunitaria	
--	--	--	--

• ANEXO 7: MODELO DE FICHA BIBLIOGRÁFICA

<p>FICHA N°- 1</p>	<p>Autor/es: Michel Foucault</p> <p>Título: historia de la locura en la época clásica I</p> <p>Ciudad: México</p> <p>Año de Edición: 1967</p> <p>Tomo: I</p> <p>Editorial: Fondo de cultura económica</p> <p>Número de páginas:531</p> <p>ISSN :</p>	
<p>CAPÍTULO: Stultifera Navis</p>	<p>UBICACIÓN: Biblioteca Jorge Franco Vélez</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p>
<p>CONTENIDO</p>		
<p>A final de la edad media, la lepra desaparece del mundo occidental, luego los leprosarios son ocupados por incurables y por locos. Esta extraña desaparición no fue lograda por las oscuras prácticas de los médicos; sino debe ser el resultado de la segregación. Tanto el leproso como el loco permanecerán en un sentido de exclusión y la importancia del grupo social de esta figura.</p> <p>La iglesia es un factor muy importante en este tiempo ya que el leproso era apartado de ella, pero aun así debía atestiguar ante</p>		<p>Locura, Barco ebrio, Exclusión, Inclusión, Población, Loco,</p>

Dios, ya que en ese tiempo creía que la exclusión era una forma distinta de comunión. El lugar de la lepra fue tomado por las enfermedades venéreas; en el siglo XVII la enfermedad venérea se separa de un contexto médico y se integra al lado de la locura, ya que se denominaba la palabra locura a mediados del siglo XVII y esta aparece en el renacimiento y ocupaba un lugar muy privilegiado en la nave de los locos- barco ebrio que navegaba por los ríos tranquilos (1967).

A los locos las ciudades los expulsaba de sus recintos Foucault señala que se trata de una medida general de expulsión mediante la cual los municipios se deshacen de los locos vagabundos; pero no todos los locos eran expulsados, habían ciertos locos que eran curados luego de recibirlos en los hospitales. En algunas ocasiones se le daba al loco un privilegio y es estar encerrado en las puertas de la ciudad, es decir su exclusión debe incluirlo “es puesto en el interior del exterior” (p. 24-25).

“A finales de la edad media la locura y el loco llegan a ser personajes importantes, la locura aparece como una especie de gran sinrazón y la denuncia de la locura llega a ser la forma general de la crítica; entonces si la locura arrastra a los hombres a una ceguera que los pierde, el loco, al contrario a cada uno su verdad, viendo el loco como poseedor de la verdad” (p.28-29).

De una manera más general, la locura no se encuentra unida al mundo, sino más bien al hombre, a sus debilidades, a sus sueños y a sus ilusiones ya que “no hay locura más que en cada uno de los hombres, porque es el hombre quien la constituye a merced del afecto que se tiene a sí mismo” (p.44).

Para terminar este capítulo Foucault habla que “a principios del

Sinrazón,

siglo XVII es extrañamente hospitalario para la locura; ella está ahí en medio de las cosas y de los hombres, signo irónico que confunde señales de lo quimérico y lo verdadero, que guarda el recuerdo de amenazas trágicas vida más turbia que inquietante, agitación irrisoria en la sociedad una movilidad de la razón” (p. 74).

OBSERVACIONES: