

Entre la desesperación y la esperanza: el paciente psicótico en México

*Montserrat Eva Ramírez Ramírez**

Resumen

La salud mental en México suele ser, para quienes decidimos trabajar en el ámbito clínico, un mundo muy difícil al cual enfrentarse cuando no se tiene el apoyo institucional ni un grupo multidisciplinario en el cual apoyarnos para trabajar.

Los estudios epidemiológicos de costo-beneficio y socioeconómicos de salud mental crecen cada año; sin embargo, los resultados en la clínica no son los esperados para pacientes, el reto con el tratamiento para quienes estén diagnosticados con psicosis es aún mayor. ¿Cuál es la esperanza en el ámbito clínico para el paciente psicótico, para quienes trabajamos con ellos y para sus familiares? Este es un trabajo crítico que pretende mostrar la situación del paciente diagnosticado con algún trastorno psicótico en México, algunas formas de atención que ya han sido implementadas y la apuesta por la propuesta del acompañante terapéutico como una figura necesaria para potencializar la calidad de vida de los pacientes y su entorno.

Palabras clave: psicosis, acompañamiento terapéutico, México, tratamiento, esperanza.

* Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica, Universidad Intercontinental. Correo electrónico: [psi.montserratramirez@gmail.com].

Abstract

Mental health in Mexico usually, is for those who decided to work in the clinical field, a very difficult world to face when there is no institutional support or a multidisciplinary group in which rely to work with.

Epidemiological cost-benefit and socio-economic studies of mental health grow every year, however the results in the clinic are not what is expected for these patients, the challenge with the treatment of patients diagnosed with psychosis is even greater. What is the hope in the clinical field for the psychotic patient, for those who work with them and for their relatives? This is a critical work that aims to show the situation of the patient diagnosed with some psychotic disorder in Mexico, the clinical approaches that had been implemented and the bet for a different clinic proposal, the therapeutic companion, as a necessary figure to potentiate the quality of life of the patients and their social environment as well.

Keywords: psychosis, therapeutic companion, Mexico, treatment, hope.

A mi familia.

“Armarse de paciencia”, ¡qué justa es esa expresión! La paciencia es efectivamente un arma y al que con ella se arma nada podría abatirlo. Es la virtud de la que más carezco. Sin ella, nos vemos automáticamente entregados al capricho o a la desesperación.

E. M. Cioran, *Cuadernos (1957-1972)*

En la historia de la humanidad, la enfermedad mental ha adoptado infinitas formas y nombres, según marcos culturales referenciales que existen en el mundo. Para tratar de entenderlas las hemos nombrado y enlistado en clasificaciones tipo linneanas, incesantemente reeditadas y revisadas como el DSM-V o el CIE-10 (próximamente -11) que les ofrece a los psiquiatras y clínicos una mayor seguridad a la hora de justificar su práctica médica y clínica.

A las enfermedades mentales también se les ha conocido como malestares del alma o del espíritu. Todos los actos a los que las sociedades en conjunto etiquetamos como propios de “la locura” caben en

este constructo en el que el portador de la etiqueta “enfermo mental” pierde la identidad que hasta ese momento su nombre le confería para ser reconocido desde ahora como “el diagnóstico”.

A pesar de la carga semántica asociada al diagnóstico de un trastorno psicótico, que sea nombrado “enfermedad” o “padecimiento” cumple distintas funciones. Si bien puede determinar los prejuicios con los que se puede invisibilizar subjetivamente al paciente, confiere también nuevos derechos del sujeto para que el Estado le brinde la atención necesaria.

Para los clínicos permite identificar y asociar conductas, desarrollar tratamientos e investigaciones y para las familias puede resultar consolador nombrar y dar sentido a lo que le sucede a su o sus miembros. Un correcto diagnóstico también permite que sea derivado con los profesionales adecuados, además de que pueden descartarse algunos síntomas que pudieran corresponder a otras patologías más graves que deban ser atendidas por otros especialistas médicos.

El hecho de que estén descritas las enfermedades, los síntomas y las conductas, de acuerdo con parámetros de lo “no normal”, permite su atención y reconocimiento a nivel global, ya que si no estuvieran clasificadas, los aparatos gubernamentales no estarían siquiera obligados a reconocerlas, no verían una necesidad legítima de atención a la población, no destinarían recursos económicos y mucho menos legislarían tomando en cuenta los derechos y obligaciones de estas personas.

Mi intención no es poner en duda los conceptos de *enfermedad mental* o *diagnóstico*, ya que otros autores se han encargado fervientemente de hacerlo a lo largo del tiempo, yo como psicoterapeuta y psicóloga no puedo decir mucho más que lo que la práctica me ha permitido observar y escuchar, desde mi experiencia clínica como acompañante terapéutico y en la vida cotidiana.

Una larga lista de autores ha criticado la institucionalización, así como los conceptos de *salud mental* y *locura*, como los psiquiatras Franco Basaglia o Thomas Szasz, leerlos nos permite que cuando la teoría y la realidad de los padecimientos mentales se encuentran nos sea fácil, aunque perturbador, percatarnos de que la locura suele

satanizarse mediante el sensacionalismo en los medios pero también romantizarse en la literatura, en las biografías de humanos destacados en sus campos e incluso en la cultura pop.

Desde esta visión “artística-romántica” y hasta de “genialidad” es fácil perder de vista el sufrimiento y la pesadumbre que los síntomas producen en los pacientes y en sus familias. Es un error no mirar el dolor de la realidad de la psicosis, se corrige pronto al estar con los pacientes, escucharlos, mirarlos, convivir con ellos y formar vínculos, es una experiencia que rápidamente rompe con los paradigmas y estereotipos.

Quienes decidimos trabajar con casos de pacientes psicóticos en este país rápidamente nos percatamos de lo complicado que es abordarlos si no se hace equipo con otros profesionales.

Si bien hablo desde mi práctica clínica con pacientes esquizofrénicos, sé que comparto este sentir con muchos de mis colegas y puedo asegurar que finalmente este encuentro con la complejidad del tratamiento de la psicosis fue lo que nos apasionó para dedicarnos a seguir ciertas líneas de estudio, trabajo o investigación en la clínica, con el objetivo de crear lazos con otros profesionales para mejorar las formas de atención a estos trastornos.

¿Quién y desde dónde debe asumirse como enfermo?

La introversión, el enojo, la soledad, la angustia, la tristeza, el desamor, los celos, el pesimismo, y el estrés, la falta de éxito y no ser quien se anhela ser en la vida lleva a las personas a pensarse “mal”, es decir, es común que al consultorio lleguen los pacientes con una lista de todas estas experiencias emocionales, expresando así gran inquietud por no tener un sistema de vida que consideren adecuado, normal o perfecto.

Acuden a nosotros al consultorio buscando conocer el camino del “bienestar”, de la cura, nos hablan desde la queja y preguntan: “¿qué debo hacer?” Lamentablemente, y debo advertir al lector desde este momento, se llevan una gran decepción cuando se dan cuenta

de que del profesional *psi* no siempre obtendrán una sola respuesta para ello.

Impulsado por lo que lo aqueja, el consultante busca la ayuda de otro que tiene los supuestos conocimientos para poderle brindar respuestas objetivas de lo que le sucede, es decir, una búsqueda por su verdad pero que debiera ser mejor dicha por otro. La tarea del clínico es contener la queja y el desborde emocional, identificar algunas conductas o detalles en la vida del sujeto que nos guíen al diagnóstico. Además de conocer cómo ese sujeto se posiciona con respecto a sus síntomas.

Cada entrevista clínica o consulta debería ser una nueva oportunidad de hacer clínica desde la ignorancia docta; la posición de la ignorancia docta se trata de una decisión deliberada de ignorar los conocimientos previos con el propósito de darle lugar a la novedad, a que algo posteriormente emerja cuando se inicie un proceso psicoanalítico o psicoterapéutico, por ejemplo; esto se debe a las particularidades de la subjetividad de cada uno de los pacientes que acuden, ya que nunca hay dos pacientes iguales.

Pero para una sociedad que exige la satisfacción inmediata del mundo virtual y de consumo en el mundo real puede representar hasta una pérdida de tiempo tener que hablar de sí mismo con otro; se vuelve difícil el cuestionamiento de sí y su actuar, además de tener que destinar una parte de su economía para pagar el tratamiento. Crear constancia en un vínculo, situación que se propicia en un tratamiento, es cada vez más difícil de observar en nuestras formas de relacionarnos fuera de los consultorios; además, aún existe el miedo o rechazo a enfrentarse a los prejuicios culturales y sociales asociados con asistir a terapia.

La forma de abordar las problemáticas del paciente y la línea que se seguirá para el tratamiento depende de la corriente teórico-práctica formativa del profesional. Es común y comprensible que las personas no sepan las diferencias entre psicólogo, psicoanalista, psiquiatra o médico, ya que no conocen las divergencias teórico-prácticas, las divisiones académicas que existen, ni las diferentes corrientes teóricas adoptadas por las instituciones educativas para la

formación de los profesionales; pero, ¿no saberlo es responsabilidad de las personas que acuden? De hecho, poco o nada se hace para promover que lo sepan.

Quienes estamos del lado de la clínica conocemos los conflictos entre los profesionales de estas disciplinas al momento de representar cada uno su lugar y al tratar de imponerse escudándose en la legitimidad de sus discursos y en su opinión de cómo deben tratarse las enfermedades mentales. Para que un paciente llegue hasta nosotros es porque ha superado una serie de obstáculos personales, morales, sociales y culturales que estigmatizan a quienes buscan atención. ¿Por qué nosotros lo hacemos más difícil con nuestras divergencias?

En el ámbito clínico, más de uno conoce historias de fracasos, coraje y miedos provocados por psicólogos y psiquiatras sin un ápice de ética profesional. Personas que han tenido que lidiar con la charlatanería de pseudopsicólogos que medican o psiquiatras que sueltan una serie de conceptos psicologizados e infundados en lo que consideran es el psicoanálisis; pacientes enjuiciados moralmente que sufrieron intentos de seducción o abuso sexual, verbal y psicológico por parte de sus psicoterapeutas.

Desde mi punto de vista, la mala praxis es un problema creciente que no recibe atención, del cual no se habla en términos interdisciplinarios, pues no hay espacios dedicados a ello ni pronunciamientos públicos al respecto y, lamentablemente, las situaciones en las cuales los pacientes sufren algún tipo de transgresión a sus derechos se quedan como malas anécdotas.

Se pueden encontrar artículos o ponencias que tratan de desvirtuar una disciplina *psi* desde otra y al final se queda en un campo discursivo con pretensiones de poder, sin tomar en cuenta cómo afectan estas diferencias a los pacientes y a la práctica de lo *psi* en general. Lejos de que esto otorgue más credibilidad a unos o a otros, crea brechas entre las disciplinas que mantienen y refuerzan los estigmas y prejuicios además de falsas antítesis.

La realidad es que persiste la ignorancia. La mayoría de las personas no conocen las diferentes opciones de tratamientos que existen para cada patología, a dónde acudir o con quién en momentos de

crisis (muchos ni siquiera saben que están en crisis o que necesitan ayuda); cuáles son los beneficios y efectos secundarios de los psicofármacos, el papel del psiquiatra, del psicólogo, del psicoanalista, la existencia del acompañamiento terapéutico, las terapias artísticas, las oportunidades de trabajo para pacientes en tratamiento, las campañas de prevención, los seguros médicos que cubren incapacidad laboral por diagnósticos asociados a enfermedades mentales, las leyes y los derechos que protegen a los pacientes, etcétera.

Las problemáticas sociales relacionadas con las enfermedades mentales que más se abordan en medios de comunicación son las relacionadas con la violencia, el estrés laboral, los efectos de la psicofarmacología, las adicciones y la prevención de suicidio. Algunas instituciones tienen líneas telefónicas de apoyo, además las investigaciones derivadas de la atención a estas problemáticas consiguen mayor financiamiento.

En este contexto existe un sector de la población que es el más marginado y menos entendido: los pacientes psicóticos. Generalmente, los pacientes psicóticos llegan a urgencias en los psiquiátricos hasta el momento en el que son víctimas de crisis, antes puede haber indicios que son detectados por ejemplo en las escuelas, pero eso es un escenario poco común. Para que un paciente con estas características acuda a psicoterapia es porque ya ha sido tratado previamente por distintos médicos particulares en un primer nivel de atención, después son diagnosticados y canalizados por las instituciones.

Se trata de pacientes que han perdido el juicio de realidad, sus sentidos se ven alterados, presentan, principalmente, alucinaciones auditivas y visuales, e ideaciones delirantes, las causas son múltiples. Según la temporalidad y prevalencia de los síntomas, se clasificarán dentro de los distintos trastornos psicóticos como la esquizofrenia o los trastornos delirantes y esquizoafectivos.

A pesar de los diversos estudios genéticos, aún las causas no han sido identificadas en su totalidad, tampoco hay estudios que hayan determinado una sola causa para el desarrollo de esta enfermedad. Estas son algunas razones por las cuales sigue siendo difícil prevenir o vaticinar un brote psicótico.

Dentro del campo *psi* y sus divergencias surgen ideas contrarias acerca de las causas de la enfermedad que apuntan sobre todo a causas genéticas y ambientales,

la percepción de la enfermedad mental ha ido cambiando. Por ejemplo, viejos conflictos como qué tanto es genético o ambiental en cuanto a la causa de las enfermedades mentales, ha quedado en el pasado gracias a las aportaciones de la epigenética que ha logrado conciliar estas dos visiones en una sola teoría unificadora (Nicolini, 2016).

Aportes desde la epigenética permiten también tomar en cuenta causas ambientales como las relacionadas a lo social, lo cultural, la religión y hasta políticas que pueden operar desde la conformación de las familias y que tienen repercusión en el desarrollo de los individuos. Sin embargo, aún se desconoce la relación entre la influencia de algún sistema social o político con respecto a la aparición de estos trastornos. La construcción de este puente teórico por la búsqueda y definición de la enfermedad les corresponde en igual medida a las ciencias sociales como a las biológicas y exige un mayor trabajo en conjunto para la determinación de las formas de abordaje.

Por otro lado, estudios y artículos de psiquiatras como el de Humberto Nicolini (2016) remarcan la necesidad del diálogo y del trabajo en conjunto entre disciplinas, dado que los resultados en la clínica no son suficientes ni los esperados, este llamado a colaborar está presente.

Al no haber una sola causa ni una sola forma de tratamiento puede provocar que dentro de las familias de estos pacientes comience una amenaza para la estabilidad económica, emocional y estructural que puede afectar a lo social, pues lo privado de la vida familiar se vuelve público.

Mediante la interacción diaria la familia comienza con los señalamientos a ciertos comportamientos o ideaciones “extrañas” de alguno de sus miembros, buscan la atención médica por él o ella. Los familiares, amistades o parejas sufrirán el enfrentarse a los síntomas y las conductas del psicótico, atravesarán un duelo de todo lo que previamente habían significado sobre la persona y además tendrán que

lidar con el estigma social que pesa sobre su ser querido. En la familia del psicótico aún no diagnosticado se ve al paciente como alguien “mal educado”, “huevo”, “el niño consentido” sin darse cuenta de que este ostracismo es parte de los síntomas, quizá uno de los más duros de enfrentar, pues inhabilita socialmente a las personas.

El diagnóstico de un trastorno psicótico puede implicar la utilización de éste como un juicio de valor, como algo mediante lo que se puede aplicar un castigo, algo que borrar, que corregir. El enfermo es motivo de nuevos señalamientos por parte de los familiares para culpabilizarse entre sí dentro de la dinámica familiar. Para la sociedad será el representante de aquello a lo que no se quiere mirar de nosotros mismos.

El papel de la familia en la atención de los pacientes

La cronicidad de los trastornos psicóticos repercute inevitablemente en el estado anímico de los miembros de la familia. Durante la crisis familiar consecuente al brote psicótico, comienza una etapa que exige la autoobservación del núcleo familiar para tratar de encontrar las causas de la situación actual.

Se trata de un cambio brusco y dependerá de la estructura mental de cada miembro su reacción ante ello, sin embargo, no todas las personas están preparadas para afrontar esta situación. Con base en lo que las investigaciones arrojan acerca de los factores ambientales determinantes en el desarrollo de estos trastornos, es probable que haya formas patológicas de convivencia dentro de la familia, por lo que la manera más sencilla para restaurar este orden caótico previo es hacer a un lado al paciente.

Por parte de los familiares aparecen sentimientos ambivalentes hacia estos pacientes y los miembros de la familia que se hacen cargo de ellos. La ambivalencia es la atmósfera sentimental predominante en el ambiente del enfermo, la atención comienza a ser demandada por todos los otros miembros de la familia, por lo cual es común que la depresión, las adicciones y los problemas escolares aparezcan.

Generalmente los brotes psicóticos comienzan en la adolescencia, por lo cual es común que uno de los padres se vincule con el hijo o hija enfermo. Los otros miembros son quienes viven abandono parcial o total de los padres, su pareja o el familiar en cuestión, la separación para el enfermo a nivel vincular es doble: con su familia y con la realidad.

Hay una tendencia a que las figuras femeninas se hagan cargo de que el proceso de curación se lleve a cabo de la mejor forma posible. Les corresponde supervisar los horarios en los que los medicamentos deben ser consumidos, cuidar la higiene de los pacientes, acompañarlos a sus citas médicas, entender y contener las crisis y, además de todo, tener la suficiente sensibilidad y “equilibrio mental” para poder con la carga al volverse un depositario emocional de sí misma y los demás.

En la teoría psicoanalítica de la técnica, sobre todo de la escuela inglesa (Klein, Winnicott, Balint), se le da un especial valor a aquello que el ambiente no brindó adecuadamente, en su mayoría se refieren a las capacidades maternas para el desarrollo del psiquismo en el infante.

Para el psicoanálisis tiene especial relevancia las funciones de maternaje, asociadas a la madre, aunque en el ámbito psicoanalítico sabemos que no sólo éstas cuentan. Es propio de la escuela inglesa trabajar esto en la técnica mediante la función y el concepto del *holding*, a mi parecer los conceptos teóricos parten de un supuesto de maternidad perfecto que no existe pero que sirve como ejemplo para entender la frustración a la que todo infante se enfrenta cuando nace siendo dependiente de un otro.

El papel de lo femenino en el desarrollo de los niños es un tema de debate y ha sido cuestionado de forma permanente no sólo en el ámbito psicoanalítico, ya que para quien no profundiza en la lectura puede volverse un discurso que busca culpabilizar a lo femenino y oprimirlo. Asimismo, al haber una tendencia a infantilizar a las personas con algún trastorno, su comportamiento será ubicado y entendido como parte de lo infantil, conductas como la falta de control remiten al recuerdo de la actuación de un niño que debe ser contenido por la madre.

Lamentablemente, en nuestro país es una realidad que la responsabilidad, el peso de la enfermedad y sus consecuencias psicosociales recaen la mayoría de las veces en las mujeres y hombres quienes se vuelven cuidadores. Los cuidadores sufren el embate de lidiar con la desconexión a la realidad compartida antes del brote psicótico con los pacientes, importantes investigaciones y pruebas miden el estrés de los cuidadores, a mayor nivel de estrés es posible que se considere que los pacientes necesiten de internación.

Los cuidadores o las cuidadoras se vuelven el sostén de las instituciones de salud mental pública, se les da responsabilidades que en un principio deberían ser compartidas, pero ¿qué más ofrece el sistema de salud para estas familias?, ¿qué sucede con los pacientes y sus familiares en donde quizá sólo haya una persona que pueda hacerse cargo y la aportación económica no es suficiente para mantener a sus miembros?

Siguiendo la línea de lo que hemos podido observar en la clínica, que un familiar se haga responsable no siempre es recomendable, ya que al no existir mediadores, es probable que el vínculo se patologicice y resulte en consecuencias agravantes para ambos.

Los momentos de crisis psicótica no son perdurables; es verdad que durante un brote extremo en el que puede haber situaciones violentas el método más plausible para su contención es la hospitalización, el internamiento, pero estas crisis pasan, entonces ¿por qué los pacientes deberían de permanecer en el encierro?

Las respuestas a las preguntas que planteo podrían ser contradictorias, pero es el panorama general al que las familias se enfrentan en la actualidad cuando un miembro tiene algún trastorno psicótico.

El tratamiento de la psicosis en México: ¿qué ha aprendido la clínica y qué nos enseña la historia?

Por siglos la caridad y la misericordia han sido los modelos aspiracionales de sociedades judeocristianas como la nuestra, la asistencia social encuentra sus raíces y justificación desde este discurso, hasta la actualidad la beneficencia está ligada a la religión.

No es extraño entonces que la Iglesia, en Europa y mucho antes que la medicina y la psicología, se haya hecho cargo de los enfermos mentales graves. Después de la Conquista durante los siglos XVI y XVII, San Hipólito y el Hospital del Divino Salvador en la Ciudad de México fueron ejemplos de los inicios a la atención de estos problemas, ser un enfermo mental era un sinónimo de vagancia, la enfermedad estaba en el espacio público, lo que la convertía en un asunto que se debía de atender.

En la época porfiriana, con la inauguración del Manicomio General (que más tarde se le conocería como La Castañeda) el 1º de septiembre de 1910 en México se comenzará a estar a “la vanguardia” en materia de salud mental. La Castañeda se encargó en ese momento de los “alienados”, varios pacientes de las otras instituciones fueron remitidos a ese lugar. Debido a la situación política del país, La Castañeda terminó sin el apoyo del Estado, por sus puertas desfilaron todo tipo de enfermos y cientos de médicos, a este lugar se le considera la cuna de la psiquiatría en nuestro país.

Según los relatos las condiciones de vida eran deplorables. Basta una breve búsqueda de “La Castañeda” en Google para encontrar palabras como “infernol”, “horror”, “terrorífico”, “inhumano”, escritas en las notas periodísticas. Es verdad que se ha creado una leyenda sobre ese lugar y la psiquiatría es la que se ve más afectada por estas historias. Lo cierto es que ni los conocimientos de la época ni los recursos eran suficientes para atender a la sobrepoblación.

De 1945 a 1968 las granjas para enfermos mentales surgieron como parte de la nueva política del Estado mexicano para la atención a la salud mental. Se abrieron en los estados de Michoacán, Jalisco, Estado de México, Sonora y el Distrito Federal.

Las granjas al emplazarse en el campo, lejos de la vida urbana, industrial y comercial, y concentrarse en las actividades agropecuarias y artesanales, alejaron a la psiquiatría de la medicina, pues la separaron del resto de las especialidades médicas para ese entonces definitivamente atravesadas por el cruce entre clínica y laboratorio, que había hecho de la medicina una ciencia natural (Sacristán, 2010:479).

Con este modelo se pretendía que fueran lugares en donde el paciente pudiera descansar, divertirse, trabajar y recuperarse con un enfoque terapéutico multidisciplinario el cual combinaba avances en la medicina y los fármacos, así como psicoterapia individual o de grupo. El ideal que se pretendía con estas granjas es el mismo enfoque que ahora se busca en los lugares dedicados a atender pacientes, un ideal que permanece sin cumplirse.

La historia de la institucionalización de la locura en nuestro país ha ayudado a entender que el encierro no siempre es necesario, que deben existir otras técnicas además de las médicas para la atención, que es necesario que los pacientes tengan una vida digna, que sus derechos humanos sean respetados, pero, sobre todo, que la rehabilitación exige de los pacientes y quienes los rodean un gran esfuerzo para adaptarse a las formas de vida que hemos establecido como normales.

Hay tratamientos actualmente que cubren los seguros médicos, consultas externas, hospitales de día, casas de medio camino, centros de reintegración juvenil, así como programas de abordaje por medio de dispositivos multidisciplinarios de apoyo y de tratamiento, aunque no todas las personas tienen acceso a ellos por falta de recursos económicos.

Aquellos pacientes que tienen una mejor posición económica pueden acceder a diferentes y quizá mejores formas de atención, con un grupo de especialistas y un seguimiento más personalizado que alguien que llega a las instituciones públicas en donde entre citas subsecuentes pueden pasar varios meses sin tener otra alternativa más que la medicación.

El reto para mejorar las formas de atención permanece, ya que en la sociedad el concepto de *locura* no está aceptado como parte de la misma, por lo que la urgencia de tratar a los enfermos mentales depende de las molestias que causan a sus familiares o a otros más que por su propia salud.

El tratamiento en la institución: la paciencia como virtud necesaria

Según el Consejo Nacional de Población para el año 2030 la mayoría de la población se encontrará entre los 20 y 50 años de edad, éste es el rango en el que se manifiestan los trastornos psicóticos en adultos.¹ De acuerdo a este mismo estudio, 28.6% de la población en México presentará un trastorno mental alguna vez en su vida.

En 2011 de acuerdo con un estudio se calculaba el costo promedio anual de la atención médica pública de la esquizofrenia en \$1,230, cifra que aumenta dependiendo de la institución, tipo de tratamiento, psicofármaco recetado y otras variables que en realidad hacen difícil rastrear los costos reales. La Secretaría de Salud reportó los costos entre \$761 y \$27,576 al año por paciente (Cabello Rangel, 2011). Este tipo de investigaciones y cifras se enfocan en observar y describir sus resultados de acuerdo a la relación costo-efectividad de los tratamientos, para la psiquiatría que no haya reingresos a internamiento se considera un tratamiento efectivo, pero no es equiparable a la curación.

En un estudio de 2014 publicado en la revista *Salud mental* sobre las fuentes de variabilidad en la medición de la prevalencia de la esquizofrenia, es interesante encontrar como conclusiones que entre los métodos para las investigaciones epidemiológicas asociadas a los trastornos psicóticos existe una gran heterogeneidad. Además, no hay un consenso internacional metodológico que permita hacer comparaciones fiables de los resultados (Moreno-Küstner *et al.*, 2013).

Por lo tanto, es posible que los datos estadísticos de la prevalencia de la esquizofrenia no sean confiables en su totalidad, debido a todas las variaciones en las pruebas y los parámetros utilizados para construir las herramientas. Esto afectaría directamente los resultados de otras investigaciones relacionadas con la esquizofrenia y los trastornos psicóticos.

¹ Citado en "Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México", *Salud mental*, vol. 34, núm. 2, marzo-abril 2011, INPRF, México.

En 2016, en el país, la media era de uno a cinco psiquiatras por cada 100 000 habitantes; es decir, el sistema está saturado. En la Ley General de Salud, el capítulo VII² está dedicado a la salud mental, habla de la atención a esta problemática como prioritaria. Además, en estos artículos se especifica que el enfoque debe ser comunitario, en miras de la reinserción social y respetando siempre los Derechos Humanos.

Se establece que el gobierno federal y los organismos encargados de salud tienen la responsabilidad no sólo de tratar, sino de prevenir por medio de la educación y de actividades sociales y culturales; deben de tomar acciones y realizar campañas que sensibilicen a la población sobre estas problemáticas y en contra de los estigmas de los enfermos mentales.

Los pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica o de comportamiento tienen derecho a ser tratados en su comunidad, cerca de sus familiares y de sus amigos, una concepción muy diferente a los “alienados” en el inicio de la psiquiatría. La atención debe ser acorde a su contexto cultural, además, deben tener a un representante que vele por que se cumplan justamente estos derechos.

A las personas que por su seguridad y la de otros deben ser institucionalizadas deben conocer por medio del consentimiento informado las medidas que se tomarán para su tratamiento,

por consentimiento informado se entiende el obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebidas, después de proporcionar al paciente o a quien legalmente lo represente, información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que se entienda, acerca del diagnóstico y su evaluación; el propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto; las demás modalidades posibles; los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.³

² Secretaría de Salud (2007).

³ *Declaración de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos en México, 1995*, (CNDH, 1995).

El tratamiento con antipsicóticos de primera o de segunda generación consiste en realizar pruebas de ensayo y error de cuatro a seis semanas hasta conseguir que el paciente pueda tolerar mejor uno u otro y mitigue algunos de los síntomas. Este tratamiento puede ser de por vida, lo que implica que aparecerán otras enfermedades a consecuencia de los efectos secundarios de estos medicamentos, ya que, eventualmente, el uso prolongado produce daños en el sistema nervioso. Los pacientes deberán recibir atención médica y les serán recetados medicamentos adicionales para atender diferentes padecimientos cardiovasculares u hormonales asociados; esto representa un gasto más para los pacientes, sus familias y por, supuesto, para el Estado.

No es raro que los pacientes manifiesten que los antipsicóticos les producen una sensación de “no ser ellos mismos”, por ello su uso produce poca adherencia al tratamiento. Cuando nada de esto parece atenuar los síntomas se promueve el uso de las terapias electroconvulsivas, éstas, al igual que los fármacos, dejan secuelas asociadas con la pérdida de la independencia de los pacientes. Todo lo anterior impacta en la relación costo-beneficio.

Alrededor de 50 instituciones de salud pública en nuestro país están enfocadas en brindar atención a personas con algún padecimiento psiquiátrico, neurológico o considerado propio de la salud mental. Se encuentran distribuidos en 27 estados de la república, pero doce están en la Ciudad de México; el Hospital Fray Bernardino y el Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro son las instituciones que se encargan de la gran mayoría de los casos.

La disminución en cifras de internamientos tiene que ver con la falta de espacio para los pacientes. En los servicios de urgencias las crisis son contenidas con fuertes dosis de medicamentos debido a que la hospitalización no es posible en la mayoría de casos como consecuencia de la sobrepoblación.

El Instituto Nacional de Psiquiatría, al tener la categoría de tercer nivel de atención, se encarga mucho más de la investigación y la educación continua que de la hospitalización de pacientes, aunque también tiene espacio para el internamiento voluntario. Estas son las

instituciones psiquiátricas más relevantes del país que se hacen cargo de la población con algún trastorno psicótico, todas se encuentran en la Ciudad de México.

En la psicoterapia “hacer paciente al paciente” implica una doble acción, es decir, el paciente debe ir conociéndose, entender qué existe en su mundo interno, debe ir tomando conciencia de su enfermedad y sus diálogos dentro de sí, a su ritmo, para ello los psicoterapeutas debemos tener también la suficiente paciencia para acompañar en el proceso al paciente y no imponer nuestras necesidades al tratamiento.

Si en el mismo término *paciente* está implícita la paciencia ¿por qué ésta no puede ser también una cualidad de los médicos y los servicios de salud mental pública? Un paciente en psicoterapia y a un analizando en psicoanálisis debe tener el tiempo suficiente para elaborar deseos, fantasías y recuerdos.

A la larga, estos procesos psicoterapéuticos permiten que el paciente pueda introyectar identificaciones nuevas, lograr nuevos aprendizajes y acceder a funciones necesarias para tener una mejor calidad de vida a través del cambio subjetivo que se produce, ¿por qué esta forma de trabajo y de darle lugar al paciente no puede ser replicada en los servicios de salud pública? Quizá la respuesta está en quién o quiénes perderían capital por prolongar los tratamientos, o bien, ¿es el desconocimiento de la cura de la psicosis lo que evita que se tome como una problemática urgente de atender permanentemente?

Durante los procesos psicoterapéuticos se privilegia la comunicación, la constancia, la presencia y la formación de los vínculos, pero parece haber una tendencia a devaluar la palabra, las creaciones propias de los sujetos en su individualidad. Aquello que la farmacología a veces silencia es lo que en los tratamientos psicoterapéuticos y psicoanalíticos es necesario escuchar para trabajar.

A diferencia de otros trastornos, la psicoterapia y el psicoanálisis también tienen sus limitaciones con la psicosis. De acuerdo con Freud, un proceso analítico de un paciente con una estructura psicótica se trataría de un tratamiento interminable. Además, no todos los psicoterapeutas ni todos los psicoanalistas tienen la capacidad de trabajar con estos pacientes.

Si estos pacientes son considerados como graves o de difícil abordaje, ¿qué podría resultar esperanzador para ellos y sus familias? El concepto de esperanza remite al de salvación y la salvación no tendría sentido si no fuera de la muerte. Nuevamente, desde lo biológico, el diagnóstico del paciente psicótico no implica mortalidad. La tristeza, el autismo y la soledad, en cambio, están asociados a la muerte y el duelo, que surgen en los cuidadores y en los pacientes haciendo que los vínculos vayan en detrimento.

Por ello, es importante que los grupos de apoyo intervengan y permitan distinguir y reelaborar los sentimientos mortuorios y no mortuorios, los pacientes y sus familiares deben aprender a significar lo destructivo, la agresión, la ira, el amor, la paciencia, la pertenencia, el tiempo y el sentido mismo; se vuelve una tarea existencial.

Por lo tanto, el hecho de que las familias se vean afectadas al igual que los pacientes implica que se trata de un trabajo complejo, demandante y prologando para más de una persona. Los nuevos abordajes inter y multidisciplinarios plantean tratamientos integrales en los que participan múltiples actores dado que somos cada vez más conscientes de que no existe la enfermedad como entidad, en cambio existe el sujeto que es necesario conocer para definir las formas en las que se le puede brindar ayuda.

En la actualidad, no puede pensarse un tratamiento de la psicosis sin psiquiatra y sin medicamentos, pero también se debe tener una red de soporte de profesionales con aptitudes necesarias: psicoterapeutas, talleristas, trabajadores sociales y enfermeros, por mencionar algunos.

Alianzas necesarias: enfoques psicoterapéuticos, equipos de trabajo y las apuestas alternativas de tratamiento

¿Cuál es la esperanza que tiene actualmente el paciente para su recuperación? Por ahora parece que depende del sexo, género, edad, nivel socioeconómico, entorno familiar, nivel de atención y diagnóstico, así como con quién acude para mantener un tratamiento; estos son los factores que determinan qué clase de atención podrá recibir.

A finales de la década de 1990, Eric Kandel, bioneurólogo y Premio Nobel de Fisiología en 2000, escribió un artículo en el que tomaba el concepto de inconsciente freudiano equiparándolo con la memoria implícita. Posteriormente escribe otro artículo que propone un acercamiento entre la neurofisiología y el psicoanálisis (Torres-Torija, 2009) y exhorta a los médicos a no descartar tan pronto la psicoterapia como forma conjunta de trabajo. Se han elaborado investigaciones y reportes acerca de las nuevas conexiones cerebrales que prosiguen a un tratamiento psicoterapéutico, por lo que el surgimiento y crecimiento del neuropsicoanálisis representa un puente entre las neurociencias y el estudio del inconsciente, el que fue soñado por Sigmund Freud en sus inicios.

Lo revolucionario del psicoanálisis fue el descubrimiento del inconsciente al igual que el estudio de las vías de acceso a éste que terminaron conformando una técnica y un método. El psicoanálisis exige, sobre todo a quienes trabajan con pacientes, desarrollar un propio trabajo de análisis necesario para interpretar a los pacientes, para entender el déficit o el trauma; en ese sentido se pretende editar o ayudar a nuestros pacientes a que modelen sus propias experiencias y afectos, los simbolicen, los nombren y entonces analicen, comparen y puedan introyectar nuevas funciones y herramientas que les permitan entender toda pequeña, mediana o gran frustración inherente a la vida y a la realidad de una forma que pueda ser tolerable o incluso precursora de procesos creativos.

Sólo quienes han sido esclavos de su realidad psíquica saben acerca de la lucha continua de estar atrapados entre la ansiedad, los pensamientos irruptivos, las alucinaciones, los rituales obsesivos, la apatía, la desesperación, el insomnio, las afecciones psicósomáticas, el llanto, la rutinaria acción de tomar medicamentos, la pérdida del sentido de realidad y la compulsividad de la adicción.

Muchos profesionales se olvidan de darle la palabra a los pacientes y a los familiares, nadie mejor que ellos mismos conocen lo que es “la enfermedad” y de qué manera los afecta. Lo esperanzador yace en el sujeto y quién le permita elaborar sus propios métodos de estabilización. Conocer su experiencia y sus expectativas ayuda a crear comunicación eficiente y al servicio de todos para la colaboración.

La producción teórica psicoanalítica de la escuela inglesa, la francesa y la de los objetos debe gran parte de sus propuestas al trabajo con pacientes psicóticos graves. Estas escuelas, y en general el psicoanálisis, reconocen a la psicosis no como enfermedad, sino como una estructura psíquica distinta. Como lo mencioné antes, estas escuelas también hacen énfasis en el vínculo entre el recién nacido, el papel de la figura materna y paterna, y el medio para la conformación de la estructura psíquica del infante.

Para Enrique Pichon-Riviere,

El vínculo es siempre un vínculo social, aunque sea con una persona; a través de la relación con esa persona se repite una historia de vínculos determinados en un tiempo y espacios determinados. Por ello el vínculo se relaciona posteriormente con la noción de rol, de estatus y comunicación (1980:47).

Por lo tanto, para la recuperación de los pacientes psicóticos es necesario que puedan subsanar y reconstruir sus vínculos por medio de los procesos psicoterapéuticos. Debido a sus limitaciones y encuadres, los tratamientos psiquiátricos, psicoanalíticos y psicológicos no son suficientes para lograr este objetivo, son conscientes de ello y por lo tanto algunos decidieron proponer una aproximación clínica diferente, fuera de los muros del encierro y los consultorios.

El acompañamiento terapéutico

El acompañamiento terapéutico surgió en Argentina en la década de 1970 como propuesta clínica para las patologías graves. Un grupo de profesionales comenzó a explorar la posibilidad de un tratamiento clínico extramuros que pudiera abarcar otras escenas de la vida cotidiana de los sujetos y así facilitar su reinserción social.

El objetivo del acompañamiento terapéutico desde ese momento, y hasta ahora, es que los pacientes graves puedan reconstruir sus vínculos con el mundo exterior y sus grupos, volviéndolo un trata-

miento integral fuera de las instituciones. Esto significa ir más allá de los encuadres clínicos y de la relación diádica profesional *psi*-paciente. El acompañante terapéutico (AT) se convierte en una bisagra que media entre la atención psiquiátrica, la psicoterapia, la familia y la sociedad.

Sus tareas pueden ser múltiples, desde acompañar a un paciente al médico, hacer tareas cotidianas con él en casa, hasta realizar actividades recreativas que promuevan la búsqueda de su estabilidad. Debido a la flexibilidad de esta figura es necesario marcar siempre los límites con los pacientes ya que no puede convertirse en un cómplice, un confidente o un amigo. Los pacientes comenzarán a armar un vínculo desde sus recursos patológicos, pero el AT le ofrece maneras distintas y acotadas para esta tarea pues involucra su subjetividad como una alternativa a lo conocido por el paciente.

El acompañante es otro que permite identificarse mas no mimetizarse, su tarea es promover la diferenciación. Además, es un Yo prestado, el AT presta una parte de sí mismo al paciente, pues le ayuda a procesar de la realidad lo que el paciente no puede hacer por sí mismo, pero no permite la simbiosis. El AT marca las diferencias entre el paciente y él, produce también un reordenamiento de las lógicas familiares ya que se convierte en observador participante de éstas y las cuestiona cuando es necesario, es un tercero que entra a la escena y esta situación *per se* cambia la dinámica.

Al observar la dinámica familiar, el AT puede “recoger los diferentes tipos de relaciones que ese paciente establece con su grupo familiar y se consigna los distintos tipos de conductas que manifiesta frente a cada miembro del grupo, como resultado se obtiene la descripción de un cuadro clínico en su adentro” (Pichon-Riviere, 1980:25). Es decir, el AT puede ayudar a desarrollar las evaluaciones diagnósticas específicamente sobre ese paciente y el medio social en el que se encuentra.

Debido a la complejidad de estas funciones, es claro que debe ser una persona con conocimientos teóricos clínicos, ya que debe hacer una disociación voluntaria de sí mismo y conocer cómo utilizar esto como herramienta terapéutica. Debe abordar las vicisitudes psicosociales y clínicas al mismo tiempo, experimenta la realidad

junto con el paciente por lo que se vuelve un referente corporal, de tiempo, lugar y espacio. Le ayuda a planificar, a crear metas a futuro y poder sostener los procesos que lleven a cumplirlas.

Cuando dos personas experimentan lo mismo en la realidad, la forma en la que lo harán será distinta desde su constitución mental. Este contraste y el poder ponerlo en un diálogo sobre algo en común permite que haya nuevas formas para el paciente de entender e identificarse con el otro, nuevas formas de comportamiento y actuación, aprendizajes nuevos.

El delirio del paciente psicótico trata de reconstruir lo interno y lo externo al mismo tiempo, por ello la importancia de conocerlo y tratar de entenderlo. El AT puede observar desde una perspectiva privilegiada qué partes del mundo interno y externo del sujeto se pueden estar significando a través del delirio, cómo la interacción con su medio hace que el paciente produzca estas elaboraciones reconstructivas. El conocimiento del delirio del psicoterapeuta o psiquiatra es parcial, además, ocurre que el paciente puede sentirse perseguido por estas figuras al estar contenido sólo por ellos, el acompañante ayuda a integrar el conocimiento sobre el paciente de estos profesionales junto con lo vivencial. “Uno no puede representarse una conducta sin establecerla en relación con otro. Pero la conducta en última instancia es comprensible en la medida que incluimos el mundo interno y los vínculos con los objetos internos” (Pichon-Riviere, 1980:70).

Además, parte del trabajo en conjunto con otros, las tareas que debe realizar son pensadas en grupo para apoyar a los otros tratamientos. Es una forma de atención comunitaria que hace que las responsabilidades sean compartidas, el soporte del trabajo del AT a su vez es brindado por el equipo. Se deben delimitar funciones, encuadres e identidades profesionales, lo cual lo vuelve complejo, no obstante, evita que alguno de los participantes del equipo terapéutico tome de forma narcisista el rumbo del tratamiento velando sólo por sus intereses profesionales y no los del paciente.

El AT no puede pensarse sin los otros profesionales *psi*. La información y la carga emocional es compartida entre el equipo, lo

que permite que haya menos desgaste anímico en los profesionales y se identifiquen conductas de riesgo a tiempo. Se forma un circuito en el que los contenidos psicóticos pasan por las diferentes subjetividades que ahí convergen, lo que los vuelve más tolerables para todos los miembros, además el equipo puede formar una metaestructura que funciona como contenedor para las descargas pulsionales psicóticas.

Desde sus orígenes, el AT se ha desarrollado produciendo teoría desde la experiencia clínica, desde entonces ha logrado constituirse como una carrera en las universidades de Argentina, por ejemplo. Se va desarrollando un saber y una práctica al mismo tiempo, la formalización de esta figura además de los grupos de trabajo se da gracias al intercambio de información, a la transmisión dinámica de lo acontecido que permite el encuentro de la teoría con la experiencia de más de uno.

En nuestro país se ha ido consolidando poco a poco en instituciones privadas, es un aproximamiento clínico que ha tomado fuerza por la experiencia alternativa de acercamiento a conocer lo cotidiano de la psicosis, sin embargo, aún ocupa un lugar desde la disidencia:

en México se habla poco de la profesionalización, en algunos casos el lugar del AT quedó muy cercano al del psicoanalista, a cierta “función” que puede ocupar el analista u otros. Sin embargo, va construyendo su espacio. Y tiene un lugar interesante, de “resistencia” al poder de la psiquiatría biologicista y de la generalización del psicofármaco, con tanta fuerza en ese país (Rossi, 2017:7).

La regularización de las funciones del AT como trabajo permitiría que fuera más accesible a poblaciones que no cuentan con los recursos económicos para solicitar este tipo de tratamiento. Se busca actualmente que se profesionalice, esto le permitiría actuar bajo un marco legal, además de que regularía que las personas tengan cierto nivel de conocimiento teórico-práctico previo para poder ejercer este papel.

Mediante el acompañamiento terapéutico también se puede realizar investigación psicosocial a través de la experiencia y la observa-

ción participante de la interacción del paciente en lo cotidiano, esto podría complementarse con las investigaciones institucionales.

Por medio del acompañamiento terapéutico también se puede promover una alianza con las aportaciones que pueden hacer el trabajo social y las humanidades, buscar alternativas de tratamiento mediante la sensibilización de la sociedad ante la enfermedad mental, no sólo con campañas de información y prevención, sino también haciendo partícipe de los tratamientos a la comunidad y de esta manera abrir el conocimiento que a veces se queda en sectores especializados lo cual no permite su divulgación.

Considero que para atender los casos de psicosis es fundamental una o varias figuras como la del AT, es un reto pensar cómo introducir esta alternativa en la atención de la salud mental pública en México, pero no es algo descabellado si pensamos en el ejemplo y contexto del país latinoamericano en donde se originó; además, cumpliría con el tipo de atención que la Ley de Salud Mental propone. Por ahora no está al alcance económico de todos los pacientes, ya que la mayoría de los acompañantes pertenecen al ámbito privado, considero que aquellos que hemos hecho acompañamiento debemos hacer visible nuestro trabajo y experiencia para cambiar el paradigma actual de atención.

Algunas conclusiones y preguntas

Lo importante del acompañamiento terapéutico es que surgió como alternativa para superar las limitaciones de las disciplinas *psi* y además consiguió mostrar y cuestionar ante la sociedad lo que ésta muchas veces no quiere ver de sí misma, ¿por qué nos sigue resultando tan impactante mirar a una persona hablar sola en la calle?, ¿por qué siguen siendo motivos de terror la muerte y la locura?, ¿cuál es la dificultad en nuestra cultura para reconocerlas e integrarlas como parte de la vida?

No es posible unificar a las distintas producciones teóricas desde la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis, pero sería importante

hacer más accesible para el sistema educativo el conocimiento en salud mental que cada corriente produce. Las universidades deben exaltar la importancia del trabajo en equipo para producir abordajes interdisciplinarios de problemáticas sociales y generar profesionistas más tolerantes, dispuestos al diálogo y a compartir responsabilidades.

Quienes nos dedicamos a tratar con pacientes psicóticos o no, debemos tener tratamientos y espacios terapéuticos propios, uno mismo como profesional es responsable de su salud mental, ya que el ambiente del trabajo clínico no es algo que pueda sostener cualquiera, pero tampoco es algo exclusivo para unos cuantos, para ello debemos conocer nuestros límites psicoemocionales.

Junto con la conformación de grupos de trabajo, también es importante promover la organización de grupos de apoyo entre pacientes y sus familiares. Los beneficios de estos grupos son múltiples, ya que se convierten en redes vinculares para conocer semejantes que pasan por la misma situación, también se crean nuevas relaciones de amistad o de pareja, conocen la experiencia de otros y cómo han podido salir adelante, posteriormente ellos podrán ayudar a quienes apenas van iniciando algún tratamiento.

La sociedad civil ha tratado de contribuir con inmuebles y proyectos para ayudar a pacientes psicóticos a conseguir empleo. Trabajar les permite mantener un estado de autonomía suficiente para mejorar su calidad de vida, además perciben un salario con el que pueden cubrir ciertas necesidades como vivienda, esparcimiento y parte de su tratamiento.

El trabajo como medio para obtener recursos económicos es todavía una de las esferas públicas en las que más discriminación existe para las personas psicóticas. Es verdad que sus síntomas podrían no permitirles a algunos mantener un ritmo constante, pero como ya he mencionado antes ningún psicótico tiene exactamente los mismos recursos psíquicos, síntomas y conductas que otro, así que la adaptación al medio laboral también depende de que se tomen en cuenta estas diferencias.

Se debe discutir la manera perversa en la que la psicología organizacional utiliza herramientas clínicas para conseguir e identifi-

car trabajadores lo suficientemente pasivos o agresivos de acuerdo a los intereses de los empleadores. Mediante el uso indebido y la adaptación de las herramientas clínicas se fomenta la discriminación laboral de los sujetos. De esta manera, la excesiva matriculación de psicólogos y el desempleo orilla a que la práctica quede banalizada, cada vez con menos remuneración económica.

Por último, agregar que a los estudiantes y colegas *psi* no nos debería resultar difícil poder comprender el deseo que tenemos algunos de trabajar con las personas que son más invisibles en este país, ya que dentro de la psicología clínica existe también la resistencia a trabajar con este tipo de pacientes.

Es verdad que al observar las dificultades y los límites que existen al interior de nuestras prácticas (y en nosotros mismos), nos asusta, pero de ahí surge nuestra búsqueda incesante por el conocimiento de todo aquello que no podemos ver, pero que reconocemos en nuestro interior como condición humana. David Hume (1990) dice que las pasiones surgen del miedo y la esperanza, éstas aparecen cuando las posibilidades son iguales para ambas opciones. Hablar de la esperanza es inherente a la vida, es la búsqueda de la posibilidad, de ese algo que se puede hacer.

Son todos los intentos y fracasos de quienes tratamos con los pacientes lo que va conformando nuestro quehacer. Hay mucho que decir y compartir al respecto sin miedo a proponer para transformar nuestro medio y práctica.

Me gustaría retomar una analogía que hace Thomas Szasz (1982) entre la enfermedad mental y la historia del traje del rey invisible. En esta historia quienes admitieran que no lo estaban viendo significaba reconocer la propia estupidez o ignorancia ante los demás que decían verlo. Es una fuerte crítica a las diferencias de tratamiento y elucidaciones teóricas y cómo se descalifican entre sí sin aceptar sus propias limitaciones. Cada una de las disciplinas *psi* sabe qué hilos del traje puede ver y para desmitificar la enfermedad mental, pero hace falta más de una voz para esta tarea.

Después de todo, la búsqueda del amor, el afecto y la satisfacción en nuestras relaciones sociales siguen siendo motivos humanos para

seguir anhelando la salud mental, estabilidad y conocimiento de nosotros mismos que está presente, inconsciente o conscientemente, en todo lo que hacemos. La paciencia y el tiempo propician la misma esperanza para lograrlo.

Hablar de cura en la psicosis es sinónimo de equivocarse, pero no es equivocado compartir aquello que hemos aprendido y que ha funcionado para algunos desde la sensibilidad con la que abordamos a los pacientes y el caso por caso de los tratamientos. De esta manera compartimos lo apasionante que es trabajar con un otro para alcanzar su bienestar.

¿Por qué no hablar de esperanza de mejora no sólo para estos pacientes sino también para nuestras prácticas? Nosotros merecemos conocer nuestros discursos y experiencias con todas sus diferencias. La esperanza no está depositada en la cura ni en el conocimiento de la enfermedad, la esperanza es lo que sigue dando sentido a lo que hacemos quienes creemos en este trabajo.

Referencias

- Algora Gayán, María José (2014), *El cuidador del enfermo esquizofrénico, sobrecarga y estado de salud*, consultado en [<http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/06/1-El-cuidador-del-enfermo-esquizofrenicosobrecarga-y-estado-de-salud.pdf>].
- Arredondo, Armando (2010), “Factores asociados a la búsqueda y usos de servicios de salud: del modelo psicosocial al socio-económico”, *Salud mental*, vol. 33, núm. 5, INPRF, México.
- Barreto Da Costa, Jaquiline *et al.* (2011), “Estrés y recursos de enfrentamiento del cuidador en el contexto hospitalario”, *Salud mental*, vol. 34, núm. 2, INPRF, México.
- Cabello Morales, Emilio (2001), “Calidad de la atención médica: ¿paciente o cliente?”, *Revista Médica Herediana*, vol. 12, núm. 1, pp. 96-99, consultado en [<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v12n3/v12n3ce2.pdf>].
- Cabello Rangel, H. *et al.* (2011), “Costo efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México”, *Salud mental*, vol. 34, núm. 2, INPRF, México.

- Cámara de Diputados (2018), *Ley General de Salud*, México, consultada en [http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf].
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) (1995), *Derechos Humanos de los pacientes psiquiátricos*, CNDH, México, consultado en [<http://www.corteidh.or.cr/tablas/28533.pdf>].
- González Mariscal, Josefina M. (1960), “Hospitales para enfermos mentales en la colonia”, *Salud pública México*, época v, vol. II, núm. 3, México, consultado en [<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4382/4263>].
- Hume, David (1990), *Disertación sobre las pasiones y otros ensayos morales*, Anthropos, Barcelona.
- Kuras de Mauer Susana *et al.* (1985), *Acompañantes terapéuticos y pacientes psiquiátricos. Manual introductorio a una estrategia clínica*, Trieb, Buenos Aires.
- Lara Muñoz, María del Carmen *et al.* (2011), “¿Cuántos somos? ¿Dónde estamos? ¿Dónde debemos estar? El papel de la psiquiatría en México, Análisis preliminar”, *Salud mental*, vol. 34, núm. 6, INPRF, México.
- Mascayano Tapia, Franco *et al.* (2015), “Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones”, *Salud mental*, vol. 38, núm. 1, INPRF, México.
- Moreno-Küstner, María *et al.* (2013), “Revisión crítica de las fuentes de variabilidad en la medición de la prevalencia de esquizofrenia”, *Salud mental*, vol. 37, núm. 2, INPRF, México.
- Nicolini, Humberto (2016), “El psiquiatra ante la paradoja de las grandes bases de datos y de los resultados clínicos mínimos”, *Salud mental*, vol. 39, núm. 1, INPRF, México.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001), *Proyecto de política de salud mental*, consultado en [http://www.who.int/mental_health/medial/en/49.pdf].
- Pérez-Rincón, Hector (2011), “Defensa e ilustración de la psiquiatría”, *Salud mental*, vol. 34, núm. 6, INPRF, México.
- Pichon-Riviere, Enrique (1980), *Teoría del vínculo*, Nueva visión SAIC, Buenos Aires.
- Rossi, Gustavo Pablo (2005), “El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en salud mental”, *Revista Uaricha*, vol.

- 2, núm. 6, Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo, pp. 49-53, consultado en [<http://www.centroentreparesis.com/doc/libros/EL%20AT%20y%20dispositivos%20alternativos.pdf>].
- Rossi, Gustavo Pablo (2017), *Formación y formalización en el acompañamiento terapéutico. Situación en Latinoamérica*, consultado en [<http://www.actoterapeutico.com.ar/wp-content/uploads/2019/01/2016-BRA-SIL-AT-sin-fronteras-Formaci%C3%B3n-y-formalizac.-Final-e.book-2017.pdf>].
- Sacristán, Cristina (2010), “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968”, *Salud mental*, vol. 33, núm. 6, INPRF, México.
- Salud mental* (2011), vol. 34, núm. 2, marzo-abril, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México.
- Secretaría de Salud (2007), *De atención médica*, art. 24, cap. 1, Presentación de los servicios de la salud, título tercero, Ley general de salud, México, consultado en [<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legislgs/index-t3.htm>].
- Secretaría de Salud (2015), “Programa específico de salud mental”, *Programa de acción específico de salud mental 2013-2018*, México, consultado en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf].
- Szasz, Thomas (1982), *El mito de la enfermedad mental*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Torres-Torija, Javier (2009), “Psicoterapia y psiquiatría: una relación paradójica”, *Salud mental*, vol. 32, núm. 3, INPRF, México.
- Vargas Térrez, Blanca Estela (2016), “La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa”, *Salud mental*, vol. 39, núm. 1, INPRF, México.
- Velázquez, Elizabeth y Manuel Lino (2018), “Depresión: en 2020 será la primera causa de discapacidad en México”, *Animal Político*, 22 de julio, consultado en [<https://www.animalpolitico.com/2018/07/depression-2020-discapacidad-mexico/>].

Fecha de recepción: 10/09/18
 Fecha de aceptación: 04/07/19