

Psiquiatría y Salud Mental

Año XLI | Nº 1/2 | Enero - Junio 2024 | ISSN 0717-6775 | ISSN 0719-5672
versión Impresa versión en línea



INSTITUTO PSIQUIÁTRICO
"DR. JOSÉ HORWITZ BARAK"



SOCIEDAD CHILENA
DE SALUD MENTAL

Revista **PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL** es el órgano oficial del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak" y de la Sociedad Chilena de Salud Mental

EDITORIAL

Editores

COLUMNA DE OPINIÓN

DELINCUENCIA Y SALUD MENTAL: FORTALECER EL SENTIDO DE COMUNIDAD PESE AL TEMOR.

Claudia Cruzat

INVESTIGACIÓN CLÍNICA

TRASTORNO POR USO DE KETAMINA Y EL «AGUJERO-K», UNA SERIE DE CASOS EN UNA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN: CARACTERIZACIÓN FENOMENOLÓGICA Y ALTERACIONES ASOCIADAS.

Clemente Lara, Carlos García-Campo, Juan Pablo Cárdenas, Atahualpa Granda

TRABAJO DE REVISIÓN:

LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL COMO FACTOR DE RIESGO EN SALUD MENTAL. EL CASO DE CHILE.

Eric Tomás Sánchez Oyarzo

DOSSIER:

EL CONVULSIONADO AÑO 1985 EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE SANTIAGO.

Patricio Olivos

EL TERREMOTO DEL 3 DE MARZO DE 1985 EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE SANTIAGO Y LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS.

Patricio Olivos, Maritza Alderete

RESCATE HISTÓRICO DE HUELGA DE HAMBRE DE DRES. CARLOS FIEDLER Y ERWIN PREISLER EN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE SANTIAGO EN AGOSTO DE 1985.

Daniel Elgueta Muñoz

RESEÑA:

PSIQUIATRÍA Y CULTURA: ARTÍCULOS Y ENSAYOS ESCOGIDOS. OTTO DÖRR ZEGERS.

COLECCIÓN PENSAMIENTO CONTEMPORÁNEO. EDICIONES UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES 2024. 308 PP.

Patricio Olivos

TRABAJO DE REFLEXIÓN:

APROXIMACIONES AL ANÁLISIS ABDUCTIVO.

Javier Bascuñán, César Jara

**DIRECTOR DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO
"DR. JOSÉ HORWITZ BARAK"**

Dr. Juan Maass Vivanco

**PRESIDENTE SOCIEDAD CHILENA
DE SALUD MENTAL**

Dr. Atahualpa Granda Flores

EDITORES

Dr. Patricio Olivos Aragón

Dr. Bernardo Barra Cañas

Dr. Luis Acuña San Martín

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Alejandra Armijo Brescia

Abog. Carolina Carvajal Trades

Dr. Ramón Florenzano Urzúa

Ps. Tatiana Jadue Jamis

Dra. Katherina Llanos Parra

Dr. Eduardo Medina Cárdenas

Dr. Eugenio Olea Becerra

Dr. Raúl Riquelme Véjar

Dr. Carlos Sciolla Donoso

EDITORES ANTERIORES

Dr. Luis Gomberoff Jodorkovsky (1984 - 1988)

Dr. Patricio Olivos Aragón (1988 - 1992)

Dr. Eduardo Medina Cárdenas (1992 - 1996)

Dr. Benjamín Vicente Parada (1997 - 2000)

Dr. Luis Gomberoff Jodorkovsky (2001 - 2006)

Dr. Eduardo Medina Cárdenas (2007 - 2013)

Dr. Carlos Cruz Marín (2013 - 2018) †

COMITÉ DE FINANZAS

Ps. Teresa Urriola Fuentealba

SECRETARIA

Sra. Patricia Gutiérrez Salinas

DIRECCIÓN

Av. La Paz 841, Recoleta, Santiago, Chile

Fonos: (56 - 2) 27 77 80 51 - 25 75 90 19

Anexo Red Salud 25 90 19

e-mail: sociedad.saludmental@gmail.com

IMAGEN PORTADA

Geordanna Cordero. Unsplash

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Andrea Hinostroza Berríos

Índice

02 **EDITORIAL**

Editores

COLUMNA DE OPINIÓN

04 **DELINCUENCIA Y SALUD MENTAL: FORTALECER EL SENTIDO DE
COMUNIDAD PESE AL TEMOR.**

Claudia Cruzat

INVESTIGACIÓN CLÍNICA

05 **TRASTORNO POR USO DE KETAMINA Y EL «AGUJERO-K», UNA
SERIE DE CASOS EN UNA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN:
CARACTERIZACIÓN FENOMENOLÓGICA Y ALTERACIONES
ASOCIADAS.**

Clemente Lara, Carlos García-Campo, Juan Pablo Cárdenas, Atahualpa Granda

TRABAJO DE REVISIÓN:

13 **LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL COMO FACTOR DE RIESGO EN
SALUD MENTAL. EL CASO DE CHILE.**

Eric Tomás Sánchez Oyarzo

DOSSIER:

20 **EL CONVULSIONADO AÑO 1985 EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
DE SANTIAGO.**

Patricio Olivos

22 **EL TERREMOTO DEL 3 DE MARZO DE 1985 EN EL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO DE SANTIAGO Y LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN
DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS.**

Patricio Olivos, Maritza Alderete

30 **RESCATE HISTÓRICO DE HUELGA DE HAMBRE DE DRES. CARLOS
FIEDLER Y ERWIN PREISLER EN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE
SANTIAGO EN AGOSTO DE 1985.**

Daniel Elgueta Muñoz

RESEÑA:

35 **PSIQUIATRÍA Y CULTURA: ARTÍCULOS Y ENSAYOS
ESCOGIDOS. OTTO DÖRR ZEGERS. COLECCIÓN PENSAMIENTO
CONTEMPORÁNEO. EDICIONES UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES
2024. 308 PP.**

Patricio Olivos

TRABAJO DE REFLEXIÓN:

39 **APROXIMACIONES AL ANÁLISIS ABDUCTIVO.**

Javier Bascañán, César Jara

Editorial

Había una fuente en honor de Mnemósine frente al oráculo de Lebadia y otra que provenía del río Leteo. Los humanos que iban a consultar a dicho oráculo tenían que tomar una decisión entre quedarse con su memoria y beber de la fuente de Mnemósine o dejar en el olvido su pasado y beber de la fuente de Leteo. (Urrutia, 2010)¹

La *memoria*, sin haber sido propuesta a los autores como tema a priori, ha resultado ser un lugar común en los últimos volúmenes de la revista y lo ha hecho desde distintas perspectivas, ya fuese desde su noción neurofisiológica o su relevancia en el deterioro neurocognitivo, como desde la cinematografía y la honra histórica; usted, como lector, se dará cuenta que este número no se desprende de esta tendencia sino que la profundiza, llevándonos a una postura de reflexión con respecto a la *memoria* en su (des)encuentro con la historia, la verdad y la salud mental, tópico tan longevo como de indesmentible vigencia.

En su revisión del libro **Psiquiatría y cultura: Artículos y ensayos escogidos**, Patricio Olivos nos invita en esta oportunidad a leer la última publicación del Dr. Otto Dörr, una colección de textos escogidos de entre su vasta y variada producción, piezas escritas que se estructuran sobre todo en base a la memoria que el autor guarda de su propio recorrido en búsqueda de comprensión de la realidad humana, exploración multicultural desde la cual nace esta agradecida selección de trabajos, reseñados brevemente por Patricio.

El propio *Prof. Dörr* nos ha enseñado el valor de la etimología como indicador de la sapiencia que se destila en la palabra: fijémonos en que el vocablo latín *mens* subordina el concepto de **memoria** al de **mente** en cuanto *memorare* es «almacenar en la mente» (Braunstein, 2013), base de la metáfora que hoy se hace del ordenador en momentos del notable auge que experimenta el desarrollo de la *Inteligencia Artificial* (IA); así es como en su trabajo **Aproximaciones al Análisis Abductivo**, el autor César Jara nos entrega en esta ocasión apuntes acerca del *razonamiento abductivo* que viene de la mano con el fenómeno de la IA y que puede explicar en buena medida su creciente e inesperada incorporación a distintas actividades del pensar humano.

Si ponemos atención en cambio a la raíz griega de memoria, *mnéme*, daremos cuenta de su identificación con la titánide Mnemósine a quien, como madre de las musas, se le reconoce como la que fecunda el saber. Los siguientes trabajos de Patricio Olivos parecen dar tributo a esta elevada concepción de la memoria y es así como su dossier titulado **El convulsionado año 1985 en el Hospital Psiquiátrico**, otorga un valioso contexto a los siguientes artículos rememorando desde su propio protagonismo la atmósfera en la cual se llevaba adelante el trabajo en esos años en el Instituto, una donde se entrelazaban dificultades y decepciones con justificados temores.

El documento **El terremoto del 3 de marzo de 1985** amplía esta tarea y cuenta con la coautoría de la bibliotecóloga Maritza Alderete, facilitando un reporte detallado del impacto del sismo que no solo agrietó paredes físicas sino también sociales, sacando el velo sobre deficiencias del establecimiento y levantando legítima preocupación por el destino de los pacientes crónicos hacia lo que fue considerado después como su proceso de desinstitucionalización. El trabajo está enriquecido con la inclusión de material fotográfico.²

Estos documentos anteceden entonces a la imprescindible revisión histórica que nos comparte el autor Daniel Elgueta con el trabajo **Rescate Histórico de Huelga de Hambre de Drs. Carlos Fiedler y Erwin**

1. En otras versiones el mito ha llegado hasta nosotros como dos ríos en el Hades.
2. Quizás una buena puesta en práctica de lo que expone Sócrates en Teeteto cuando dice de la memoria que «es un don de Mnemósine, la madre de las Musas, y que, si queremos recordar algo que hayamos visto u oído o que hayamos pensado nosotros mismos, aplicando a esta cera las percepciones y pensamientos, los grabamos en ella, como si imprimiéramos el sello de un anillo» (Campos, 2021).

Preisler, presentado en una emotiva jornada a fines de mayo último en el Instituto Psiquiátrico y que contó con familiares y testigos de la inédita acción de estos dos psiquiatras, quienes arriesgaron la vida en esta protesta no violenta buscando beneficiar a los pacientes en una época oscura y turbulenta de nuestra historia; la publicación de este trabajo en nuestra revista viene a resolver entonces el problema de la deuda con la memoria histórica (López, 2022) y con la propia salud mental (Zambrano, 2007).

Hasta aquí hemos escogido recordar. Pero, ¿no hay acaso momentos en que preferiríamos beber agua del del río Leteo? El trabajo **La migración internacional como factor de riesgo en salud mental**, del autor Eric Sánchez, corresponde a una revisión narrativa acerca de un problema de abrumadora y transversal actualidad, de conocida asociación a desórdenes mentales en cuyo origen y perpetuación aparece siempre la dolorosa memoria latente de la tierra de origen. ¿Hay discriminación hacia los grupos inmigrantes? ¿Nos hemos adaptado a la nueva realidad que significa su presencia en la trama social?

A veces mantener el recuerdo vivo no solo es doloroso sino que conforma parte de una serie de mecanismos mórbidos que sostienen la enfermedad mental. Tal es el caso de las dependencias a sustancias que se anclan en los circuitos de recompensa; el artículo **Trastorno por Uso de Ketamina Hoyo Keta**, fruto del trabajo del grupo conformado por Lara, García-Campo, Cárdenas y Granda, aprovecha una serie de tres casos en mujeres hospitalizadas en nuestro Instituto, para describir las principales características clínicas de esta toxicomanía emergente y *recordarnos* que debemos estar atentos en nuestro medio al potencial adictivo de ciertos principios activos que se difunden recientemente como tratamiento de ciertos desórdenes mentales.

¿Es que lo natural es recordar? La neuropsicología nos muestra que Leteo y Mnemósine trabajan en conjunto para permitir la memoria validando el alguna vez controvertido fenómeno del *olvido activo* (Anderson y Hulbert, 2021). Cerraremos esta editorial con el fragmento de un poema de Friedrich Hölderlin, el vate germano que terminara sus días atormentado por su desorden mental —hoy sospecharíamos de un trastorno del ánimo— y que encarna el ideal romántico en sus versos donde encontramos, como no, a nuestra titánide (Hölderlin, 2017):

*[...] mas junto al Citerón yacia
Eleutera, la ciudad de Mnemósine. A la cual también,
cuando dios el manto se quitó, el crepúsculo luego soltó
sus bucles. A los celestiales en efecto
desagrada cuando alguno, sin preservar su alma,
no es capaz de rehacerse, pero es que ha de hacerlo;
pues pronto será un yerro el duelo.*

Los Editores

Referencias

- Anderson, M. C., & Hulbert, J. C. (2021). Active Forgetting: Adaptation of Memory by Prefrontal Control. *Annual Review of Psychology*, 72(1), 1-36. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-072720-094140>
- Braunstein, N. A. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. Siglo XXI Editores. <https://books.google.com.br/books?id=JSx9AAAAQBAJ>
- Campos, Á. V. & otros. (2021). *Diálogos V: Parménides- Teeteto- Sofista- Político* (Vol. 35). RBA Libros y Publicaciones.
- Hölderlin, F. (2017). *Poesía esencial* (H. Cortés, Ed.). LaOficina.
- López, J. J. G. (2022). El encuentro de Hermes y Mnemósine: La hermenéutica como metodología de investigación histórica y educativa. Ediciones Unibagué. <https://books.google.com.br/books?id=AHadEAAAQBAJ>
- Urrutia, N. (2010). Mnemósine o el valor de la memoria. Entre dioses y hombres. *Revista Electrónica Historias del Orbis Terrarum*, 05, 22-30.
- Zambrano, L. (2007). "El ejercicio/uso de la memoria en el ámbito teórico/práctico salud mental y derechos humanos": (Para una comprensión de la memoria a través del estudio del pensamiento de Paul Ricœur) [Tesis, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/108967>

Columna de opinión:

Delincuencia y salud mental: fortalecer el sentido de comunidad pese al temor

Claudia Cruzat¹

Columnas de Opinión. El Mercurio, 20 septiembre 2024.

El temor a la delincuencia se ha convertido en una preocupación central para muchos chilenos, afectando significativamente su bienestar y salud mental. Según la Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana (Enusc), la percepción de inseguridad ha aumentado en los últimos años, impactando profundamente en cómo las personas viven y se relacionan con su entorno. Este sentimiento de inseguridad no solo altera la rutina diaria de los ciudadanos, sino que también modifica su comportamiento y sus interacciones sociales.

En la misma línea, la 5ª Encuesta de Bienestar "Sueños y temores de los chilenos", desarrollada por la Mutual de Seguros de Chile en alianza con Cadem y la Escuela de Negocios de la Universidad Adolfo Ibáñez (UAI), destaca que la delincuencia sigue siendo el principal problema de los chilenos. La encuesta también señala que persiste la crisis de seguridad y la crisis económica que ha afectado a los hogares en Chile durante los últimos cuatro años, generando un contexto de preocupación constante que influye negativamente en la percepción de bienestar de la población.

El miedo permanente a ser víctima de un delito genera altos niveles de estrés y ansiedad. Estudios indican que las personas que viven en áreas percibidas como peligrosas muestran signos de ansiedad crónica, trastornos del sueño e hipervigilancia. La percepción de inseguridad constante puede activar la respuesta de "lucha o huida" del cuerpo de manera continua. Esta respuesta, mediada por la liberación de cortisol —conocida como la hormona del estrés—, puede tener varios efectos negativos en el cuerpo cuando se libera en niveles elevados y de manera crónica, entre los que se incluyen: supresión del sistema inmunológico, aumento de la presión arterial, alteración del metabolismo de la glucosa, problemas de memoria y concentración, y trastornos del sueño. El miedo puede disuadir a las personas de utilizar espacios públicos, participar en actividades comunitarias o incluso salir de sus hogares, lo que disminuye la cohesión social y limita las oportunidades de apoyo comunitario. La falta de interacción social y el aislamiento pueden exacerbar sentimientos de soledad y depresión, contribuyendo a un ciclo vicioso de deterioro de la salud mental. Además, las familias pueden restringir las actividades de sus hijos e hijas, lo que impacta negativamente en el desarrollo infantil y juvenil al limitar sus oportunidades de socialización y recreación. Los niños y jóvenes que crecen en ambientes de miedo e inseguridad tienen más probabilidades de desarrollar problemas emocionales y conductuales. El impacto del temor a la delincuencia no es uniforme y tiende a agravar las desigualdades existentes. Las comunidades de bajos ingresos, que ya enfrentan múltiples desafíos, son más propensas a experimentar altos niveles de miedo y sus consecuencias adversas. Esta desigualdad en la percepción y experiencia de inseguridad perpetúa un ciclo de desventaja y marginalización, donde las personas más vulnerables suelen ser las más afectadas.

Abordar esta problemática requiere un enfoque multifacético que no solo incluya políticas públicas que aumenten la seguridad y reduzcan la delincuencia, sino también intervenciones comunitarias que fortalezcan el sentido de comunidad y apoyo social, así como programas de manejo del estrés y salud mental accesibles para la población afectada. La educación sobre resiliencia y técnicas de manejo del miedo y la ansiedad es igualmente importante. Estas intervenciones deben ser inclusivas y considerar las particularidades de cada comunidad, promoviendo una participación activa de todos sus miembros. Fortalecer el sentido de comunidad es un factor protector clave para la salud mental. Debemos facilitar y promover relaciones interpersonales cercanas. Construir una sociedad más segura, resiliente y saludable es el objetivo hacia el cual todos debemos trabajar.

1. Ps. Decana Escuela de Psicología. Universidad Adolfo Ibáñez.

Investigación clínica:

Trastorno por uso de ketamina y el «agujero-K», una serie de casos en una unidad de desintoxicación: caracterización fenomenológica y alteraciones asociadas.

Clemente Lara¹, Carlos García-Campo¹, Juan Pablo Cárdenas², Atahualpa Granda³

Resumen

La Ketamina es un analgésico y anestésico derivado de la fenciclidina, cuyo efecto se debe principalmente al bloqueo de receptores NMDA. Además de su uso médico, se la emplea con fines recreativos desde los años setenta en todo el mundo, mayormente en Asia. Pocos estudios describen en detalle la fenomenología asociada a la intoxicación por ketamina, que va desde la sensación de sentirse liviano, la ausencia del sentido del tiempo, la disociación y la despersonalización hasta la psicosis. A este conjunto de manifestaciones se les ha denominado como «hoyo de la keta», «K-hole» o «agujero K». Además de la intoxicación y el cuadro clínico agudo por la droga, se reportan alteraciones genitourinarias y cognitivas en el largo plazo. En Chile, existe escasa información sobre su uso recreativo, consumo habitual o en conjunto con otras drogas. Reportamos una serie de 3 casos de usuarias de ketamina internadas para desintoxicación en un servicio especializado, cuyas descripciones de los fenómenos sensorio-perceptivos ilustran el concepto de hoyo de la keta; estas usuarias describen el *ritual de preparación* de la sustancia tanto personal como ambiental para su consumo; por último, se constatan algunas alteraciones tanto genitourinarias como cognitivas.

Palabras Clave: ketamina, hoyo de la keta, K-Hole, agujero K.

Abstract

Ketamine is an analgesic and anesthetic derived from phenylcyclidine, whose effect is mainly due to the blockade of NMDA receptors. In addition to its medical use, it has also been used for recreational purposes since the 1970s throughout the world and mostly in Asia. Few studies describe in detail the phenomenology associated with ketamine intoxication, which ranges from the sensation of feeling light, the absence of a sense of time, dissociation and depersonalization to psychosis. This set of manifestations is called the "K-Hole" or "Agujero-K". In addition to intoxication, there are long-term alterations such as genitourinary and cognitive alterations. In Chile, there is little

information on its recreational use in a singular way and it is usually used together with other drugs. We present a series of 3 cases of ketamine users admitted for detoxification whose descriptions of sensory-perceptive phenomena complement the concept of the "K-Hole". These users describe the "ritual" of both personal and environmental preparation of the substance for its consumption. Finally, some genitourinary and cognitive alterations are noted.

Key words: ketamine, illicit drugs, K-hole

Introducción

La *ketamina* corresponde a un analgésico y anestésico derivado de la *fenciclidina*, considerada dentro de las *nuevas sustancias psicoactivas* y que fue sintetizada con la finalidad de disminuir los «*serios efectos secundarios psicomiméticos/psicodislépticos y el potencial de abuso del fármaco original, que posteriormente se retiró del mercado en 1978*» (Zanos, 2018). Su efecto se debe al bloqueo de receptores NMDA, nicotínicos, muscarínicos, opioides, monoaminérgicos y a la modulación de canales del calcio y sodio. También inhibe la recaptación de noradrenalina, dopamina y serotonina (Morgan, 2012; Zanos, 2018).

Su uso inicial en el ámbito médico como un efectivo anestésico y analgésico disociativo, no tardó mucho en incluir el de los fines recreativos. En los años setenta, aparecen los primeros reportes que dan cuenta de lo anterior; a principios de los ochenta, nuevas formulaciones aparecen en las calles; en los noventa, reemerge en el contexto de las fiestas acid house (Dotson, 1995).

Conocido en un comienzo como «Special K», «Vitamin K», «K», «Kit-kat», «Keets», «super acid», «cut valium», o «jet» (De Luca, 2012), su uso ha persistido en el tiempo, siendo no poco común su consumo junto a otras drogas, situación que la ha llevado a conocerse en el argot popular del consumo como *Calvin Klein* (ketamina con cocaína), *Mary-K* (ketamina con marihuana) y *Mortal Kombat* (ketamina con morfina) (Royo-Isach, 2004).

1. Residente Psiquiatría adulto, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

2. Médico Psiquiatra, Servicio de Estabilización de Trastornos Adictivos, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

3. Jefe Servicio de Estabilización de Trastornos Adictivos, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

En los últimos años, ha representado una droga de abuso poco frecuente con relación a pasta base de cocaína, cocaína o marihuana en Europa y América. Se estiman prevalencias del 1,7 % y el 0,7 % en Reino Unido y Estados Unidos, respectivamente (UNODC, 2011; EMCDDA, 2011); sin embargo, al existir muchos registros contradictorios, es difícil discernir si estos reportes de bajo consumo se deben a una baja prevalencia auténtica o la ausencia de informes confiables (De Luca, 2012).

En Chile los principales estudios del área no analizan el impacto de la ketamina como droga singular, si no que la incluyen junto a otras drogas en grupos particulares, dificultando aún más el análisis de estos datos (OC de drogas, 2020; OC de drogas, 2021). El caso de Asia es diferente, dado que existen reportes que postulan a la ketamina como una de las principales drogas de abuso, en especial durante las primeras 2 décadas del presente siglo (Lee, 2013; UNODC, 2011; Hong, 2018).

Las principales fuentes de acceso serían, por un lado, los hospitales y clínicas veterinarias y, por otra, la importación desde países con una menor regulación (De Luca, 2012), como es el caso de China e India (UNODC, 2011).

La cantidad usual de ketamina utilizada en contexto de abuso de la sustancia es mayor a la dosis analgésica, estando en torno a los 3 g/kg y que puede ser inhalado, fumado, o inyectado por vía intramuscular o endovenosa (Huang, 2020).

El efecto obedece a una relación lineal que progresa desde el pensamiento referencial, la disociación y la despersonalización, hasta las experiencias psicóticas, incluidas la sensación de sentirse liviano, la distorsión del cuerpo, la ausencia del sentido del tiempo, experiencias novedosas de unidad cósmica y experiencias fuera del cuerpo (Huang, 2020). A este conjunto particular de manifestaciones sensorio-perceptivas y disociativas es lo que comúnmente se refiere como el «*hoyo de la keta*», «*K-hole*» o «*agujero K*» (Curran, 2001). Entre los efectos llaman la atención la sensación de *fundirse con el entorno*, las alucinaciones visuales, las experiencias extracorporales y las «risitas», mientras que son descritos poco atractivos los efectos de pérdida de memoria y la disminución de la sociabilidad (Muetzelfeldt, 2008; Huang, 2020); con respecto a lo anterior existen escasos estudios que describan con propiedad la fenomenología que emerge en la intoxicación por ketamina (Granda, 2022; Muetzelfeldt, 2008; Huang, 2020). En el largo plazo, finalmente, existen alteraciones somáticas que han sido extensamente descritas en la literatura médica: problemas genitourinarios, que van desde las molestias inespecíficas —conocidas como *K-cramps*— a alteraciones estructurales de la vía urinaria (Chu, 2008; Tsai, 2009; Winstock, 2012; Li, 2019; Castellani, 2020), así como también alteraciones

cognitivas en múltiples dominios (Ke, 2018; Morgan, 2012; Ding 2016, Ke, 2018, Luo, 2021).

Con el propósito de contribuir en el conocimiento de esta dependencia en nuestro medio, la presente investigación reporta una serie de casos de usuarias ingresadas a tratamiento de desintoxicación hospitalaria, en modalidad voluntaria, en el Servicio de Estabilización de Trastornos Adictivos, equipo de alta especialidad en el manejo de Adicciones del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

Desarrollo

Caso 1

Usuaria de sexo femenino de 24 años, soltera, un hijo de 4 años, con enseñanza media completa y abandono de sus estudios en diseño de vestuario tras 2 años. Antecedente médico de ligadura de trompas luego de su embarazo. Trabaja en club nocturno como bailarina y trabajadora sexual, de forma intermitente. Vive en una comuna del área norte de Santiago, con su padre e hijo. Tiene 2 hermanas. Dentro de sus antecedentes biográficos destaca la separación temprana de sus padres, cuando la usuaria tenía 4 años, motivo por el cual su madre se muda de la casa, lo que vivencia como un «abandono»; en ese entonces recibe atención psicológica por un periodo breve; actualmente su madre reside en Estados Unidos y mantienen una relación distante. Más tarde, relata haber sido víctima de abuso sexual reiterado por parte de abuelo materno, entre los 5 y 10 años de edad, el cual no fue judicializado. A los 14 años revela el abuso en su entorno familiar e inicia conductas autolíticas, tales como cortes en los antebrazos que describe como una forma de autorregularse debido a crisis intensas de angustia, motivo por el cual recibe nuevamente atención psicológica e inicia tratamiento antidepresivo (sertralina) en consultorio de Atención Primaria de Salud (APS) al que asiste durante un año y que abandona por falta de interés.

A los 16 años se realiza el diagnóstico de *trastorno por déficit de atención e hiperactividad* (TDAH), iniciando tratamiento farmacológico con metilfenidato que mantuvo durante el resto de su escolaridad. La usuaria describe como una vivencia traumática su paso por la enseñanza media, debido a una importante desadaptación social con sus compañeros al sentirse diferente, que la lleva a aislarse y presentar mal rendimiento académico. También expresa haber presentado trastorno de conducta alimentaria en éste mismo período que, de acuerdo a su descripción, sería compatible con una *anorexia nerviosa*, sin llegar a presentar complicaciones médicas. No habría recibido tratamiento específico y actualmente no estaría cursando con conductas restrictivas ni purgativas —IMC 21.8 actual—.

A los 15 años empieza el consumo de marihuana con compañeros de su colegio, que mantuvo hasta los 21 años y que usaba para «relajarse» en contexto social, pero que suspende progresivamente por aumento de sintomatología ansiosa. A los 18 años comienza el consumo de ketamina y cocaína, vía endovenosa y esnifada respectivamente, por influencia de su pareja de entonces, con fines exploratorios —«quería probar otras cosas», «por curiosidad» y de evasión —«me han pasado muchas cosas malas»—. A los 20 años se embaraza, por lo que suspende el consumo de todas las sustancias durante la gestación y la lactancia, logrando estar dos años sin consumir (su mayor período de abstinencia), recayendo por influencia de su expareja. En el año 2021 fue hospitalizada en un servicio de corta estada en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (en adelante IPH), en Recoleta, debido a un intento suicida mediante ingesta farmacológica, tras lo cual fue dada de alta y derivada para atención ambulatoria al consultorio de salud mental de su comuna (COSAM), donde recibe atención psiquiátrica hasta la fecha bajo los diagnósticos de *Trastorno por Uso de Sustancias* (TUS) y *Trastorno Limite de la Personalidad* (TLP). Desde COSAM es derivada a tratamiento residencial en una comunidad terapéutica que abandona luego de un mes en diciembre de 2022, según señala, *por aburrimiento*.

En la actualidad reporta un patrón de consumo de ketamina cada 3 a 7 días, por vía endovenosa. En cada oportunidad se aplica hasta 4 inyecciones diarias —con jeringas de insulina de 1 mL— cada hora, llegando a consumir una dosis máxima de 10 mL, recambiando la jeringa en cada oportunidad; dichas dosis las alcanzó en forma paulatina en un lapso de 2 años. Se inyecta en ambos antebrazos y manos. No reporta infecciones en los sitios de punción, no obstante, se constatan induraciones locales. Compra jeringas cargadas con ketamina —cuyo volumen no especifica—, las cuales pueden en ocasiones estar «cortadas» con suero fisiológico. Recuerda en dos ocasiones haber mezclado 0.5 mL de morfina con 0.5 mL de ketamina, combinación a la que denomina «Mortal Kombat», sin experimentar un efecto agradable, aunque no aporta mayores detalles.

Para la preparación del uso de la sustancia procura estar sola en su casa (ocasionalmente acompañada de una amistad), o espera a que todos duerman. Se inyecta en las noches entre las 22.00 hrs y las 02.00 hrs. Adornaba inicialmente su pieza con luces de navidad, pero con el tiempo dejó de hacerlo. Reproduce música de bandas como Joy Division, Cocteau Twins o Virus.

Describe que, luego de inyectarse, aparece de inmediato una «sensación mentolada» en la garganta, vibración en las orejas, visión doble o triple, percepción de objetos animados y alucinaciones visuales en las que ve a otras personas en la pieza.

Refiere una sensación de «desdoblamiento» y «viaje» a recuerdos tanto agradables como desagradables. Señala que, en general, se sentía «alegre» bajo el efecto de la sustancia y niega experimentar sentirse paranoide. Actualmente, con el consumo continuo de ketamina que retomó tras su embarazo, hace 3 años, ha dejado de experimentar estos viajes en las dosis actuales.

En cuanto a la cocaína, reporta un patrón irregular de consumo, en contexto de su trabajo en el club nocturno.

Además del consumo de ketamina y cocaína, la usuaria reporta uso de «tusi» esnifado una o dos veces al mes, ocasionalmente *popper* inhalado y en una ocasión de LSD, DMT, San Pedro y aspiración de cera en aerosol. Por último, reporta consumo de alcohol los fines de semana, mayormente vino y cerveza, y uno a dos cigarrillos de tabaco diarios.

Ingresó a desintoxicación hospitalaria al *Servicio de Estabilización de Trastornos Adictivos* (en adelante SETA) del IPH, en julio de 2023. Completó 17 días de internación, manteniéndose hemodinámicamente estable y sin presentar síntomas propios del *síndrome de abstinencia grave*. Durante su última semana de hospitalización cursó con marcados síntomas ansiosos e irritabilidad que impresionan secundarios al *craving*, sin mareos, vértigo, cefalea, náuseas o entumecimiento muscular. Por lo mismo, desde el punto de vista conductual, evoluciona tórpidamente; al inicio cooperadora y ajustada a las normas de la unidad y sin conflicto interpersonales, sin embargo, se torna crecientemente desafiante, opositora y querulante con el personal clínico de la unidad, además de irritable con otras usuarias, por lo que se aísla. Impresiona no tener claridad del motivo de su hospitalización, pese a reiterados encuadres y psicoeducación. Se aprecia importante distraibilidad y dificultad para recordar lo conversado en las intervenciones clínicas y retener información, lo que lleva a plantear como hipótesis la presencia de fallas de memoria secundarias al consumo, que la usuaria también reconoce. Se observa pérdida de la motivación que empuja a acordar su alta antes de los 21 días programados. Destacan la poca claridad con respecto a sus planes a futuro en el corto y mediano plazo, así como una escasa tolerancia a la frustración. Adicionalmente señala importante dificultad para concentrarse y jerarquizar tareas en su hogar.

Se realizó estudio general y de daño asociado al consumo. Resultados de exámenes de laboratorio en rangos normales. Pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) negativas. Electrocardiograma (ECG) normal (con QTc de 458 ms). Ecografía abdominal sin hallazgos patológicos (especialmente a nivel hepático y renal). Electroencefalograma (EEG) y tomografía computarizada (TC) de cerebro sin contraste, sin alteraciones.

Debido al alta precoz no se realiza UROTAC ni ecocardiograma transtorácico.

Se observó un nivel de motivación contemplativo para mantener su proceso de desintoxicación y para la continuidad de tratamiento tras alta, además rechaza derivación a comunidad terapéutica.

Con respecto a su tratamiento farmacológico se prioriza manejo de síntomas de abstinencia, impulsividad e insomnio con indicación de ácido valproico (NP: 75.7 µg/mL), pregabalina y quetiapina. Posteriormente se agregó topiramato para favorecer adherencia debido a preocupación de la usuaria por aumento de apetito (niega conductas purgativas). Además, se inicia tratamiento antidepresivo y antitabáquico con bupropión, sin aparición de reacciones adversas a medicamentos.

La usuaria fue derivada de forma asistida a su COSAM, para continuar el tratamiento en el *Programa Ambulatorio Intensivo* (PAI).

Caso 2

Usuaria de 24 años, soltera, sin hijos, con enseñanza media completa, sin antecedentes médicos. Trabaja en la feria vendiendo ropa y similares. También se desempeña, en paralelo, «cortando» ketamina que sus familiares venden en el barrio. Vive con su madre y hermanos. Dentro de sus antecedentes biográficos destaca encarcelamiento de su padre cuando ella tenía 4 años, luego de cumplir condena el progenitor desaparece, a los 14 años de edad de la paciente; es en relación con este evento que inicia el uso de ketamina. Al indagar más en el inicio de su consumo, ella lo atribuye al «otro trabajo de mi familia», sin embargo, sus primeras experiencias con ketamina son en contexto de fiestas electrónicas: «me gustaba el perderme, diluirme, porque cuando yo no soy yo, cuando las cosas no tienen que ver conmigo, no me pueden dañar».

La paciente, a lo largo de su historia, ha consumido dosis de entre 1 y 5 gramos de ketamina, dependiendo de la disponibilidad, su estado anímico o la magnitud de su angustia. En su discurso, frecuentemente, minimiza el consumo: «no pasa nada, esto no hace daño [...] no hay consecuencias». Usualmente consume entre 2 y 3 gramos por vía intranasal, con los que le cuesta cada vez más lograr el efecto que obtenía al inicio del mismo. Nunca se ha aventurado a utilizar otra vía de consumo, «no me gustan los pinchazos».

Al describir su ritual de consumo, señala que en un comienzo habría consistido en entrar en su cuarto, procurando disminuir al mínimo los distractores, cerrar las ventanas, cortinas y puerta,

avisando a su familia que no la molestaran. Consumía la dosis elegida de ketamina y se recostaba sobre la cama, el efecto tardaba en llegar entre 5 a 20 minutos. Lo principal eran las alucinaciones visuales y cenestésicas. Primero describe cierto grado de pérdida de nitidez en los límites de los objetos del cuarto, los que además adquirirían una coloración púrpura. Este efecto iba *in crescendo* hasta alcanzar el punto en que el techo de su cuarto era el espacio, *un espacio púrpura lleno de estrellas* al que se agregaban otros cuerpos celestes, a veces planetas, a veces cometas, a veces soles. En ese momento su cuerpo adquiría cierta ingravidez:

«No tenía peso, sin embargo, me hundía en mi cama [...] el hundirme era como una vibración, al ir vibrando me iba hundiendo en mi cama, me hundía sin hundirme, porque sabía que la cama estaba quieta [...] a veces con la vibración mi cuerpo desaparecido, se fundía con la cama: yo, la cama, la pieza, la casa, el barrio éramos uno [...] entienda, no estaba en mi cuerpo, pero todo era mi cuerpo»

A esta cúspide en la intensidad de los fenómenos sensoriales es a lo que ella llamaba «*el hoyo de la keta*».

El efecto duraba un tiempo variable, muchas veces no lo media. Una vez que cesaban los efectos, se incorporaba *ad-integrum* y continuaba con su vida. A lo largo del tiempo fue requiriendo dosis ascendentes de ketamina, «a veces 2 g, a veces hasta 5 g [...] fui aumentando de a poco por miedo, pero me motivaba el llegar a los efectos del principio». De un tiempo a esta parte refiere no estar sintiendo los efectos con la misma intensidad de antes: «como no me pegaba tanto, ya no podía ni siquiera tener un mal viaje [...] empecé a consumir para no estar mal, para no sentir [...] entonces consumía y me iba a hacer mi vida, ya no era tan potente como antes [...] como no era tan potente, ya no necesitaba preparar nada porque ni llegaba al hoyo de la keta, ni me iba en un mal viaje».

Refiere además, durante su estadía en nuestro servicio, que habría estado hospitalizada unos meses antes para estudio de una hipogastralgia cólica asociada a disuria, que emergía en el contexto del consumo de ketamina. Estuvo hospitalizada en una clínica con la finalidad de efectuar estudio médico, sin lograr precisar su diagnóstico en dicha oportunidad. Considerando la temporalidad de los dolores y la ausencia de alteraciones médicas en su estudio, hipotetizamos que estas podrían haber sido secundarias al consumo de ketamina, como lo sugiere la bibliografía al respecto.

Su hospitalización fue breve, marcada por la angustia y el *craving*, más notorio posterior a las 24 horas del cese de su consumo. A los 4 días pide su alta voluntaria, sin dar mayores motivos.

Caso 3:

Usuaría, 20 años de edad, sin antecedentes médicos ni psiquiátricos previos, soltera, sin hijos, con enseñanza media incompleta y actualmente trabaja en un puesto de feria perteneciente a su familia. Vive con su madre, padrastro y hermanastro. Dentro de sus antecedentes biográficos destaca abuso físico y sexual a los 7 años de edad por parte de su hermanastro, disfunción familiar, parentalización con abandono de estudios en segundo año de enseñanza media. Secundario a estas vivencias describe sintomatología propia de *trastorno por estrés post traumático* con imágenes intrusivas, lagunas amnésicas, ideación rumiante y sueños vividos. A los 12 años empieza el consumo de sustancias al probar marihuana. A los 18 años comenzó el consumo de ketamina, esnifada, por curiosidad en contexto de fiestas con amistades. Previo a su ingreso a SETA, se controlaba en el COSAM de su comuna, bajo el diagnóstico de trastorno ansioso y TUS, en tratamiento con sertralina y quetiapina.

En la actualidad reporta un patrón de consumo diario de 3 a 4 gramos, por al menos un año. Compra la sustancia tanto líquida, en frascos de 0.5 o 1 litro, como en polvo. En el primer caso, debe «cocinar» la sustancia para que ésta se cristalice y luego molerla para obtener el polvo; en esta modalidad reconoce que la sustancia puede ir combinada con suero fisiológico. En el segundo caso, no requiere preparación previa y puede consumirla inmediatamente.

En la preparación del uso de la sustancia procura inicialmente el consumo en su habitación, sola, durante las tardes luego de volver del trabajo. Prepara el ambiente con música tecno ya que asegura que así logra prolongar el efecto de la ketamina. Con el paso de los meses, sin embargo, refiere que consume fuera de casa, debido a problemas en el domicilio y deseos de «pensar en otra cosa y estar bien».

Describe tranquilidad, sentirse como en un «videojuego [...] mínima [...] como si fuera un avatar [...] se movían las cosas, como más allá de lo que podía ver». En ocasiones experimenta miedo, pero la mayor parte de las veces es «elevación de la mente», sensación de estar «flotando» y aumento del ánimo. Las semanas previas a su ingreso a SETA reporta haber experimentado parálisis del sueño de 3 a 4 veces por semana.

Además del consumo de ketamina, da cuenta del consumo de benzodiazepinas, suspendido 18 meses antes de la hospitalización. Detalla un consumo diario entre 10 y 12 comprimidos de clonazepam de 2 mg diluidos en jugos. Dicho consumo es motivado inicialmente de forma automedicada para reducir sintomatología angustiada. Posteriormente fue ajustando la dosis para «borrar la memoria». Más tarde, logra suspender por su

cuenta el consumo, pasando por un síndrome de abstinencia aguda —taquicardia, sudoración y angustia— y luego sintomatología ansiosa de rebote.

Ingresó a SETA en julio del 2023. Completó 18 días de desintoxicación manteniéndose hemodinámicamente estable y sin presentar síntomas graves de abstinencia. A su ingreso llevaba suspendido el consumo desde hacía una semana, por lo mismo, refirió ansiedad y cefalea secundarias desde el inicio de la hospitalización. Cursa con labilidad emocional secundaria a deseos de ver a sus familiares. Durante la segunda semana internada mantiene *craving*, síntomas de abstinencia como angustia, inquietud, cefalea, dolor abdominal, sudoración y sueños relacionados al consumo, por lo que se ajusta farmacoterapia con buena respuesta. La usuaria se mantuvo cooperadora y ajustada a normas de la unidad y sin conflictos interpersonales. Expresa estar motivada para continuar el proceso de rehabilitación luego de su alta por lo que se realiza la gestión para derivarla a comunidad terapéutica.

Se realizó estudio general y de daño asociado a consumo. Se tomaron exámenes de laboratorio normales. Pruebas de ETS negativas. ECG normal (QTc 425 ms). EEG y TAC de cerebro sin contraste sin alteraciones.

Con respecto a su tratamiento farmacológico, para manejo de los síntomas de abstinencia e insomnio, se indican lorazepam, pregabalina y quetiapina.

Al momento de confeccionar este trabajo, la usuaria se encuentra en tratamiento ambulatorio en su COSAM.

Discusión

En cada uno de estos casos, es posible identificar elementos descritos en la literatura médica, acerca de los cambios perceptivos durante la intoxicación aguda por el uso de ketamina, así como también, elementos relacionados con las consecuencias a largo plazo del uso constante de esta que analizaremos a continuación.

Fenómenos agudos

Podemos enmarcar algunas de las descripciones sensorio-perceptivas de las usuarias dentro del concepto de «agujero-K» (*K-hole*). Por ejemplo, en el primer caso se identifican, inicialmente, sensaciones corporales como la «sensación mentolada en la garganta» y *vibración* en las orejas. Además, se identifican distorsiones perceptivas del entorno como la visión doble, los «objetos animados» y las alucinaciones visuales de otras personas. Luego hace alusión a fenómenos disociativos más categóricos como la sensación de «desdoblamiento» (despersonalización) y el «viaje a

recuerdos» (desrealización) (Fig. 1, Fig. 2). En el caso de la segunda usuaria, del mismo modo, se logran identificar cambios en la percepción corporal como sensación de ingravidez, vibrar, hundirse (en la cama) y fundirse, perderse o diluirse con el entorno o estar fuera del cuerpo o «no ser yo», que pueden enmarcarse como las experiencias de unidad cósmica y experiencia extracorporales descritas en la literatura. En este caso, es la paciente quien logra identificar este punto de la experiencia como «el hoyo de la keta» (Fig. 3). Además, al igual que en el primer caso, da cuenta también de distorsiones visuales del entorno como la «pérdida de nitidez en los límites de los objetos» y la «coloración purpúrea» de estos. En esa misma línea describe alucinaciones visuales cósmicas en el techo de su cuarto. Finalmente, en el caso de la tercera usuaria se hace posible especular sobre la naturaleza de los fenómenos sensorio-perceptivos descritos. El sentirse «mínima» o como en un «videojuego» —«como si fuera un avatar»— puede ser entendido como fenómenos de despersonalización y desrealización. Da cuenta igualmente de sensaciones corporales como el flotar, la «elevación de la mente» y de cambios en la percepción del entorno, como, por ejemplo, el ver que las cosas se mueven.

Cabe destacar que dentro de las descripciones aportadas también se incluyen algunos cambios afectivos que incluyen un amplio espectro que va desde la alegría y el aumento del ánimo, pasando por la sensación de tranquilidad, hasta la sensación de miedo.

Uno de los aspectos más interesantes dentro de las descripciones aportadas por las usuarias en esta serie, es la marcada influencia del ritual de consumo en la modulación de la experiencia placentera con la ketamina. La observación de que el entorno y la preparación del consumo juegan un papel significativo en la calidad de la experiencia, subraya la compleja interacción entre factores psicológicos y fisiológicos en el consumo de sustancias psicoactivas. Esta arista arroja luz sobre la necesidad de considerar el entorno y los rituales asociados con el consumo de ketamina en la evaluación de sus efectos y sus implicaciones, ya que, a medida que el consumo de ketamina se mantiene en el tiempo, tal como suele ocurrir con el consumo de otras sustancias adictivas, la capacidad de la sustancia para inducir efectos intensos y placenteros disminuye, lo que a su vez puede llevar a una pérdida gradual del ritual de consumo y un aumento subsecuente de dosis. Este fenómeno plantea cuestiones importantes en cuanto a cómo los individuos gestionan sus experiencias con ketamina a lo largo del tiempo y cómo la tolerancia puede influir en la relación general con la sustancia, siendo entonces la desaparición de los rituales de consumo un posible marcador de tolerancia, como se describe en el caso 2.

Alteraciones asociadas al uso crónico:

En esta serie de casos podemos comprobar la presencia de algunas de las alteraciones cognitivas y genitourinarias reportadas en la literatura. En el primer caso, si bien, no se pudo implementar una batería de pruebas neuropsicológicas formales, pudimos constatar como equipo tratante la presencia de fallas de memoria al entregar indicaciones o abordar distintas temáticas con la paciente durante la hospitalización, que transcurrido solo un día la paciente no lograba recordar. Reconoce también dificultades en funciones ejecutivas en su casa, previo a la hospitalización, que pudieran ser también atribuidas al antecedente diagnóstico de TDAH —cuya evaluación formal se diferió debido al escaso tiempo de abstinencia —.

En el caso de la segunda paciente, se aporta el antecedente de una reciente hospitalización en una clínica para estudio de una hipogastralgia cólica asociada a disuria leve, sin causa médica probada. Considerando tanto la temporalidad de la aparición de este cuadro, así como la descripción, nos parece que estos síntomas pueden atribuirse a contracciones involuntarias de la musculatura vesical gatilladas por ketamina, los denominados «*K-cramps*» descritos en la literatura revisada.

Conclusiones

Como se mencionó al inicio, existe escasa literatura que describe fenomenológicamente la experiencia que viven los usuarios que consumen ketamina. Este estudio busca, mediante las descripciones aportadas por usuarias de ketamina, enriquecer el concepto de «*agujero K*» y familiarizar al personal de salud con la terminología empleada, las formas de uso, acceso y rituales usados en el medio local.

Sobre las alteraciones asociadas a su abuso, y descritas a propósito de tratarse de una sustancia emergente en nuestro medio, cabe reforzar la necesidad de educar sobre las consecuencias del uso de la ketamina a profesionales de la salud y a la población general, especialmente considerando el hecho de que, justamente hoy en día, se están llevando a cabo protocolos de intervención terapéutica con dicha sustancia en distintos centros hospitalarios. Como se detalla en esta serie de casos, la percepción del riesgo de las usuarias es baja y el conocimiento de las consecuencias del uso crónico es escaso.

Esta brecha demuestra la necesidad urgente de investigaciones en el campo de las drogas psicoactivas, particularmente en un entorno cultural y lingüístico diverso. Abordar este vacío no solo contribuiría al conocimiento de la comunidad médica y científica, sino que también educaría y sensibilizaría al público sobre los riesgos relacionados con la ketamina, una droga con-

cebida, según lo descrito por nuestros pacientes como inocua y sin efectos adversos relevantes.

Con respecto al consumo a nivel país, el presente trabajo arroja una serie de resultados significativos y preocupantes. Aunque en Chile el empleo de ketamina no ha alcanzado los niveles observados en otras regiones, como Asia, se vislumbra un escenario propenso a cambios debido a diversos factores convergentes. La progresiva reducción de los costos de la ketamina, la baja percepción de riesgos entre la población con relación a sustancias alucinógenas y el emergente interés por explorar

nuevas sustancias, colectivamente configuran un entorno propicio para la potencial proliferación del consumo de ketamina como droga de abuso en nuestro país.

Finalmente, esperamos que las descripciones y conclusiones aportadas en este estudio representen un avance en la comprensión de la fenomenología y de las alteraciones asociadas al uso de la ketamina. Estimamos de interés, en materia de salud pública, estar en conocimiento de las nuevas sustancias psicoactivas emergentes en nuestro país.

Referencias

- Zanos, P., Moaddel, R., Morris, P. J., Riggs, L. M., Highland, J. N., Georgiou, P., & Gould, T. D. (2018). Ketamine and ketamine metabolite pharmacology: insights into therapeutic mechanisms. *Pharmacological reviews*, 70(3), 621-660.
- Dotson, J. W., Ackerman, D. L., & West, L. J. (1995). Ketamine abuse. *Journal of Drug Issues*, 25(4), 751-757.
- De Luca, M. T., Meringolo, M., Spagnolo, P. A., & Badiani, A. (2012). The role of setting for ketamine abuse: clinical and preclinical evidence. *Reviews in the Neurosciences*, 23(5-6), 769-780.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2011) World drug report. http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf. Accessed 24 jul 2023
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2011) 2011 Annual report on the state of the drugs problem in Europe. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143743_EN_EMCDDA_AR2011_EN.pdf. Accessed 24 jul 2023
- Hong, Y. L., Yee, C. H., Tam, Y. H., Wong, J. H., Lai, P. T., & Ng, C. F. (2018). Management of complications of ketamine abuse: 10 years' experience in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 24(2), 175.
- Granda, Atahualpa & Acuña, Luis. "Ketamina:" Una apuesta con tu mente" Reporte de caso.(2022)" *PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL* 39.1/2: 71-75.
- Curran, H. V., & Monaghan, L. (2001). In and out of the K-hole: a comparison of the acute and residual effects of ketamine in frequent and infrequent ketamine users. *Addiction*, 96(5), 749-760.
- Muetzelfeldt L, Kamboj SK, Rees H, Taylor J, Morgan CJ, Curran HV (2008) Journey through the K-hole: phenomenological aspects of ketamine use. *Drug Alcohol Depend* 95:219-229
- Huang, M. C., & Lin, S. K. (2020). Ketamine abuse: past and present. *Ketamine: from abused drug to rapid-acting antidepressant*, 1-14.
- Morgan, C. J., Curran, H. V., & Independent Scientific Committee on Drugs (ISCD). (2012). Ketamine use: a review. *Addiction*, 107(1), 27-38.
- Ke, X., Ding, Y. I., Xu, K. E., He, H., Wang, D., Deng, X., ... & Fan, N. (2018). The profile of cognitive impairments in chronic ketamine users. *Psychiatry research*, 266, 124-131.
- Ding, R., Li, Y., Du, A., Yu, H., He, B., Shen, R., ... & Wu, X. (2016). Changes in hippocampal AMPA receptors and cognitive impairments in chronic ketamine addiction models: another understanding of ketamine CNS toxicity. *Scientific reports*, 6(1), 38771.
- Luo, Y., Yu, Y., Zhang, M., He, H., & Fan, N. (2021). Chronic administration of ketamine induces cognitive deterioration by restraining synaptic signaling. *Molecular Psychiatry*, 26(9), 4702-4718.
- Chu, P. S. K., Ma, W. K., Wong, S. C. W., Chu, R. W. H., Cheng, C. H., Wong, S., ... & Man, C. W. (2008). The destruction of the lower urinary tract by ketamine abuse: a new syndrome?. *BJU international*, 102(11), 1616-1622.
- Tsai, T. H., Cha, T. L., Lin, C. M., Tsao, C. W., Tang, S. H., Chuang, F. P., ... & Chang, S. Y. (2009). Ketamine-associated bladder dysfunction. *International journal of urology*, 16(10), 826-829.
- Winstock, A. R., Mitcheson, L., Gillatt, D. A., & Cottrell, A. M. (2012). The prevalence and natural history of urinary symptoms among recreational ketamine users. *BJU international*, 110(11), 1762-1766.
- Li, C. C., Wu, S. T., Cha, T. L., Sun, G. H., Yu, D. S., & Meng, E. (2019). A survey for ketamine abuse and its relation to the lower urinary tract symptoms in Taiwan. *Scientific reports*, 9(1), 7240.
- Castellani, D., Pirola, G. M., Gubbiotti, M., Rubilotta, E., Gudaru, K., Gregori, A., & Dellabella, M. (2020). What urologists need to know about ketamine-induced uropathy: a systematic review. *Neurourology and Urodynamics*, 39(4), 1049-1062.
- Royo-Isach, J., Magrané, M., Domingo, M., & Cortés, B. (2004). La «keta»(ketamina): del fármaco a la droga de abuso. *Clínica biopsicosocial del consumidor y algunas propuestas terapéuticas. Atención primaria*, 34(3), 147.
- Zanos, P., Moaddel, R., Morris, P. J., Riggs, L. M., Highland, J. N., Georgiou, P., ... & Gould, T. D. (2018). Ketamine and ketamine metabolite pharmacology: insights into therapeutic mechanisms. *Pharmacological reviews*, 70(3), 621-660.
- Observatorio Chileno de drogas (2020). Décimo cuarto Estudio Nacional de drogas en población general de Chile 2020. Santiago de Chile: SENDA. Extraído en: <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2022/03/ENPG-2020-WEB.pdf>
- Observatorio Chileno de drogas (2021). Décimo cuarto Estudio Nacional de drogas en población escolar de Chile, octavo básico a cuarto medio. Santiago de Chile: SENDA. Extraído en: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2023/07/14_EstudioDrogas_Poblacion_Escolar.pdf

Creación Dr. García-Campo, en base a la información.

Figura 1

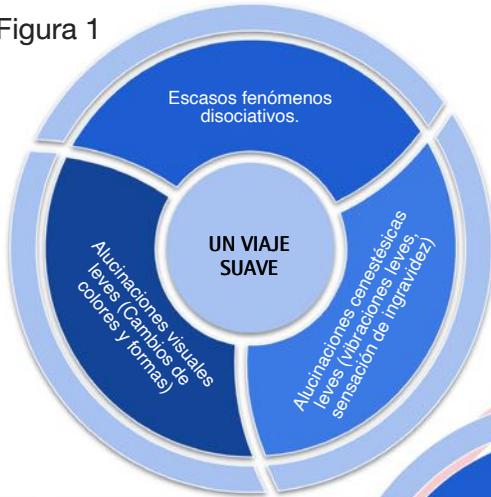


Figura 2

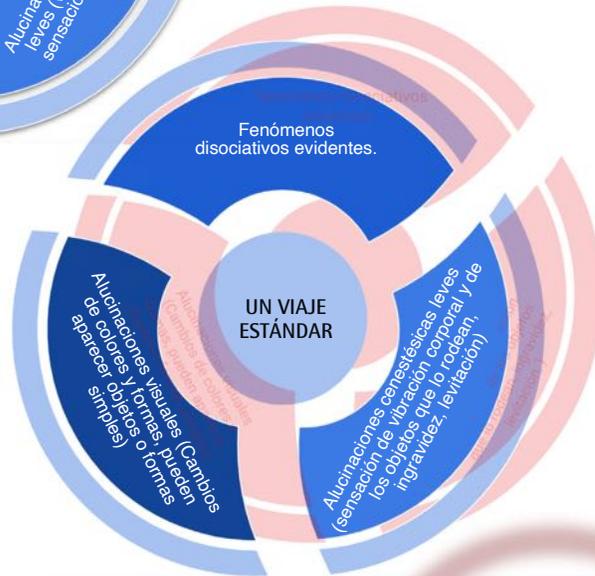
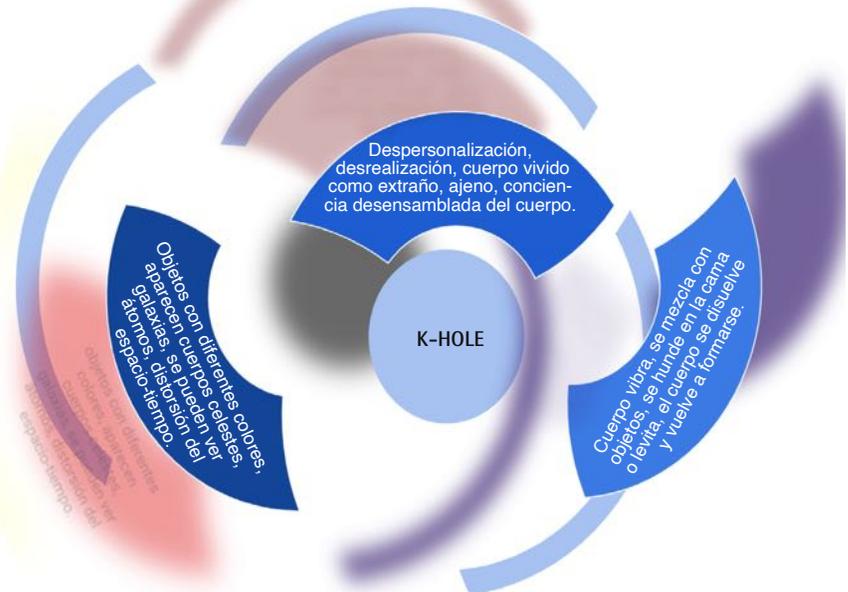


Figura 3



Trabajo de revisión:

La migración internacional como factor de riesgo en salud mental. El caso de Chile.

Eric Tomás Sánchez Oyarzo¹

Resumen

Chile es actualmente visto como un país que permite un proyecto de vida prometedor para los otros países del continente. Los grupos de migrantes que ingresan al país en los últimos años dan cuenta de esto. Y, si bien el debate en torno a si la migración es en sí misma un fenómeno que afecta la salud mental del individuo que migra a un nuevo país no es un tema zanjado, es sabido que existen ciertos determinantes asociados al fenómeno que sí podrían afectar la salud mental del migrante. Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud del país reconocen en los migrantes internacionales un grupo de riesgo al hablar de salud mental. Desde la revisión del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 del país y de artículos asociados a migración y salud mental, se sugiere problematizar en torno a los enfoques de las políticas nacionales de migración y la atención clínica de este grupo.

Palabras clave: Migración internacional, Salud mental, Política pública intercultural

International migration as a risk factor in mental health. The case of Chile.

Abstract

Chile is currently seen as a country that offers a promising life project for other countries on the continent. The groups of migrants who have entered the country in recent years attest to this. While the debate on whether migration itself is a phenomenon that affects the mental health of individuals who migrate to a new country is still unresolved, it is known that there are certain determinants associated with the phenomenon that could indeed affect the mental health of migrants. Therefore, the World Health Organization and the country's Ministry of Health recognize international migrants as a risk group when it comes to discussing mental health. Based on the review of the National Mental Health Plan 2017-2025 and articles related to migration and mental health, it is suggested to problematize the approaches of national migration policies and clinical care for this group.

Keywords: International migration, Mental health, Intercultural public policy

Introducción

El objetivo del presente documento es realizar una revisión de textos en torno a la migración internacional como un factor de riesgo de la salud mental, adentrándose en la realidad de Chile. Este grupo (migrantes internacionales) es reconocido por la Organización Mundial de la Salud y por el Ministerio de Salud del país como uno de los grupos de riesgo al comparar los determinantes sociales de su entorno, los cuales podrían afectar su salud mental.

El país ha realizado intentos por generar políticas (no solo en salud mental) para abordar el fenómeno migratorio que enfrenta el país. Aun así, considerando que la cifra de migrantes internacionales ha aumentado considerablemente en los últimos años, se hace necesaria una revisión del documento elaborado por el Ministerio de Salud (Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025) y de estudios en torno a la temática, considerando la interculturalidad como eje transversal de la salud mental, como política y también como práctica clínica.

Si bien existe carencia de estudios que sean claros en cuanto a poder determinar un vínculo directo entre migración y trastornos de salud mental, como también desconocimiento acerca de la verdadera situación de los migrantes que han llegado al país (en cuanto a su salud mental), aquellos profesionales que han aventurado estudios en torno a esta temática dan cuenta de hechos de discriminación, frenos institucionales, desconocimiento del migrante en cuanto a sus derechos, mala inserción laboral y social, e incluso, necesidades de capacitar y reformar el ejercicio clínico de los profesionales de la salud mental del país en cuanto a atención de migrantes.

A la luz de esta revisión bibliográfica se sugiere ampliar las líneas de acción del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, en función de las necesidades de los migrantes internacionales que llegan al país, quienes para poder desarrollarse en plenitud y poder aportar de mejor forma al país necesitan de la acción

1. Sociólogo, Universidad de la Frontera

del Estado para poder integrarse de mejor forma a la sociedad chilena.

Salud mental como fenómeno en el mundo y en Chile

La salud mental es hoy en día uno de los principales problemas que aquejan al mundo. Ya hacia el año 2004 los trastornos mentales, neurológicos y las consecuencias que de ellas se desprenden alcanzaban el 13% de la carga mundial de morbilidad (OMS, 2013). Hoy en día, vivimos en un mundo post pandemia de COVID-19, fenómeno mundial que, a partir de 2020, aumentó las cifras de problemas asociados a mala salud mental. Según la OMS (2022), sólo en el primer año de la pandemia, los problemas más comunes de salud mental –como la ansiedad y la depresión– aumentaron en un 25%. Esto debe considerarse que en 2019 existían 970 millones de personas con algún trastorno mental (2021).

Más allá de lo complejo que es tener que convivir con alguna enfermedad o trastorno que afecte su salud (son más propensos a contraer cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc.) las personas que sufren alguno de estos trastornos también ven afectada su calidad de vida, producto de las consecuencias económicas y sociales que conlleva vivir con algún problema de salud mental; la Organización Mundial de la Salud afirma que con frecuencia los trastornos mentales suelen hundir a las personas y a las familias en la pobreza. Al mismo tiempo, estas personas sufren discriminación, estigmatización y la carencia de servicios de salud que puedan recoger, apoyar y superar estos trastornos, impidiendo poder tener un desarrollo efectivo de sus capacidades en su vida cotidiana (OMS, 2013).

Nuestro país no se encuentra exento de estos problemas. Es más, la salud mental en Chile es reconocida como un fenómeno a considerar, por lo que se cuenta con programas, enfoques y acciones para enfrentar esta problemática desde los años 90. Los programas que desde esa fecha se han creado cuentan, cada uno, con un enfoque determinado para abordar la salud mental de los integrantes del país, pero es a partir del año 2005 que el enfoque para abarcar los problemas asociados a la salud mental acoge una mirada que traspasa el individuo y recoge a la comunidad (el entorno) como un espacio fundamental al momento de afrontar medidas para abarcar el fenómeno (Ministerio de Salud, 2017).

La última serie de acciones a realizar están contenidas en el "Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025", el cual reconoce que el problema para enfrentar este fenómeno iría más allá de las acciones que se aplican para mejorar la salud mental de las personas, sino que estarían relacionadas con lo que la OMS

define como los determinantes sociales de la salud mental, y más específicamente, "los determinantes sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad" (OMS, 2013, p.7). Esto sugiere la posibilidad de que existan grupos que se vean afectados por la ausencia o las malas prácticas en torno a alguna de estas variables.

Tal como reconoce la Organización Mundial de la Salud (2013) y también el Estado chileno (Ministerio de Salud, 2017) existen grupos que son más propensos a padecer algún tipo de trastorno asociado a una mala salud mental, en función no solo de factores biológicos, sino también por alguno de los determinantes mencionados. En el territorio nacional existen, actualmente, grupos que están más propensos a sufrir algún problema asociado a su salud mental; entre estos grupos se puede reconocer a las mujeres embarazadas y las mujeres en períodos post parto, adolescentes, población indígena y también población migrante (Ministerio de Salud, 2017). Si bien existen más grupos de riesgo en nuestro país, los mencionados con anterioridad son aquellos que podrían necesitar de un mayor apoyo público para afrontar su prevención y recuperación de algún trastorno o enfermedad mental.

Al mismo tiempo, si bien no se pretende invisibilizar a los demás grupos de riesgo, como tampoco a toda persona que integra el territorio nacional, la ausencia de estudios acerca de la condición de salud mental de los migrantes internacionales en Chile (Carreño et al., 2020), la necesidad de ampliar los marcos analíticos de las consultas clínicas (Rico, 2018), entre otros factores, así como la existencia de factores de riesgo, como discriminación, mala inserción laboral y social, que podrían afectar la salud mental de la población migrante del país (la cual alcanza cifras muy altas en la actualidad) es que se hace necesario generar insumos de conocimiento que puedan aportar a generar políticas pertinentes que logren abordar este fenómeno de mejor manera.

La migración internacional como factor de riesgo en salud mental

Desde los años noventa Chile ha comenzado a constituirse como un destino de los diversos grupos que migran en el continente (Galaz et al., 2017). Chile es un país atractivo para migrantes dentro de la región, ya que tiene cifras económicas que dan cuenta de un país que ofrece posibilidades de proyectarse en el futuro (Thomazy, 2020). Es por esto que actualmente, el país cuenta con una alta tasa de migrantes internacionales que ingresan en busca de asentarse e integrarse a una nueva vida en el territorio; hacia el año 2022, se estima que en Chile hay 1.625.074 de migrantes (2023).

Es necesario entender que los procesos de migración se pueden generar por distintos factores. Estos procesos nunca son fáciles y quienes se mueven de un territorio a otro deben ser integrados de forma correcta a su nuevo país. Más allá de poder concluir si la migración es el proceso que genera problemas de salud mental o si las personas con problemas de salud mental son más propensas a migrar, hay evidencia que permite afirmar que ambos fenómenos están estrechamente relacionados (Borjorquez, 2015). Es sabido que emprender un proceso migratorio enfrenta a situaciones de estrés, como el distanciamiento de núcleos familiares y comunitarios, la superación de dificultades económicas, entre otros (Mera, Bilbao y Martínez, 2020), una vez llegado al nuevo país. Es por esto que la no superación y la dificultad para enfrentar alguna de estas situaciones de estrés, se podría transformar en una realidad adversa para el migrante, afectando directamente su salud mental.

Ahora bien, es sabido que los problemas que genera la migración no siempre son a causa del fenómeno en sí mismo; son las políticas sociales migratorias las que construyen migración, en directa relación con el trato que entregan a estos. Los análisis realizados hasta ahora en Chile, en relación con las políticas públicas vinculadas a la migración han puesto en relieve ciertos nudos críticos que deben ser abordados. Principalmente la inexistencia de políticas específicas que atiendan a las necesidades de la población inmigrada (Galaz et al., 2017). Sin políticas adecuadas, los migrantes siempre verán imposibilitada una buena integración al país. Tal como menciona Galaz et al. (2017), en cuanto a la integración de una persona o un colectivo a la sociedad:

"...pasaría por diversos niveles de accesibilidad en cuanto: a) acceso garantizado a la ciudadanía y a los derechos económicos, políticos y sociales correspondientes a la misma, así como posibilidades de participación efectiva; b) la conexión y solidez de las redes de reciprocidad social, ya sean estas de carácter afectivo, familiar, vecinal o comunitario; y c) participar del espacio de la producción económica y muy especialmente del mercado de trabajo en igualdad de condiciones" (p.176)

Frente a esto último, se debe reconocer que la situación de los migrantes que llegan al país no puede calificarse como positiva. Una vez que estos grupos llegan, existen variables económicas, sociales y estructurales que empobrecen su situación (Becerra y Altimir, 2013). Por ejemplo, es sabido que la mayor parte de migrantes que llegan al país están en edad económicamente activa, por lo cual se deduce que el principal motivo para migrar es la posibilidad de insertarse laboralmente y mejorar su calidad de vida (Galaz et al., 2017). Aun así, el país no facilita la integración laboral de sus migrantes, a pesar de la alta tasa de

profesionales (médicos, ingenieros, técnicos, etc.) y las positivas consecuencias que estos profesionales podrían traer al país (Thomazy, 2020).

Las condiciones desfavorables en el empleo, ingresos económicos y escolaridad, entre otros, se presentan como factores de riesgo en términos de salud mental para las personas (Urzúa, Boudeon y Caqueo, 2017). Es probable que estos fenómenos sean situaciones y características propias de una realidad nacional, y que afecte a todos los integrantes del territorio nacional, pero si la situación de la salud mental afecta a los connacionales, afecta de sobremanera a las personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiados en necesidad de atención (Becerra y Altimir, 2013).

Al mismo tiempo, los migrantes que llegan al país deben enfrentarse a otra situación que también podría afectar su salud mental: tratos discriminatorios. Si bien existen estudios que dan cuenta de una realidad distinta, estos deben interpretarse entendiendo factores que podrían disminuir la percepción de discriminación de estos grupos, a pesar de la evidencia que entregan otros estudios. Estudios como el de Mera et al. (2020), quienes aseguran que no existiría una carencia de bienestar psicológico latente en migrantes latinoamericanos en el país, o el caso del estudio de Lahoz y Forns (2016), orientado a migrantes peruanos viviendo en Santiago, darían cuenta de que no existiría una percepción de discriminación individual por parte de este grupo, pero que al mismo tiempo, esto podría interpretarse desde la mirada de que estos mismos individuos minimizarían las muestras de discriminación porque eso sería psicológicamente beneficioso para ellos. Al negarlo, evitarían el estrés (Lahoz y Forns, 2016).

Por otro lado, la Segunda Consulta Nacional de Discriminación (2021) menciona que un 46% de los encuestados ha sufrido discriminación y que, entre los principales grupos que la ha sufrido, se encuentran los migrantes internacionales (principalmente latinoamericanos). Por su parte, el Centro Nacional de Estudios migratorios, en su informe "Búsqueda del Primer Empleo de la Población Migrante en Santiago de Chile" (2023) dan cuenta de las dificultades para ingresar a trabajos formales y diversificar la oferta laboral de los migrantes latinoamericanos. Este mismo centro también da cuenta de las situaciones de discriminación que viven los migrantes latinoamericanos en el informe "Discriminación Laboral de los Migrantes en Chile" (2022), donde perciben que en sus trabajos el ser migrante es un obstáculo y que, en términos generales, la mitad de los encuestados creen que son asociados a actividades delictuales e ilícitas.

Otro estudio, realizado en el norte del país (Antofagasta), daría cuenta de que los migrantes que allí habitan experimentarían una incomodidad general con su nueva vida, donde las relaciones sociales que establecen en términos familiares, en ámbitos laborales, escolares, comunitarios y sociales serían situaciones desfavorables, principalmente porque deben ajustarse a ciertos roles en estos ámbitos y tendrían dificultades para hacerlo (Urzúa, Boudon y Caqueo, 2017).

Al mismo tiempo, los grupos de refugiados y solicitantes de asilo también sufren experiencias de discriminación, rechazo y dificultades para sentirse incluidos, como también descalificaciones profesionales, lo cual también afectaría su salud mental (Carreño et al., 2020).

Es importante mencionar que el contexto en el cual se genera el encuentro entre dos grupos -que puede generar modificaciones reactivas en ambos- es un espacio de posible conflicto. Este proceso se denomina aculturación (Urzúa et al., 2017). Estudios como el de Carreño et al. (2020) dan cuenta de que existirían dificultades en este proceso (principalmente en solicitantes de asilo), ya que existiría una sensación de no pertenecer a ninguna parte. Aquellos inmigrantes que buscan ser asimilados por la cultura (dejando de lado sus tradiciones y costumbres de origen) tienen una mayor inconformidad con su vida que aquellos que buscan la integración (biculturalidad) como estrategia de aculturación. Mientras que aquellos que optan por la separación (menor grado de interacción con la cultura del lugar), manteniendo su pertenencia e identidad a través del contacto permanente con sus propios connacionales presentan mucho menor grado de insatisfacción con respecto a su vida (Urzúa et al., 2017).

También es necesario mencionar que estudios como el de Mera et al. (2020) darían cuenta de la existencia de una apertura hacia la articulación de las pautas culturales entre migrantes internacionales y la cultura chilena. Aunque, al igual que los estudios que manifiestan la inexistencia de tratos discriminatorios hacia los migrantes, deben entenderse bajo la posibilidad de comportamientos regulados por la necesidad de integrarse de manera forzada a las pautas culturales del país, por parte de los grupos migrantes, no debe dejarse de lado que el desarraigo del país de origen y el shock cultural están entre las principales causas de las problemáticas de los inmigrantes usuarios de salud mental (Rico, 2018).

Ahora bien, la discriminación no viene solo desde los espacios comunes o "la vida diaria", las ideas estereotipadas hacia los migrantes también vienen desde los servicios públicos: existe un trato por parte de estos organismos que pondría de manifiesto

una jerarquización en la cuales unos sujetos (chilenos) tendrían más derechos que otros (extranjeros) (Galaz et al., 2017). Esta jerarquización también traspasaría hacia los mismos grupos de migrantes, ya que existe una marcada diferencia entre aquellos migrantes venidos desde Europa y Estados Unidos (llamados extranjeros) y aquellos grupos provenientes desde países del continente (llamados migrantes) (Rico, 2018). Esta tensión se extendería también hacia los grupos denominados "migrantes" y aquellos denominados "refugiados" (Carreño et al., 2020), a pesar de que, si bien se considera la voluntad de migración como la clave para esta distinción, no existiría una línea marcada que pueda separar ambos modos de traslado.

Más allá de la tensión y jerarquización que desenvuelve el trato hacia estos grupos, todos presentan dificultades al momento de integrarse al país. No solo por la mala inserción laboral y los tratos discriminatorios; también los migrantes ven condicionados su acceso a salud, no solo por los impedimentos que presenta la propia estructura de servicios públicos del país, sino que también existiría desconocimiento generalizado acerca de los programas a los que pueden acceder (Galaz et al., 2017). Estas dificultades también se extienden a los grupos de refugiados y solicitantes de asilo (Carreño et al., 2020). Esto último también produciría dificultades de acceso a salud, tanto en salud primaria (Galaz et al., 2017) como también en salud secundaria (Carreño et al., 2020).

El caso de Chile

Sería imposible desconocer que en Chile se realizan acciones para abordar el fenómeno de la salud mental. La complejidad que conlleva el fenómeno muchas veces dificulta la voluntad institucional que existe en los programas y planes para salud mental del país. Eso debe tenerse en cuenta al momento de realizar cualquier revisión crítica de los instrumentos estatales. Aun así, el resultado que emerge de este ejercicio puede ser igualmente beneficioso para la creación, aplicación o evaluación de estos programas. El último lineamiento del Estado para trabajar en pos de una mejor salud mental en el país está contenido en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, el cual establece que la salud mental es "la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común" (Ministerio de Salud, 2017, p.31). Al mismo tiempo, el enfoque desde el año 2005 del sistema de salud público chileno se organiza bajo el modelo integral de salud familiar y comunitaria; este enfoque busca considerar a las personas como seres sociales, pertenecientes a diferentes tipos de familias y comunidades y que están en constante pro-

ceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (Ministerio de Salud, 2016).

Es por esto último que el porvenir de las personas con discapacidad mental, según el Ministerio de Salud (2017) depende más de la inclusión social y el ejercicio de la ciudadanía que de la atención psiquiátrica. Y es, al mismo tiempo, el enfoque que permite reconocer en este documento a los grupos de migrantes internacionales como uno de los focos críticos al momento de reconocer los factores culturales y sociales que podrían afectar la salud mental. El Plan reconoce que, al momento de migrar, las personas se ven enfrentadas a los peligros y el estrés del desplazamiento y las dificultades para integrarse al país. Al mismo tiempo, problemas con el lenguaje, situaciones de pobreza, marginación, escaso o nulo acceso a prestaciones sociales, ausencia de redes, entre otros, afectarían la integración de los migrantes al país (Ministerio de Salud, 2017). Frente a esto, el enfoque de derechos en las políticas de salud mental sería imprescindible.

Ahora bien, tal como menciona Galaz et al. (2017) el enfoque de derechos humanos emerge en el discurso de los estamentos públicos a modo de discurso ético y no como una práctica concreta respecto a las políticas orientadas a la población migrante. Lo escaso de las acciones que buscan coherencia con los planes que propone este documento traspasarían más allá del enfoque de derechos o la escasez de acciones orientadas hacia prevenir y abordar la salud mental en migrantes. Gatica et al. (2020) afirma que las propuestas del ministerio a través del Plan de Salud Mental son utópicas, una especie de manifiesto de trabajo, sin que existan los recursos económicos para su implementación. Lo cual se condice con lo expuesto por el mismo documento, el cual menciona que el gasto público en salud mental en el país llega solo al 2,4% del gasto total en salud, lo cual estaría incluso por debajo de la recomendación mínima de la OMS (Ministerio de Salud, 2017).

Esta podría ser la razón de la escasez de un plan específico de acción hacia algunos grupos de riesgo, como el caso de los migrantes. Si bien, se reconocen a los facilitadores interculturales existentes y a los facilitadores lingüísticos de la APS, no existiría, más allá de eso, una acción clara para mediar la situación riesgosa que viven los migrantes internacionales. A pesar de que según el plan de acción de Plan Nacional de Salud Mental afirma que no existe un desarrollo técnico adecuado en la atención de los migrantes y que para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria se debe considerar una perspectiva intercultural (Ministerio de Salud, 2017), las líneas de acción no visualizan una claridad metodológica que pueda conllevar a este resultado.

La atención clínica

Existe, más allá de la línea de acción estatal, otra arista que merece ser revisada, sobre todo si se busca proponer un panorama más amplio de la situación de la salud mental de los migrantes internacionales que habitan en el país. El espacio de atención clínica en que se desenvuelven los migrantes que son usuarios de salud mental es también un espacio que llama la atención por las limitaciones que presenta. Carreño et al. (2020) afirman que existe evidencia acerca de la inexistencia en Chile de servicios públicos de salud mental preparados para la atención de las necesidades específicas de la población en situación de refugio.

En concordancia con lo anterior, en un estudio realizado por Rico (2018) a psicoterapeutas, estos afirman que las mayores dificultades al momento de la atención a pacientes inmigrantes se generan desde la rigidez del encuadre psicoanalítico. Esto no es ajeno, ya que tal como dice Vaillant (2012), si ponemos la interculturalidad como un eje en la salud mental existirían dudas acerca de la transversalidad de esta. Este autor afirma que la salud mental positiva se genera en un determinado contexto; esto es que, si bien existen modelos y herramientas para trabajar la salud mental desde perspectivas generales, es posible que existan elementos que deban ser dinámicos, incluso en espacios terapéuticos. A pesar de que Rico (2018) afirma que las propias habilidades blandas de los psicoterapeutas son fundamentales para llevar a cabo las instancias clínicas con migrantes, esta misma autora plantea la necesidad de capacitar a los terapeutas en ámbitos migratorios.

Carreño et al. (2020) también plantean que es necesaria la capacitación a operadores psicosociales en el trabajo clínico con población que ha sido expuesta a persecución y violencia sistemática, que integren a mediadores culturales capaces de acercar los diversos universos de interpretación a los que pueden estar vinculadas experiencias de sufrimiento psíquico.

Un ejemplo claro de esto se puede apreciar en un estudio que abarcó 63 casos, combinando migrantes y refugiados y solicitantes de asilo, el cual dejó en manifiesto la incapacidad que tienen los terapeutas para abordar temáticas de raza y cultura en terapia, principalmente porque están directamente relacionados con la propia identidad cultural y familiar del terapeuta. Frente a esto se destaca la necesidad de encuentros intersubjetivos de negociación intercultural en contextos interculturales de clínica, como también la necesidad de incluso, construir diagnósticos en conjunto (entre terapeutas y pacientes). También se puso de manifiesto la necesidad de hablar explícitamente en la terapia de la diferencia cultural entre terapeutas y paciente (Becerra y Altimir, 2013).

Por otro lado, el rol que llevan a cabo los terapeutas traspasa el ejercicio natural de su profesión. Rico (2018) menciona el rol agencial que también llevan a cabo, el cual traspasa el acto clínico en sí mismo. Al respecto, afirma:

"el clínico explica a los inmigrantes la sociedad y el sistema político, social y cultural en el que están inmersos, desde lo más general (por ejemplo, el sistema de AFP, acceso a la salud pública), hasta lo más concreto, como, por ejemplo, cómo realizar un pago de una consulta, o a dónde acudir para obtener información en torno a cómo solicitar una visa de trabajo" (p.33)

Considerando que se menciona con anterioridad que los migrantes presentan un desconocimiento de los beneficios y derechos a los que podrían acceder en su condición, este rol de los terapeutas se alza más allá de los beneficios evidentes de su "rol agencial": es también un llamado de atención frente a los problemas mencionados con anterioridad. El ejercicio de explicar la sociedad y el sistema político y cultural del país que realizan los terapeutas debiese estar creado por una línea institucional que asegure acercar las acciones de los distintos organismos públicos del país a los migrantes.

El Ministerio de Salud (2017) reconoce la necesidad de un abordaje intersectorial para abordar algunas poblaciones específicas, y menciona a la población migrante, solicitante de refugio y desplazada entre ellas. Un abordaje intersectorial entre los distintos estamentos públicos que generen acciones en beneficio de la población migrante, podría permitir generar mayor conocimiento de estos grupos hacia los derechos y servicios a los que pueden acceder, lo cual también sería un ejercicio que ayude a reducir los riesgos asociados a salud mental. Aun así, es posible, tal como se mencionaba con anterioridad, que exista una gran distancia entre la línea de declaración de principios y de acción, frente a la salud mental de los migrantes y las acciones orientadas a abordar el fenómeno.

Conclusiones y discusión

En concordancia con lo que reconoce la Organización Mundial de la Salud (2013) y con el Ministerio de Salud de Chile (2017) la migración es un proceso humano que sitúa al individuo que se mueve de un lugar a otro en un nodo crítico que podría devenir en problemas de salud mental. A esto, el país debe sumar que una vez que un migrante internacional busca integrarse al país se enfrenta a barreras institucionales que empobrecen su situación (Becerra y Altimir, 2013), lo cual debe reconocerse como un factor de riesgo en salud mental (Urzúa et al., 2017). Además de esto, el migrante que ingresa al país debe sufrir situaciones de discriminación, el cual también se extiende a los servicios públicos; el migrante tiene menos derechos que el chileno (Galaz et al., 2017).

El debate en torno a la migración como un factor de riesgo en la salud mental se mantiene abierto mientras no se generen insumos que permitan conocer la realidad de los migrantes internacionales en el país. A pesar de que no es posible contar con datos que puedan reflejar una realidad adversa en este grupo y su salud mental, la información existente propone un vínculo que posiciona a la migración en cuanto a proceso en sí mismo y en cuanto a migración como realidad política y pública de un país, como una realidad adversa. Los migrantes internacionales del país se enfrentan a situaciones institucionales que afectan su integración al territorio, al mismo tiempo, cuentan con escaso acceso a salud y salud mental.

Debe destacarse la figura del terapeuta en su rol agencial, quien estaría ayudando al migrante a entender de mejor forma el país (Rico, 2018). Aun así, esto no debe interpretarse solo desde la arista positiva; el que los terapeutas tengan que cumplir este rol, refleja lo lejana que se sitúa la política pública de integración de los grupos migrantes. Al mismo tiempo, se hace necesario profundizar en el enfoque intercultural en situaciones clínicas, ya que como plantea Rico (2018), esto permitiría a los terapeutas aprender otras culturas y cuestionar sus propias creencias, interpretaciones y prejuicios arraigados. Capacitaciones para este grupo de profesionales en temáticas de migración también se sitúa como algo urgente.

La política pública del país se corresponde con una lógica de "integración asimilacionista", que opera con una mirada monocultural, donde la noción de ciudadanía se asocia exclusivamente al grupo mayoritario del país (los chilenos) (Galaz et al., 2017). Frente a esto, también se sugiere profundizar en una política intercultural, que realmente considere al migrante internacional como un sujeto que, desde su mirada del mundo y su propio bienestar, pueda integrarse al país y aportar todos los beneficios que podría entregar.

Otro aspecto relevante a destacar es la dificultad de aculturación que presentaría el migrante en Chile. Si bien el escenario óptimo debe visualizarse como un país en el cual grupos de distintas culturas, creencias y costumbres puedan convivir de forma tranquila y armoniosa, la proposición de este escenario estaría muy lejano de la realidad social del país. Tal como menciona Urzúa et al. (2017), aquellos migrantes que mantienen su pertenencia e identidad, a través del contacto permanente con sus connacionales tienen mayor grado de satisfacción con su vida. Es por esto que Bas Sarmiento et al. (2015, citado en Rico, 2018) propone que el inmigrante pase a formar parte de un grupo social que ya esté instalado en el país, una red de apoyo que ya conozca la utilización y el acceso al sistema de salud. Esto podría extenderse e ir más allá de la función informativa

en cuanto al acceso al sistema de salud, sino que también podría excluir al terapeuta de su "rol agencial", el cual, como ya se mencionó, debe visualizarse también como una falla de aquellos organismos públicos que debiesen acercar esta información a los migrantes.

Finalmente, es absolutamente necesario recalcar que el modo de vida del país es también un espacio que debe discutirse. La reducción de inequidades en salud a través del acceso oportuno, equitativo y de calidad para toda la población debiese ser el foco de una política de salud mental basada en "los determinantes sociales de la salud" (Gatica et al., 2020). El modelo

económico del país se aleja de las necesidades de un modelo comunitario (el cual es el enfoque de los planes del Ministerio de Salud para la Salud mental). En este modelo es necesaria la complementariedad y la colaboración y no la competencia que sugiere el libre mercado (Gatica et al., 2020).

Y no solo debemos hablar de deficiencias en la aplicación del enfoque, también debe considerarse que el gasto público del país en salud mental está por debajo de lo que propone la OMS. Sin un presupuesto adecuado, cualquier intento de avanzar en programas para abordar la salud mental se mantiene en el campo de la intención y no de acciones concretas.

Referencias

- Becerra, M. y Altimir, L. (2013). Características y necesidades de las personas migrantes que consultan en salud mental: la emergencia del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural, *De Familias y Terapias*, 22(35), 101-118.
- Bojorquez, L. (2015). Salud mental y Migración Internacional, *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 47(2), 111-113.
- Carreño, A., Blukacz, A., Cabieses, B y Jazanovich, D. (2020). "Nadie está preparado para escuchar lo que vi": atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile, *Salud Colectiva*, 16, 1-16.
- Centro Nacional de Estudios Migratorios. (2022). Discriminación laboral de los migrantes en Chile. Universidad de Talca, Chile.
- Centro Nacional de Estudios Migratorios. (2023). Búsqueda del Primer Empleo de la Población Migrante en Santiago de Chile. Universidad de Talca, Chile.
- Galaz, C., Poblete, R., Frías, C. (2017). Las operaciones de exclusión de personas inmigradas a través de las políticas públicas de Chile, *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 68, 169-204.
- Gatica-Saavedra, M., Vicente, B., Rubí, P. (2020). Plan nacional de salud mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile, *Revista Médica de Chile*, 148, 500-505.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2023). Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras residentes en Chile. Santiago de Chile. Consultado el 20 de julio de 2023 en: https://www.inec.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2022-resultados.pdf?sfvrsn=869dce24_4
- Lahoz, S. y Fornis, M. (2016). Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile, *Psicoperspectivas*, 15(1), 157-168.
- Mera-Lemp, M., Bilbao, J. y Martínez-Zelaya, G. (2020). Discriminación, aculturación y bienestar psicológico en inmigrantes latinoamericanos en Chile, *Revista de Psicología*, 29(1), 65-79.
- Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Santiago de Chile. Consultado el 1 de julio de 2021 en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/889>
- Ministerio Secretaría General de Gobierno. (2021). Informe final: Resultados segunda consulta nacional de discriminación. Observatorio de Participación Ciudadana y No Discriminación. Consultado el 20 de marzo de 2023 en: https://msgg.gob.cl/wp/wp-content/uploads/2021/04/InformeFinal_ConsultaDiscriminacion.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, Suiza. Consultado el 10 de julio de 2021 en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/plan-accion-salud-mental-oms/>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). World Mental Health Report: Transforming mental health for all. Ginebra, Suiza. Consultado el 30 de abril de 2024 en: <https://www.who.int/publications/item/9789240049338>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. Ginebra, Suiza. Consultado el 20 de agosto de 2023 en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354393/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf?sequence=1>
- Rico, V. (2018). El rol de la interculturalidad en salud mental desde la perspectiva de los psicoterapeutas [Tesis de magister, Pontificia Universidad Católica de Chile]. https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/22103/trabajo_final_repositorio_VR_.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Thomazy, G. (2020). Tendencias actuales y nuevos desafíos de los migrantes en Chile, *Acta Hispanica*, 409-421.
- Urzúa, A., Boudon, S., Caqueo, A. (2017). Salud mental y estrategias de aculturación en inmigrantes colombianos y peruanos en el norte de Chile, *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 70-79.
- Vaillant, G. (2012). Salud mental positiva: ¿hay una definición intercultural?, *World Psychiatry*, 10(2), 93-99.

Dossier:

El convulsionado año 1985 en el Hospital Psiquiátrico de Santiago

Patricio Olivos¹

Resumen

1985 fue un año convulsionado en el Hospital Psiquiátrico de Santiago.

Partimos con el terremoto del 3 de marzo, lo que abordaremos en el artículo de Olivos y Alderete. Y luego tuvimos que afrontar las consecuencias económicas de las políticas del Ministro de Hacienda, Hernán Büchi, que había asumido en febrero de 1985, y que implicaron una disminución importante y abrupta del gasto en bienes y servicios de consumo en el hospital. Eso fue un factor detonante para la huelga de hambre en agosto de los Drs. Carlos Fiedler y Erwin Preisler, del Servicio de Urgencia, lo que será abordado en el artículo del Dr. Daniel Elgueta.

Presentaremos a continuación elementos de contexto para una mayor comprensión de los eventos ocurridos ese año, y de las consecuencias que acarrearón.

Summary

1985 was a turbulent year at the Santiago Psychiatric Hospital, starting with the earthquake of March 3, which we will discuss in the article by Olivos and Alderete. And then we had to face the economic consequences of the policies of the Minister of Finance, Hernán Büchi, who had taken office in February 1985, and which implied a significant and abrupt decrease in spending on consumer goods and services at the hospital. This was a triggering factor for the hunger strike in August by Drs. Carlos Fiedler and Erwin Preisler of the Emergency Department, which will be dealt with in the article by Dr. Daniel Elgueta. We will now present elements of context for a better understanding of the events that occurred that year, and the consequences they entailed.

Las políticas de Büchi.

Venía a suceder al ministro Luis Escobar Cerda, que no pudo resolver la principal contradicción del modelo en ese momento: cualquier expansión significaba desajustar las cuentas externas y salirse de los marcos impuestos por el FMI. No era posible reactivar sin terminar el ajuste económico. El nuevo ministro de

Hacienda, Hernán Büchi, se encargó de ambas tareas desde que asumió en febrero de 1985 (1).

El primer anuncio de Büchi —bajo Estado de Sitio— fue un plan de ajuste en que combinó una devaluación y rebaja de aranceles, dos medidas que estimulaban a las exportaciones, y una rebaja del déficit fiscal. Estas políticas, conocidas como de "ajuste estructural" eran preconizadas entonces por el Banco Mundial. Su objetivo fue aumentar el ahorro y la inversión y provocar un nuevo vuelco del aparato productivo hacia los mercados externos.

Consiguió una disminución del desempleo a niveles de un dígito. La inflación se mantuvo baja. Además, aumentaron y se diversificaron las exportaciones. El déficit fiscal fue reducido, incluso en el primer año de su gestión, cuando ocurrió el terremoto del 3 de marzo de 1985, y que generó imperiosas necesidades de reconstrucción.

Durante la gestión de Büchi la economía creció a una tasa promedio del 5,3 por ciento y, sin embargo, el índice general de sueldos y salarios se recuperó sólo 2,6 por ciento. En diciembre de 1988 los sueldos y salarios estaban 7,7 puntos por debajo del nivel que este índice registró en 1981. Todo esto, probablemente, no lo podría haber hecho el ministro Büchi sin el alza extraordinaria del precio del cobre y de otros productos de exportación, y sin el apoyo político del Gobierno.

La economía de las personas se mantuvo deprimida. Büchi mantuvo la aplicación de las normas de austeridad fiscal que impedían aumentar la dotación de personal y la compra de equipos e insumos para la atención al público.

Esto, en nuestro Hospital, implicó disminuir de un mes para otro el gasto en la partida Bienes y Servicios de consumo. Me correspondió como subdirector médico rebajar en un 25% las compras de Farmacia. Para lo que hubo que hacer, en conjunto con el Comité de Farmacia, un Programa de Psicofármacos, priorizando el uso de los fármacos más baratos, como la clorpromazina oral e inyectable, y el haloperidol oral, y los Jefes de Servicio debían autorizar el uso de los medicamentos más costosos, como el Meleril, Valcote, y Valium y Haldol inyectables. Esto generó ma-

1. Psiquiatra, Subdirector Médico enero 1984 - junio 1989; Director julio 1989-1990. Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz.B"

lestar entre los médicos, y fue un factor en la decisión de los Dres. Fiedler y Preisler de llegar a la huelga de hambre.

La huelga de hambre

En este delicado tema, el Profesor de Derecho Jorge Precht, con Juan Jorge Faúndez y Luis Iván Díaz, han planteado en Chile cuál sería la "doctrina correcta" (2,3,4).

Los autores han descrito la huelga de hambre como una forma de protesta social pacífica y extrema al mismo tiempo, en la que se tensionan valores centrales del individuo, como la vida y la libertad, porque vida y libertad se contienen en la esencia de la dignidad humana. Entonces, por medio de la huelga de hambre una persona o varias deciden denunciar públicamente lo que consideran una injusticia social, usando como medio de protesta el no ingerir alimentos, hasta las últimas consecuencias si fuera necesario. De esa manera, llaman la atención pública para crear y ejercer presión social sobre la autoridad (la que se señala como la fuente de las acciones injustas), buscando obtener la acción o medida demandada de parte de ella, la cual permitiría, en definitiva, el fin de la injusticia que se reclama, de la mano del cese del ayuno.

De esta forma, la huelga de hambre, como medio de protesta legítimo y lícito, supone los siguientes requisitos: (i) una decisión voluntaria; (ii) una finalidad y causa justa (ética, de derecho o en que impugna el derecho establecido para su modificación, o bien, en que se demandan derechos conculcados o no reconocidos); (iii) se dirige a una autoridad sujeto o institución, en quien recae la decisión de tomar las medidas reclamadas, las iniciativas o los cambios institucionales demandados y que condicionan la huelga de hambre; (iv) la huelga de hambre su-

pone seriedad de la acción y una táctica de visibilización pública, que apunta a la persuasión de la autoridad.

En relación con la licitud, la muerte es una consecuencia no deseada por el huelguista de hambre, que se espera evitar a partir de la decisión de la autoridad, aunque se acepta el riesgo de que ocurra y se contempla como una *ultima ratio*, como ofrecimiento extremo por la causa que se estima justa por el huelguista y que se demanda. Este carácter la diferencia en amplio sentido de la conducta suicida.

El tratamiento médico y los cuidados clínicos están establecidos por la *lex artis* médica, siguiendo los protocolos clínicos generalmente aceptados (como la Declaración de Malta), sobre la base del respeto de la dignidad humana del huelguista. Luego, su médico de confianza, para definir el tratamiento, debe atenerse al consentimiento libre e informado manifestado por el paciente.

Conforme a la "Declaración de Malta de la Asociación Médica Mundial sobre las Personas en Huelga de Hambre" (1991 (5)), el huelguista de hambre es una persona plenamente consciente y autónoma que tiene derecho al consentimiento informado, al derecho a la elección del médico de confianza y al respeto de su dignidad como paciente.

En este contexto, la alimentación forzada es una medida incompatible con la dignidad humana, que incluso ha sido considerada equivalente a la tortura o, a lo menos, a tratos inhumanos y degradantes, en el marco de la protección internacional de los derechos humanos.

El Estado debe respetar la dignidad y autonomía de la persona, precisamente si quiere ser un Estado de Derecho.

Referencias

1. Manuel Délano y Hugo Traslaviña. La recuperación de la crisis: un paréntesis a la ortodoxia. Historia de los Chicago Boys (cap. 6). Interferencia. Leído última vez: 24/7/2024.
2. Profesor Jorge Precht: Huelga de hambre: la "doctrina correcta". Mercurio Legal. Facultad de Derecho UC. derecho.uc.cl
3. Precht Jorge. Huelga de hambre, Gendarmería y derechos del recluso. Diario Constitucional.
4. Juan Jorge Faúndez, Luis Iván García. (2014). Examen de proporcionalidad de la Huelga de hambre de personas privadas de libertad y de su alimentación forzada a la luz de la jurisprudencia. Estudios Constitucionales, Año 12, N° 2, 2014, pp. 137-186. ISSN 07180195. Centro de Estudios Constitucionales de Chile Universidad de Talca
5. Declaración de Malta de la AMM sobre las personas en huelga de hambre. Adoptada por la 43ª Asamblea Médica Mundial Malta, noviembre 1991. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-malta-de-la-amm-sobre-las-personas-en-huelga-de-hambre/>

El terremoto del 3 de marzo de 1985 en el Hospital Psiquiátrico de Santiago y la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos crónicos.

Patricio Olivos¹, Maritza Alderete²

Oh patria terrible, en el centro de los terremotos..." (Neruda, 1967) (1)

"Ahí está la Casa de Orates, en la calle Olivos, ¿Olivos de qué? , ¿Monte de los Olivos? , ¿olivos de la paz?, ¿olivos de los poetas y los sabios?, difícil saberlo, olivos en el barrio de la Recoleta, barrio representante de la Cultura del Barro, adobes parados, adobes tendidos, delgados y gordos, chicos y grandes, mezclados con listones o tablas de madera y alambres, barro y paja, con ramas y cañas, muros enquinchados, panderetas de barro y ramas de olivo tal vez, o de laurel o de espino o de guayacán, duran un siglo y entre ellos pueden vivir indios o mestizos, criollos que se creen descendientes de condes o marqueses y extranjeros que saben que no descienden sino de gente que era más pobre y vulgar y plebeya de lo que ellos son ahora; viven, también, en la Casa de Orates, locos, muchos locos, no saben de quienes descienden ni les importa descender de nadie, se han soltado de todo y no les importa el pasado ni el futuro, viven al minuto, en el segundo, todo se les va y todo se les viene, ¿para dónde va todo y de dónde viene todo? ... "

Manuel Rojas. Fragmento. La oscura vida radiante. (2)

Resumen:

Presentamos los efectos del terremoto del 3 de marzo de 1985 en el Hospital Psiquiátrico de Santiago, y sus consecuencias en el proceso de desinstitucionalización de pacientes crónicos. Esto en el contexto de cambio que se generó en el hospital con la llegada, en septiembre de 1978, del Grupo de Psiquiatría y Salud Mental del Área Oriente, encargado por el Ministerio de Salud de la restructuración del Hospital Psiquiátrico.

Palabras clave: terremoto del 3 de marzo de 1985, Hospital Psiquiátrico, reestructuración, desinstitucionalización de pacientes crónicos.

Summary

We present the effects of the earthquake of March 3, 1985 in the Psychiatric Hospital of Santiago, and its consequences in the process of deinstitutionalization of chronic patients. This in the context of change that was generated in the hospital with the arrival, in September 1978, of the Psychiatry and Mental Health Group of the Eastern Area, in charge of the restructuring of the Psychiatric Hospital by the Ministry of Health.

Keywords: earthquake of March 3, 1985, Psychiatric Hospital, restructuring, deinstitutionalization of chronic patients.

Introducción

El objetivo de este trabajo es presentar los efectos del terremoto del 3 de marzo de 1985 en el Hospital Psiquiátrico de Santiago, y sus consecuencias en el proceso de desinstitucionalización de pacientes crónicos en Chile. Esto en el contexto de cambio institucional que se generó en el hospital con la llegada, en septiembre de 1978, del Grupo de Psiquiatría y Salud Mental del Área Oriente, encargado por el Ministerio de Salud de la restructuración del Hospital Psiquiátrico, (3,4), y al que se agregaron psiquiatras que habíamos renunciado a la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile en abril de 1976, durante la intervención de la universidad por el Rector Delegado Julio Tapia Falk.

Era una época marcada por la "psiquiatría de crónicos", dada la cantidad de pacientes crónicos hospitalizados, "institucionalizados", como se decía. En 1978 los pabellones de crónicos del Hospital Psiquiátrico, que databan de mediados del siglo XIX, albergaban a más de 800 pacientes crónicos. En un capítulo sobre "*Rehabilitación del paciente mental crónico*" planteé en 1982(5):

Los criterios para definir al paciente mental crónico han sido y son difíciles de establecer con claridad. Algunos han op-

1. Psiquiatra, Subdirector Médico enero 1984 - junio 1989; Director julio 1989-1990. Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz.B-"
2. Bibliotecóloga Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B."

tado por una medida cuantitativa convencional; por ejemplo, aquellos que llevan más de dos años hospitalizados en una institución para enfermos mentales. Otros intentan una definición más esencial: Aquellos pacientes que están crónicamente enfermos son los incapacitados por su patología mental. Se introduce aquí el concepto de incapacidad y la pregunta: ¿Incapacidad para qué? Incapacidad para lograr un buen ajuste social, que puede entenderse como el resultado de la habilidad del Individuo para llenar productivamente el rol social que él o ella desea y a la vez satisfacer las demandas de la sociedad, todo esto sin experimentar una angustia abrumadora. Este es un criterio eminentemente social, que varía al darse en diferentes épocas culturales o estructuras sociales.

El paciente mental crónico se define pues desde dos vertientes. Clínicamente, por su psicopatología. Y socialmente, por su desajuste. Ambos criterios no van unidos necesariamente. Puede un paciente mantener crónicamente ciertos síntomas y, aún así, tener un ajuste satisfactorio. O, teniendo muy poca psicopatología, estar en un medio tan adverso que le es imposible adaptarse.

Ante la dificultad de una definición certera el "Grupo para el avance de la Psiquiatría" en Estados Unidos, 1978, optó por una definición laxa, y emplea la expresión "paciente mental crónico" refiriéndose a aquellos pacientes que están, han estado o pudieran haber estado -si no existieran las alternativas creadas por el movimiento de desinstitucionalización- en instituciones para enfermos mentales de larga estada."

Según el historiador Pablo Camus (6) "es interesante estudiar la historia de los grupos marginados; también es válido el estudio de la forma en que ellos han sido tratados por la sociedad. Trabajos de esta naturaleza nos pueden mostrar una perspectiva de los valores, las creencias y las costumbres de una época determinada." Como una opción metodológica eligió estudiar la Casa de Orates de Santiago, "ya que en ella se pueden observar en el tiempo las políticas que se tomaban respecto a los locos y, en el fondo, la idea que se tenía acerca de ellos." El período investigado comprendió desde 1852, año en que se fundó el establecimiento, hasta los primeros años en que la Casa es administrada por la Junta de Beneficencia, 1891-1894. "Durante ese lapso fue posible ver que, a medida que pasaban los años, los médicos tenían mayor injerencia en las decisiones que se tomaban en el asilo y por lo tanto, comenzara a tomarse en cuenta el criterio médico y científico en el tratamiento de la locura."

Eduardo Medina ha escrito relatos pormenorizados de la transformación de la Casa de Orates a Manicomio Nacional (años

1926 a 1929) y en Hospital Psiquiátrico (1953 a 1956) (7,8)

"en particular los casi 60 años de vaivenes ocurridos para reemplazar las vetustas instalaciones de las dos primeras instituciones, lapso iniciado a fines del siglo XIX y concluido con la construcción del nuevo Hospital Psiquiátrico a mediados del XX."

Para ilustrar las condiciones de los antiguos Departamentos de Crónicos contamos con la descripción hecha por el Dr. Pedro Naveillán, (9), que en 1970 se hizo cargo, "entre otras actividades, de un Departamento de enfermas mentales crónicas en el Hospital Psiquiátrico de Santiago, e intentar su transformación de un sistema asistencial de tipo custodial, casi carcelario, hacia un centro de rehabilitación abierto, con muchas de las características de lo que se ha dado en llamar "comunidad terapéutica"."

En "*La situación asistencial a enero de 1970*" describe:

"El Edificio

Se trata de una construcción más que centenaria, construida básicamente en adobes y madera, en un muy mal estado de conservación y seriamente dañada por los sucesivos sismos que ha tenido que soportar, al punto que en los últimos años hubo que evacuar todo el segundo piso por no reunir las condiciones mínimas de seguridad, y concentrar a las enfermas en el primero (planta baja), con el consiguiente aumento del grado de hacinamiento.

Se encontraba alhajado con viejos catres, la mayoría en un muy mal estado, y algunos pocos veladores, y no contaba con otros muebles que permitieran a las enfermas guardar sus pertenencias personales. Sobre los catres había colchones de mala clase en mal estado, y la ropa de cama era la mínima.

El grado de hacinamiento era tal que no mediaba espacio entre los catres, y para llegar a ellos era necesario pasar por encima de los otros. Solamente a los pies quedaba, en algunos casos, un estrecho pasillo de circulación. La capacidad de las piezas variaba entre ocho y más de treinta camas.

En un espacio embaldosado, que antiguamente era el acceso a la Dirección, se tenía a las pacientes "gatosas" (con incontinencia urinario o fecal), las que dormían en colchones de paja.

El edificio no cuenta con ningún sistema de calefacción ni lugares destinados al estar de las pacientes. En cuanto a limpieza, se encontraba sorprendentemente bien aseado, lo que ha sido el orgullo de su personal."

El Proyecto de Reestructuración del Hospital Psiquiátrico

En su cuenta de la gestión directiva de 1989 el Dr. Luis Gomberoff expuso:

"En el año 1978 la Dirección del Hospital, por fallecimiento de su titular, el Dr. José Horwitz, quedó acéfala. El establecimiento vivía una verdadera crisis, nadie quería aceptar el cargo de Director. El Hospital se encontraba desprestigiado académicamente y desmantelado en recursos y presupuestos. Esfuerzos aislados por mejorar la situación se realizaban dentro del establecimiento, pero por lo aislados no podían tener éxito. (...) 800 pacientes crónicos habitaban departamentos como el 5, 1, 4, 2, 17, 11 y 6, y los arquitectos que los inspeccionaron concluyeron: "las edificaciones no están en condiciones de ser habitadas, constituyéndose en una amenaza para la integridad física, tanto de los pacientes como de los funcionarios. Se recomienda su demolición por lo costoso que resultaría su reparación". (10)



Asumió la Dirección el Dr. Rafael Parada, que renunció luego, y la tomó el Dr. Luis Gomberoff. Del diagnóstico inicial de la situación, y la observación de los hechos en el terreno, surgió un proyecto de reestructuración, con avances técnicos que fueron desarrollados en forma casi inmediata al incorporarse a la tarea todos los grupos y las personas que trabajaban ya en el establecimiento, conformándose lo que se denominó "el Proyecto Técnico del Hospital Psiquiátrico" (4,9).

La mejor dotación de profesionales en el hospital permitió satisfacer la demanda de la atención cerrada y la de larga estadía, lo que trajo como resultado una mejor calidad de la atención, una reducción de las estadías hospitalarias y una mejor eficiencia del recurso de camas. También gracias al grupo profesional se mejoró lentamente la calidad de vida de los enfermos crónicos, mejorando sus dependencias. Por otra parte, se empezó la demolición de los viejos departamentos de larga estadía, la que tuvo un clímax definitivo con el terremoto de 1985. Las nuevas dependencias, aunque menos elegantes, cumplieron con albergar a tanto paciente, varios abandonados por sus familiares.(4).

En esa época los pacientes crónicos, por su gran número, sus precarias condiciones de vida y los esfuerzos por su rehabilitación eran un objetivo importante de la atención psiquiátrica, y se generó un movimiento en los distintos hospitales y servicios que abogó y trabajó por ellos, con el esfuerzo del personal y de los profesionales de salud mental. Esto llevó a programas de intervención y de investigación, para mejorar sus condiciones de tratamiento y de vida. Y a compartir estas experiencias en los Simposios de Psiquiatría de Crónicos.

Programas de intervención terapéutica e investigación con pacientes crónicos en el Hospital Psiquiátrico antes del terremoto

Estos programas nos revelan los esfuerzos sistemáticos por mejorar la situación de los pacientes crónicos realizados por los dos grandes servicios clínicos del Hospital. El Servicio A, dirigido por el Dr. Mario Varela(10,16), y el Servicio B, dirigido por el Dr. Mario Gomberoff (10,11,12 13,14,15).

Al 30 de mayo 1981, en un estudio en base a fichas clínicas hecho por el equipo de asistentes sociales del Hospital (11), el total de pacientes crónicos internados, excluyendo los judiciales eran 703.

Hombres 219, mujeres 484.

Departamentos de crónicos: 1, 5, 11, 15, 17 mujeres.

Departamentos 6 y 9 hombres.

Al momento de la publicación de su trabajo, en 1984 (11), comentan: «Es preciso destacar que, a la fecha, la situación expuesta en el presente trabajo ha sufrido modificaciones, a partir del egreso y la redistribución de pacientes. La población femenina ha disminuido en 135 pacientes, correspondiendo esta cifra al 27, 77% de la población que se estudió. Las pacientes, en su mayoría fueron dadas de alta a sus domicilios o trasladadas a las Clínicas de Extensión (Raquel Gaete, Pedro Sánchez y Morales San Martín) que, mediante convenio, mantienen a su cargo pacientes del Hospital Psiquiátrico. [...] En la actualidad los Departamentos de Mujeres, tienen asignados los N° 1, 10 y 11. El Departamento N° 10 es el resultado de la fusión de los Deptos. N° 5, 15 y 17, con un total de 164 pacientes. Respecto a la población masculina, ésta no ha presentado variaciones cuantitativas; ha sido redistribuida internamente, trasladándose 40 pacientes del Depto. 6 al Depto. 9, el que ocupa actualmente nuevo edificio». (10)

El Departamento Psiquiátrico -Judicial, no incluido en ese estudio, custodiaba a 116 pacientes hombres, y el de mujeres, a 20 pacientes, según los programas de intervención y los estudios de Ruiz y cols. (12,13).

El Dr. Willy Steil (14), publicó la Síntesis de un Programa de Rehabilitación para los Departamentos 9 y 11 del Hospital Psiquiátrico de Santiago (Junio 1982.) y los Dres. Steil, Monreal y González (15) publicaron un Estudio descriptivo de las 104 pacientes crónicas hospitalizadas en el Departamento 11 del Hospital Psiquiátrico, de las que se hicieron cargo a comienzos de 1982. Según la Información Interna (Comisión Coordinadora Departamentos Crónicos, Hospital Psiquiátrico de Santiago), el hospital contaba en ese momento con 673 camas de hospitalización para enfermos crónicos (de un total de 1.033).

Otros informes sobre la población de pacientes crónicos y programas de trabajo con ellos, previos al terremoto, se encuentran en publicaciones del Dr. Pedro Retamal (16) y de los Dres. Muriillo, Díaz, Madariaga y Martini (17).

Los hospitales y servicios de todo el país que trabajaban con pacientes crónicos organizaron 7 Simposios de Psiquiatría de Crónicos, entre 1976 y 1984, en que se presentaron las experiencias en la rehabilitación de pacientes crónicos, con la participación de importantes investigadores extranjeros, y asistentes de países latinoamericanos.

Simposios y Congresos de Psiquiatría de Crónicos.

El Primer Simposio de Psiquiatría de Crónicos fue realizado en el Hospital Psiquiátrico de Putaendo en 1976. En el discurso inau-

gural su Director, y Presidente del Simposio, Dr. Raúl Riquelme, planteó: "Todos critican al sistema asilar que en su concepción misma no incluye al hombre enfermo como tal, sino como a un ente peligroso del cual se debe proteger a la sociedad. Pero nunca la sociedad se hizo la pregunta: ¿cuánta responsabilidad le cupo en la enfermedad del individuo?"

Se hizo una muy buena publicación del Simposio, que mostró las experiencias de rehabilitación en Putaendo, Nueva Imperial, Hospital Salvador de Valparaíso y Hospital El Peral de Santiago, con la participación de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, trabajadoras sociales y administrativos, como podemos ver en su portada (18):

**PRIMER SIMPOSIO DE
PSIQUIATRIA DE CRONICOS**

Sumario	
Introducción	
Discurso de Inauguración del Simposio	Dr. Raúl Riquelme Pág. 1 a 2
El Hospital Psiquiátrico de pacientes crónicos como régimen de internado	Dr. Eduardo Medina C. - 3 a 21
Mesa Redonda	- 22 a 28
Terapia Ocupacional como método rehabilitador en pacientes psiquiátricos crónicos	Sra. Mónica Espinoza Nicolson y cols. - 29 a 35
Servicio Social en psiquiatría de crónicos	Sra. María Angélica Dackalakis - 36 a 41
Un enfoque conductual de la Terapia Ocupacional	Srtas. Laura Bravo, Rosa Jara, Myriam Lira y María Cármine Santelmo - 42 a 50
Enfermería y su rol en psiquiatría de crónicos	Sra. María Inés Covarrubias y Viviana Corrales - 51 a 60
Mesa Redonda	- 67 a 68
Servicio de Psiquiatría de Nueva Imperial. Experiencia de seis años con pacientes mentales de larga evolución.	Dr. Luis Silva Fuentes - 69 a 77
Mesa Redonda	Sra. Nelly Miller - 78 a 82
Mesa Redonda	- 83 a 99
Experiencia de comunidad terapéutica en un Hospital Psiquiátrico en evolución	Dr. Israel Reibblatt S. y Alberto Robinson R. Srtas. Juana Bianchetti V., Matilde Yurriaga V., Isaura Sandoval C. y Silvia Triviño M. - 100 a 104
Formación de personal en servicios psiquiátricos de crónicos	Sra. Elba Contreras Sra. Alicia Sagetco - 105 a 136
Economía de Fichas, un procedimiento de rehabilitación para pacientes crónicos	Sr. Luis Montecinos - 136 a 147
Tratamiento farmacológico del esquizofrénico crónico	Dr. Marcelo Trucce B. - 148 a 152





Profesores y autoridades del Servicio de Salud Metropolitano Norte

El terremoto

El domingo 3 de marzo de 1985 a las 19:47 de la tarde un sismo magnitud 8 MW remeció a las regiones de Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins, Maule y en menor medida Bio-Bio. El epicentro estuvo localizado en el mar, entre Valparaíso y Algarrobo, a unos 20 km de la costa y unos 15 km de profundidad. Tuvo una duración de 120 segundos.

La zona más afectada fue San Antonio, así como las localidades de Alhué, Melipilla y Rengo. El terremoto además afectó con gran intensidad a la capital, Santiago, donde los mayores problemas se centraron en el casco antiguo de la ciudad, donde la construcción existente era básicamente de adobe, en algunos casos reforzada con madera y ladrillo, pero sin refuerzos de hormigón armado.

Los informes oficiales registraron 177 personas muertas, 2.575 resultaron heridas y 979.792 con sus viviendas o propiedades damnificadas. Un total de 142.489 viviendas fueron destruidas, registrándose además numerosos deslizamientos de tierra, rotura de pavimento, caída de puentes y daños considerables en la infraestructura de los pueblos afectados.(21,22,23).

El terremoto en el Hospital Psiquiátrico

Para el terremoto estaba en casa con mi familia. Salimos a la calle, los dos minutos que duró se hicieron muy largos. Una vez que estuvimos medianamente tranquilos pensé en el hospital, donde era Subdirector Médico desde enero de 1984. En los viejos pabellones de adobe donde vivían los pacientes crónicos. Decidí partir. Por el camino, ya en el sector poniente, iba viendo las casas derrumbadas, lo que me hizo temer por nuestros pacientes y personal.

En el hospital las antiguas construcciones en adobe y madera, algunas cubiertas de ladrillo, estaban en el suelo. Los Depar-

tamentos de Crónicos 1 y 10 de Mujeres, donde residían 279 pacientes, así como el Departamento 6 de Hombres, con 119 pacientes. De un día para otro pasamos de tener una dotación de 1033 camas efectivas (15), a poco más de 600. El número de camas de antes y después del terremoto hemos tenido que deducirlo de los datos obtenidos en base a las publicaciones señaladas, porque para este trabajo no pudimos contar con un censo exacto, ni obtener los datos estadísticos.

Que el terremoto haya ocurrido un domingo de verano en la tarde fue una suerte; los pacientes a esa hora estaban en los patios, y gracias a la diligencia del personal no hubo víctimas que lamentar. El personal había logrado tranquilizarse y tranquilizar a los pacientes. Algunos familiares llegaron a saber de sus pacientes, y los llevaron a sus casas. Otros se distribuyeron en Sectores de Agudos y en los Departamentos nuevos de Crónicos, inaugurados dos años antes..

Es de celebrar que no hubiera víctimas, porque estaba el antecedente de que a comienzos de 1945 un incendio destruyó un tercio de las construcciones del Manicomio Nacional, desastre en el que fallecieron 13 pacientes (7,8). Había cambiado su denominación a Hospital Psiquiátrico en 1956, cuando las antiguas dependencias de pacientes agudos fueron reemplazadas por construcciones modernas, y mejoró el entorno hospitalario y la atención, la cual se tornó más profesional. (7,8)



Pabellones de crónicos derrumbados por el terremoto en el Hospital Psiquiátrico

En los días siguientes siguieron trasladándose pacientes a los hogares de familiares y a las Clínicas de Extensión dependientes del Hospital. Se trasladaron así un total de 164 pacientes mujeres.

Afortunadamente, los Departamentos 9 de hombres y 11 de mujeres, eran nuevos, inaugurados en 1983, con una capacidad total de 215 camas (145 de hombres y 70 mujeres), representando algo más de un tercio de las camas que el hospital poseía para enfermos crónicos. (11). Cuenta la historia que el Dr. José Horwitz murió como Director del Hospital, en 1978, con

los planos arquitectónicos de estos pabellones en sus manos. Gestionando su aprobación y construcción. (24,25)

Después del terremoto

El sitio web del Ministerio de Salud, en "Historia del Instituto Psiquiátrico", menciona que después del terremoto de 1985 las camas del Hospital quedaron en 594.

A comienzos de 1986 el Dr. Gomberoff, sintetizaba la situación de los pacientes crónicos del Hospital (26):

"Los programas de rehabilitación de pacientes crónicos, basados en el sentido común previamente, han dado paso a programas estructurados de acuerdo con criterios técnicos que están siendo evaluados en la actualidad (Deptos. 9 y 11).

Estos programas han podido realizarse gracias a un ordenamiento administrativo y legal que tras largos estudios y esfuerzos logró revertir el caos existente previamente en los recursos existentes para estos efectos.

Se hacen ingentes esfuerzos para mantener a nuestros pacientes crónicos en las mejores condiciones posibles de bienestar, para lo cual anualmente se efectúan programas de compra de vestuario, útiles de aseo u otros.

Con la supervisión que nuestros recursos permiten, las Clínicas de Extensión, dependientes del Psiquiátrico, han comenzado a tener una fisonomía de casas de salud en oposición a la triste impresión que causaba en la década anterior." (26).

En el Discurso inaugural de las Primeras Jornadas del Hospital Psiquiátrico, Noviembre de 1986, un año y medio después del terremoto, el Dr. Luis Gomberoff planteó (3):

"Paulatinamente hasta marzo del presente año y violentamente desde esa fecha hemos ido consiguiendo terminar con las insalubres y deterioradas construcciones del siglo pasado para dar paso a un hospital moderno y seguro para nuestros pacientes y funcionarios. Las construcciones de 1953 y las de la última década dan al establecimiento una fisonomía moderna, quedando atrás para siempre la imagen oscura y ruinosas con la que aparecíamos retratados por la prensa ante la opinión pública, y ofrecen a nuestros pacientes y personal la seguridad necesaria para vivir y trabajar en condiciones dignas, esperanzados con la posibilidad de seguir mejorando ahora los detalles de nuestra infraestructura física."

En la Historia del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B" (1980 - 2010) , el Dr. Enrique Escobar (4) apunta el resto de esta historia:

"En 1991, por encargo del Ministerio de Salud, se formó un grupo de trabajo dirigido por el Dr. Patricio Olivos sobre "El discapacitado psiquiátrico crónico", que le correspondió coordinar (27,28). En el informe se propusieron, entre otros aspectos:

"Deben generarse, en cada una de las áreas geográficas, alternativas de rehabilitación, de residencia y de apoyo social:

1. Alternativas de rehabilitación: ha demostrado funcionalidad un sistema de hospital diurno donde se realiza atención psiquiátrica y se trabaja con familiares y vecinos la situación familiar, social, laboral y habitacional de los discapacitados, explorando soluciones con la comunidad misma. Esto debe complementarse con talleres protegidos, empleos protegidos, programas de apoyo a microempresas etc., que le permitan al paciente capacitación, incorporarse a un trabajo de acuerdo a su capacidad y ganar dinero.

2. Alternativas residenciales: es necesario desarrollar un continuo de estructuras que sirvan de alojamiento en la comunidad y otorguen diversas posibilidades de actividad y recreación, tales como:

- a. hogar de prealta: en una casa dentro del terreno del hospital que ofrece preparación para la vida en la comunidad.
- b. hogar protegido: que provee de alojamiento a pacientes en rehabilitación, con énfasis en el ambiente grupal y el desarrollo de habilidades sociales.
- c. hogar sustituto, en que familias alternativas son utilizadas como apoyo transicional luego del alta, o como alojamiento a largo plazo.
- d. hogar de grupo, donde los residentes comparten las tareas de compras, cocina y mantención, y ocupan parte del día en un empleo, hospital diurno o taller protegido. Pueden requerir apoyo "de llamada" al equipo terapéutico.
- e. residenciales protegidas (board-and-care homes), para pacientes que pueden vivir solos y que ocasionalmente pueden requerir de asistencia por un médico visitante.
- f. casas de reposo (nursing homes) , que mantienen personal de enfermería, como los hogares del Hogar de Cristo.

3. Alternativas de apoyo social: que puede entregarse a pacientes y familiares en centros comunitarios, consultorios de servicio social, clubes sociales y de autoayuda."

La modernización de la atención psiquiátrica

La Conferencia de Caracas en el año '90 dio respaldo regional a la modernización de la atención psiquiátrica (29). Constituyó

un acuerdo político - dada la asistencia de ministros y de parlamentarios-, jurídico y técnico para transformar la atención psiquiátrica, trasladando el eje de la atención desde la atención terciaria (hospitales psiquiátricos) a la atención primaria. Propone por tanto desinstitucionalizar la atención, haciéndola descansar en una red de servicios progresivos y con un respeto creciente e intransable por los derechos de la persona, en este caso, de los pacientes mentales.

En el año '91, la conferencia chilena también concluyó en acuerdos similares: el Acuerdo de Santiago.(30). Decía el Dr. Alfredo Pemjean: "Las reformas psiquiátricas cercanas, de Río Negro en Argentina y de Río Grande do Sul en Brasil, nos están señalando rumbos de extraordinaria relevancia. Son hechos objetivos que es necesario conocer, evaluar y de alguna manera incorporar, no desde un discurso prejuiciado e ideológico, sino simplemente desde la apreciación de un fenómeno objetivo y real, que es la brecha creciente entre necesidades insatisfechas y recursos insuficientes e inadecuados. En el caso de Chile, entre los años '66 y '89 la evolución del número de camas psiquiátricas muestra un descenso sostenido que, sin embargo, se acompaña de una mejor distribución, porque las camas estaban muy concentradas en la Región Metropolitana. La relación disminuyó en el país hasta 0.25 camas por 1.000 habitantes. (31)

Y en 1993 el Ministerio de Salud de Chile planteó las Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. (30). El primer Plan; luego vendrían el segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Ministerio de Salud, 2000. Y el último Plan Nacional de Salud Mental, de 2017. (33,34).

En "La Psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia. (2010) los editores Dra. Alejandra Armijo y cols. anotan:

"A partir de 1994, siguiendo las orientaciones del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, se cierra el ingreso a los Departamentos de Larga Estadía, se promueve la creación de Hogares Protegidos, alcanzando actualmente un número de 33, algunos de ellos forenses. Esta nueva orientación se ha traducido en una mejoría de la calidad de vida de los pacientes, permitiendo una reinserción social y comunitaria. Por otro lado, a la fecha sólo 60 personas permanecen internadas en el Departamento de Larga Estadía, gran parte de avanzada edad y presentando comorbilidad médica. Asistencialmente, el instituto terminó convenio con una clínica de extensión y limitó el ingreso a otra.(35)

Escobar, 2013, (4) concluye, en su "Historia del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B" (1980 - 2010)":

"Teniendo en cuenta lo recién expuesto y para tener un conocimiento de los cambios que significó la puesta en marcha de la Reforma Psiquiátrica se decidió, en 1994, no ingresar nuevos pacientes a los Departamentos de Larga Estadía y comenzar a implementar la Red de Hogares Protegidos para pacientes de Larga Estadía (antiguamente llamados crónicos) y pacientes Forenses, de modo que con la desinstitucionalización y la reestructuración apreciamos en la Cuenta Pública de 2010 (34) que en el Servicio de Larga Estadía existen 24 hogares protegidos distribuidos en:

- 2 Hogares con pacientes independientes con escasa supervisión,
- 7 Hogares con pacientes semi- dependientes con supervisión diaria,
- 14 Hogares con pacientes dependientes, con un monitor por cuatro pacientes,
- 1 hogar con pacientes semi postrados y un monitor por cuatro pacientes.

Además hay que agregar los nueve hogares protegidos del Servicio de Psiquiatría Forense. Cabe señalar que en Larga Estadía permanecen alrededor de 60 enfermos que por su edad y condiciones físicas se ha decidido no derivar fuera del hospital.

Súmese a lo descrito los 4 talleres de rehabilitación (artístico, habilidades cognitivas, laborales y habilidades sociales y recreativas) junto con el Centro Enrique Paris situado fuera del hospital y con variadas actividades terapéuticas y de rehabilitación."(4,36).

El 7 de julio de 2023 el Dr. Ennio Vivaldi M. le comunicó al Dr. Rubén Nachar, Subdirector Médico:

Junto con saludar, informo a usted que el 5 de julio del 2023, con el traslado de las últimas tres pacientes que residían en este Servicio, y la instrucción de no ingresar más pacientes al mismo, se cerró el Servicio de Larga Estadía Damas.

Al día de hoy quedan en el Instituto sólo 20 pacientes varones de larga estadía. Los que con uno de los criterios señalados en (5), serían los pacientes crónicos.

Referencias

1. Rubilar Solís, Luis (2011). Terremotos e Identidad Chilena en la Letra Nerudiana. *Revista Chilena de Literatura*. Septiembre 2011. N° 79: 155-171.
2. Manuel Rojas. 2007. La oscura vida radiante. LOM Ediciones. 386pp.
3. Gomberoff, Luis.(1986) Editorial. Discurso inaugural de las Primeras Jornadas del Hospital Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B" y Primer Encuentro de la Sociedad Chilena de Salud Mental. *Rev. de Psiquiatría 1986 Año III, N° 1:3-8*.
4. Escobar, Enrique. (2013). Historia del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B" (1980 - 2010). *Psiquiatría y Salud Mental XXX, N°1, 2013:9-14*.
5. Olivos Patricio. (1982), En: "Psiquiatría". Gomberoff M., Jiménez J.P. Editores. Ed. Medcom, Santiago, Chile, 689 pp, 1982. Cap. 42 Rehabilitación del Paciente Mental Crónico: 565-578.
6. Camus, Pablo.(1993) Filantropía, medicina y locura: la Casa de Orates de Santiago, 1852-1894. *Historia*, 1993, 27 (1): 89-140.
7. Medina Eduardo. (2001a). De Manicomio Nacional a Hospital Psiquiátrico. *Rev Chil Neuro-Psiquiat 2001; 39(1): 78-81*.
8. Medina Eduardo. (2001b) Antecedentes para la Historia del Manicomio Nacional y de la Clínica Universitaria de Psiquiatría. *Psiquiatría y Salud Mental 2001; XVII, 11 N° 1: 41-50*
9. Naveillán F. Pedro. (1977) Una experiencia en la Rehabilitación de Enfermos Mentales- Primera Parte: Descripción. *Cuadernos Médico - Sociales. 1977, Vol. 18, N° 1, 1977, 7-14*.
10. Gomberoff, Luis. (1989) Cuenta de la gestión directiva del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak" 1979-1989. *Rev. de Psiquiatría 1989, VI, N° 2: 1-5*
11. Equipo de Asistentes Sociales del Hospital Psiquiátrico. (1984). Estudio descriptivo de la población de enfermos mentales crónicos del Hospital Psiquiátrico. *Rev. de Psiquiatría N° 1, 1984:57-68*.
12. Ruiz R, Isla R, Grasset E, Ivanovic-Zuvic F, Lavados JC. (1984). Análisis descriptivo del funcionamiento de un Departamento Psiquiátrico-Judicial. Hospital Psiquiátrico de Santiago. Octubre 1981. Abril 1982. *Rev. de Psiquiatría N° 1, 1984:49-53*.
13. Ruiz, Roberto. (1999). El Departamento Psiquiátrico-Judicial. Crónica de un lugar de segregación. *Rev. de Psiquiatría, 1999, XVI/ 2 / 88-93*.
14. Steil W. (1984a). Síntesis de un Programa de Rehabilitación para los Departamentos 9 y 11 del Hospital Psiquiátrico de Santiago . *Rev. de Psiquiatría N° 1, 1984:43-48*.
15. Steil W, Monreal A, González J. (1984b) Estudio descriptivo de las 104 pacientes crónicas hospitalizadas en el Departamento 11 del Hospital Psiquiátrico. *Rev. Psiquiatría 1984,1: 199-213, Chile*.
16. Retamal, Pedro. (1984). Descripción de un intento de Programa con enfermos mentales crónicos. *Rev. de Psiquiatría N° 1, 1984:39-42*.
17. Murillo G., Díaz C., Madariaga A., Martini AM. (1984). Sintomatología inicial y evolución de 100 pacientes esquizofrénicas crónicas hospitalizadas. *Rev. de Psiquiatría N° 2, 1984:137-144*.
18. *Primer Simposio de Psiquiatría de Crónicos*. Septiembre 1976. Hospital Psiquiátrico de Putaendo. Talleres Gráficos D.S.D. Santiago, Chile. 163pp.
19. Gomberoff, Luis. (1984). Discurso inaugural del VI Simposio de Psiquiatría de Crónicos. Editorial. *Rev. Psiquiatría 1984, N°2, 1: 1-3*.
20. Gomberoff, Luis. (1985) Discurso inaugural del VII Simposio de Psiquiatría de Crónicos. Editorial. *Rev. Psiquiatría 1984, N°6, 2: 1-2*.
21. Terremoto del 3 de marzo de 1985, Zona Central. Memoria Chilena. Consultado en: memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-91936.html.
22. Terremoto de Algarrobo de 1985. Wikipedia.
23. Palomino F, Alegria B, Poblete M. Terremoto de 1985, sus efectos y las incógnitas sísmicas en la zona central de Chile. 1.Universidad Mayor de Chile. Escuela de Geología. Academia.edu
24. Gomberoff, Luis. (1984). Editorial. *Rev. de Psiquiatría N° 2, 1984:93-96*.
25. Cordero María Luisa. (1984) Dr. José Horwitz Barak (1908-1978). *Rev. de Psiquiatría N° 1, 1984:1*.
26. Gomberoff, Luis. (1986) Editorial. Proyecto Técnico: ¿Fantasilandia?, delirio directivo o, acaso, ¿una realidad concreta? *Rev. de Psiquiatría 1986 N° 10-11:1-5*.
27. Olivos, Patricio. (1991) El Discapacitado Psiquiátrico Crónico. Informe del Grupo de Trabajo del Ministerio de Salud, Chile, 1991. https://www.academia.edu/3068073/El_discapacitado_psiquiatrico_cronico
28. Olivos P. Tratamiento y manejo del paciente psiquiátrico en la comunidad *Rev. Psiquiatría y Salud Mental 2002; XIX N°2:101-105*.
29. OPS. OMS. Declaración de Caracas. 14 de noviembre de 1990. Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela. 11-14 de noviembre de 1990
30. Pan American Health Organization. Chile. Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Cooperación Italiana. (1991). Actas de la Conferencia Chilena : Desafíos en Salud Mental y Atención Psiquiátrica: Accesibilidad, equidad, participación. Chile. Ministerio de Salud; 14-16 nov. 1991.
31. Pemjean, Alfredo (1994). Políticas de Salud Mental 1990-1993. *Rev. de Psiquiatría 1994 XI / 1 / 27-33. Chile*
32. Ministerio de Salud. Políticas y Plan Nacional de Salud Mental.1993
33. Pemjean, Alfredo. (1996). El proceso de reestructuración de la atención en Salud Mental y Psiquiatría en Chile. (1990-1996). *Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 2, 1996/5-17*.
34. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025
35. Armijo A; Alvarado; R, Escobar E; Gómez M; Madariaga C; Medina E; Minoletti A; Silva H; Villanueva M. (Eds.) (2010). La Psiquiatría en Chile. Apuntes para una Historia. Santiago: Comisión Bicentenario.
36. Morlans Escalante, Ignacio (2010). Cuenta Pública del director del Instituto Psiquiátrico. "Dr. José Horwitz Barak". Abril 2011.

Rescate Histórico de Huelga de Hambre de Drs. Carlos Fiedler y Erwin Preisler en Hospital Psiquiátrico de Santiago en Agosto de 1985¹

Daniel Elgueta Muñoz²

Proemio

La siguiente revisión histórica surge del interés de la Asociación de Médicos y Químicos Farmacéuticos del Instituto Psiquiátrico de Santiago, ASOMED-Horwitz, por rescatar el esfuerzo en el pasado de profesionales del área de Salud Mental por lograr un mayor bienestar de los enfermos a su cargo, y aspira a mostrar a quienes ejercen hoy esta labor ejemplos valerosos que los inspiren en su esfuerzo diario.

Una motivación importante fue sacar del olvido un acto singular y decidido, ejercido por colegas nuestros en épocas muy complejas, e intentar con ello destacarlo como parte del patrimonio intangible de las instituciones psiquiátricas del país. El trabajo de búsqueda de fuentes, entrevistas con testigos de los hechos –tanto familiares como compañeros de trabajo de los Drs. Fiedler y Preisler– así como de indagación documental, fue realizado con el invaluable apoyo de la Bibliotecóloga del Instituto, Sra. Maritza Alderete Valdés.

Exposición

Las condiciones físicas del hospital y los medios para la atención de los pacientes se habían acentuado en su precariedad tras el terremoto del 3 de marzo de 1985. Varios cientos de pacientes debieron ser derivados a otros centros, muchos edificios yacían semiderrumbados, incluida la antigua iglesia con el fresco de Pedro Lira que un tiempo después fue entregado a la Catedral Castrense³. Las restricciones económicas muy estrictas llevaron a que ya no se compraran insumos clínicos –la ropa de cama, las contenciones estaban muy desgastadas– y la alimentación era de ínfima calidad nutricional, tanto la que recibían los pacientes como la de los funcionarios en turno. Tanto los Dres. Fiedler y Preisler como los otros trabajadores del hospital comenzaron a percibir un ambiente de inminente cierre de la institución, despertándose la preocupación de los funcionarios, y los comentarios sobre la urgencia de buscar alguna solución. Las reuniones clínicas de los días lunes fueron reemplazadas por debates sobre la realidad deteriorada que se vivía, y pese a la vehemencia con que se exponían los puntos de vista, no se planteaba realizar

alguna movilización o medida de presión, atendido el comprensible temor a sufrir represalias durante una de las épocas más duras de represión de la dictadura cívico-militar.

A fines de una de estas asambleas encendidas, en agosto de 1985, el Dr. Carlos Fiedler Krause llegó a sentir que tal situación de no poder brindar una atención digna a las pacientes lo abrumaba, vulneraba su convicción de entregar al otro el mejor trato posible, y lo obligaba a recurrir a algún acto más directo. Quizás basándose en sus conocimientos de formas de resistencia pasiva tan en boga en el mundo en los años previos –experiencia de Gandhi durante la Independencia de India, movimiento antisegregacionista de Martin Luther King, y principalmente la manifestación y sacrificio de Bobby Sands, que cambiaría el curso de Irlanda pocos años antes– captó que un gesto significativo podía ser el medio eficaz. Decidió en ese momento comenzar la huelga de hambre para exigir cambios en el hospital, para aportar a los enfermos sus necesidades. Sin dar mayores explicaciones, y sin preámbulos, se instaló en la residencia del Servicio de Urgencia, informó a su jefe directo, el Dr. Enrique Escobar M., de su decisión, y detuvo su alimentación. Rápidamente los otros colegas suyos, profesionales y técnicos de Urgencia se informaron y acudieron a prestarle apoyo, a protegerlo. Durante el día ya todo el personal del Hospital Psiquiátrico estuvo informado, y hubo un apoyo solidario y unánime a su actuar. Al segundo día de huelga se sumó el Dr. Erwin Preisler Schythe, cundiendo la admiración, pero también la espera de posibles sanciones. En los siguientes días se organizó el cuidado de los huelguistas, se facilitó su hidratación, así como el orden de las visitas; todo el proceso fue muy serio, formal y, mientras se realizó, tanto los huelguistas como quienes los cuidaban se atuvieron a normas formales de este tipo acto protesta. El Colegio Médico, representado en el hospital por el Dr. Jorge Vega, asumió la supervisión del cuidado de los colegas, así como la difusión de lo que allí ocurría. Logramos recuperar parte de la información sobre esta huelga difundida por la prensa de entonces, brevemente por diarios oficiales, más in extenso por radio Cooperativa y su periodista, la mítica Manola Robles, así como por las revistas de oposición al régimen⁴.

1. Médico Psiquiatra, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, vicepresidente ASOMED del mismo Instituto. Correo a doctorelguetamunoz@gmail.com
2. Semblanza dictada por el autor el 30 de mayo de 2024 como parte de la celebración del Día del Patrimonio en el Teatro Grez, del Instituto Psiquiátrico.
3. Véase el apéndice N° 2, Notas de Prensa.
4. Mural Curación del Endemoniado, año 1906 (N. del E.).

Los directivos del Servicio de Salud Metropolitano Norte, Dr. Alberto Vigneau I., (director), Dr. Luis Gomberoff J. (director del hospital) y Dr. Patricio Olivos Aragón (subdirector médico), estuvieron pendientes del estado de salud de los Dres. Fiedler y Preisler; no impidieron en ningún momento que la huelga se llevara a cabo ni que las asambleas se realizaran regularmente. Los médicos fueron visitados por las autoridades, que escucharon sus peticiones y velaron por su integridad física así como por el bienestar de sus familiares directos. Pese a ser un acto que iba claramente en contra de los deseos de las autoridades de esos años, no hubo sanciones ni se insinuaron castigos futuros. Las autoridades, sí, estuvieron siempre muy vigilantes a que la huelga de hambre no desencadenara la furia de los entes represivos.

La decisión del Dr. Fiedler fue tomada en forma rápida y segura, sin consideraciones a los riesgos a los que se sometía. Fue un gesto audaz y temerario, pues también afectó la situación de su propia familia: tanto su mujer María Susana, como sus tres hijos, se enteraron de su decisión en su casa en las afueras de Santiago cuando él no llegó a su horario habitual después del trabajo. No debe haber sido una decisión fácil, pues justamente en ese momento su esposa se encontraba en avanzado estado del embarazo de su cuarta hija, Francisca. Ambas familias pasaron por un período inicial de perplejidad, y luego también de incertidumbre y temor durante los días que duró el movimiento. Colegas y otros amigos del hospital estuvieron cerca de la familia de Carlos Fiedler, así como de la madre de Erwin Preisler, Emma, que vivía con él en La Florida.

Avanzó así esta manifestación sin que se obtuvieran inicialmente avances significativos. De forma un tanto misteriosa, al octavo día las autoridades anunciaron soluciones a los problemas denunciados y en asamblea se informó a la comunidad de los logros. No hubo celebración, vitores ni actos demostrativos, pero gradualmente se fue recuperando la calma, vinieron progresivos cambios en el hospital que alejaron la idea del cierre, y en los años siguientes se desarrollaron notables iniciativas: en el propio servicio de urgencia se modernizó el Servicio de Terapia Electroconvulsiva, a cargo inicialmente del Dr. Juan Vukusic, En el policlínico se creó la Unidad de Antipsicóticos –a cargo de la Dra. Verónica Larach W– con la incorporación primero de fármacos de depósito y luego de antipsicóticos atípicos; igualmente se creó la primera Clínica de Trastorno Afectivo Bipolar con los conocimientos que el Dr. Jorge Cabrera C. trajo desde Alemania. En cada uno de los sectores de agudos se incentivó el trabajo clínico y la formación de especialistas que en los años siguientes nutrió a los otros servicios de salud de psiquiatras bien capacitados, permitiendo a través de CONACEM la certificación del adiestramiento en práctica a los médicos que trabajaban en el Hospital. Los Dres. Fiedler y Preisler continuaron con

su ejercicio tal como lo venían haciendo desde siempre; posiblemente su gesto valeroso a favor del otro ha sido incomprendido hasta nuestros días, pero en cierta forma marcó un antes y un después; seguramente los alegró ver que los enfermos psiquiátricos, sus enfermos, recibieran nuevos tratamientos y beneficios de psiquiatras, becados de psiquiatría, otros profesionales, técnicos y funcionarios de este Instituto en el que ellos ejercieron, pese a enfermedades muy debilitantes que los aquejaron y retrajeron, hasta poco antes de sus muertes.

La realidad, las condiciones de trabajo y de vida en general en el Hospital Psiquiátrico de Santiago durante los primeros años de la década de los 80 eran muy desfavorecidas, precarias, alejadas de todo tipo de apoyo y de promoción por los servicios de salud y por las autoridades en general. Tras el golpe militar, unos años antes, permanecieron numerosos pacientes crónicos en inmensos pabellones, con mínimas comodidades, alimentación muy escasa y que llegaba a veces a lo miserable, muchas veces hacinados en estos edificios, aislados, durmiendo en jergones de paja. Dentro del espacio del Hospital se ubicaban, junto a los sectores de Agudos y el Servicio de Urgencia, varios departamentos de Crónicos incluidos los que estaban donde hoy está la plaza central, frente al Teatro Grez, y en los actuales estacionamientos. Igualmente había pabellones al otro lado de Avenida La Paz, en el lugar que hoy ocupa la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile y el Servicio Forense.

Otros espacios igualmente lúgubres y descuidados se extendían al otro lado de la Avenida Santos Dumont. La dotación del personal de enfermería y de médicos era escasa –tras el golpe militar permanecieron sólo 14 médicos en funciones– y el aumento posterior fue muy lento y progresivo, las horas de enfermería también eran reducidas, y su ejercicio sólo se extendía hasta las 17:30. Gran parte del cuidado de los enfermos recaía en funcionarios llamados *practicantes*, con rudimentos de conocimientos clínicos, con muy poca supervisión y un actuar que se hizo conocido en algunos casos por el descuido franco o directamente por el maltrato. La realidad del Hospital en esos años se condecía con un interés de las autoridades de entonces por disminuir la injerencia del sector público en temas tan sensibles como educación y salud, y en ese contexto la salud mental era muy poco tomada en cuenta, más bien ignorada, con ausencia de iniciativas por lograr un tratamiento adecuado y humano de las personas con enfermedades psiquiátricas. El porcentaje del presupuesto asignado a la salud del gasto público se había reducido de un ya muy insuficiente 4% a cifras aún más bajas.

Dentro de este escenario de insuficientes atenciones, de carencia de recursos e insumos para una gran cantidad de pacientes, el Servicio de Urgencia del Hospital Psiquiátrico no era una excepción, ni mucho menos, y funcionaba como el único centro

del país que atendía emergencias por enfermedades mentales de la población. Era prácticamente una especie de *Gran Sector de Agudos*, con la salvedad que se trataba a enfermos muy graves y descompensados; llegó a contar con tres salas de pacientes hombres –30 en total– y dos salas de mujeres –20 en total–. A principios de los años 80 sólo se contaba con un médico psiquiatra y una enfermera –que trabajaba hasta las 17:30 hrs.– para atender a los enfermos, y desde la época del golpe militar no había médicos becados en el Servicio. Gradualmente la dotación aumentó a dos enfermeras universitarias (EU) y a dos médicos que hacían turno de 24 horas. Las condiciones en el lugar eran de gran pobreza, pues aparte de la gravedad del estado clínico de los enfermos, no se contaba con ropa de cama, contenciones o vestuario adecuado para los pacientes, y la alimentación era de baja calidad nutricional, tanto para pacientes como para funcionarios, obligando a muchos de los últimos a traer su propia colación a los turnos. Tal ambiente adverso, complejo, era en gran parte suplido o atenuado por médicos, EU y personal de enfermería, en su mayor parte muy joven, casi todos a poco de su egreso de universidades y otros estudios y con mucho interés por la psicopatología y por dar apoyo a seres tan desvalidos. Pese a la ingratitud del medio, era gente que trabajaba con ahínco, con cargas laborales intensas (atendían en promedio 110 pacientes consultantes, además del control de los internados), y que veían como un desafío cotidiano estimulante el poder ejercer de ese modo. Destacaba también que pese a tales adversidades –o quizás por eso mismo– hubiera un ambiente cordial y próximo entre todos los que ahí trabajaban, con conversaciones en los espacios que quedaban, humor constante, cada vez que se podía, y esporádicas salidas en grupo a locales o quintas de recreo en los alrededores. Los registros de cambios de turnos en una bitácora eran descriptivos y ricos en los términos de la psicopatología clásica, literarios a veces, siempre con humor e intercambio de anécdotas. Casi todos los trabajadores de la unidad contaban con apodo, y aún hay recuerdos del *Arcipreste de Hita*, *el Príncipe Valiente* y *la Bo Derek*.

El 3 de marzo del año 1985 el Hospital Psiquiátrico de Santiago se ve transformado bruscamente por el terremoto de ese día domingo. El antiguo recinto con altas y enclenques edificaciones de adobe y algunas cubiertas de ladrillo sufrió la caída de departamentos, y la destrucción de otros que hizo inviable su subsistencia como lugar de residencia de crónicos. Se debió buscar la forma de derivar a muchos enfermos a otras instituciones, reduciéndose de un total de 1407 a poco más de 600. En los meses siguientes, a las restricciones presupuestarias que se arrastraban de la reforma del año 1981, se sumaron mayores limitaciones del gasto, viéndose presionadas las autoridades a disminuir insumos básicos, principalmente fármacos; clásicamente el hospital, con precios subvencionados por los laboratorios, podía adquirir fármacos de calidad y prestigio que permi-

tían que los enfermos más graves aplacaran su psicosis y otros cuadros floridos en tiempos relativamente breves. Durante esta nueva etapa de restricción, incluso los precios rebajados ofrecidos por los laboratorios no fueron posibles de pagar y debió cortarse el suministro de medicamentos imprescindibles tales como *Valium*, *Haldol inyectable* y *Valcote*. Tales nuevas restricciones complicaron enormemente el trabajo clínico, y creció el temor a que en los próximos meses el hospital debería dejar de funcionar. Se insinuaron movimientos de protesta y de exigencia de mejoría, sobre todo en las habituales reuniones clínicas de los lunes, pero no se lograba avanzar más, en parte por el comprensible temor a vivir en carne propia la drástica represión por los servicios de seguridad de la dictadura.

Epílogo

Los doctores Carlos Fiedler Krause y Erwin Preisler Schÿthe trabajaban desde varios años antes en el Hospital Psiquiátrico; habían ingresado incluso durante su época de estudiantes universitarios como auxiliares técnicos o bien a muy poco de empezar su práctica profesional. Eran personas discretas, sencillas, muy dedicadas al trabajo con los enfermos y se ganaban rápidamente el aprecio de los pacientes que los buscaban especialmente para atenciones en sus turnos. Ambos médicos tenían intereses humanistas en diversas áreas; desde la niñez eran muy buenos lectores y disfrutaban la música, especialmente la ópera; si se hablaba con ellos exponían con claridad sus intereses. Centrabn su quehacer profesional en el bienestar del enfermo, ejerciéndolo aún en condiciones muy desfavorables, sin darle incluso demasiada relevancia a retribuciones económicas; lo hacían en forma directa y activa, sin llamar demasiado la atención, conscientes de las adversidades que trataban de paliar con su esfuerzo. Sus familiares los recuerdan muy meticulosos en lo que emprendían, en sus estudios y trabajos, pero también en juegos, lecciones de vida, paseos y pasión por la naturaleza. Era llamativo el Dr. Preisler, pues pese a su forma retraída y silenciosa de ser, a su hermetismo habitual, sí lograba que los enfermos siguieran sus indicaciones y avanzaran en su mejoría; era férreo en su actuar, no desfallecía pese a largas horas de trabajo en el hospital y clínicas privadas de la periferia de Santiago, y su forma de ejercicio parecía tener que ver con una tradición familiar muy germánica, protestante y casi calvinista. Erwin Preisler era una persona que prestaba mucha atención, así lo atestiguan los que trabajaron con él, pero sus palabras eran escasas, no así su decisión que ejecutaba consecuentemente. Pese a su forma introvertida y prudente no se marginaba de instancias grupales y sociales, interactuaba, y varios recordaron algunos chistes paradjicos suyos de tinte muy alemán y desconcertante.

Siempre despertó mucho cariño el Dr. Fiedler, curioso, creativo e imaginativo, no siempre espontáneo, pero con contenidos muy ricos cuando se conversaba con él; era un hombre de una am-

plia cultura que había estudiado Antropología junto a Medicina, y realizado valiosos estudios sobre el pueblo mapuche con la destacada María Ester Grebe V. Su profundo interés por la sociedad y por el arte se arrastraba ya desde la época familiar en el seno de un hogar de inmigrantes alemanes del Cerro Alegre de Valparaíso, y dicen que su mirada y evaluación de los enfermos

los llevaba a abrirse y a sentirse próximos a él. Muchos colegas y funcionarios, e incluso algunos pacientes consultantes habituales, simplemente lo llamaban *Carlitos*.

Agradecimientos: al invaluable apoyo de la Bibliotecóloga del Instituto, Sra. Maritza Alderete Valdés.

Referencias

- Comunicación personal colegas médicos: Patricio Olivos A., Darío Céspedes G.; Jorge Vega, Carlos Cid, Italo Sigala, Alejandro Salinas, Sonia Tardito, Selva Beltrán.
- Aportes de información y gráfica: EUs M. Eugenia Aranda, Enrique Ruiz, Juan Toledo. Funcionarios: Juan Rapiman, Fernando Marín, Gloria Saavedra †.
- Familia de los Dres. Carlos Fiedler y Erwin Preisler: Francisca Fiedler, Susana Muñoz, Karl Fiedler, Angela Saffer Preisler.
- Documento de Vida Funcionaria.
- Grebe, María Ester, Fernández Joaquín, Fiedler Carlos. Mitos, Creencias y Conciencia de Enfermedad en la Cultura Mapuche. *Acta Psiquiat. Psicol. Am. Lat.* 1971, N° 3, 17: 180-193.
- Escobar, Enrique. Crónica Histórica del Servicio de Urgencia del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. *Psiquiat. Salud Mental.* 2005. XXII, N° 3-4: 145-150.
- Prensa: La Segunda, Las Últimas Noticias, La Tercera de la Hora, La Cuarta, Archivo Vicaría en línea.

Apéndices

Álbum fotográfico



Carlos Fiedler Krause. Médico U. de Chile. 5/6/1948-6/8/2006.



Erwin Gustavo Preisler Shythe. Médico U. de Chile. 2/7/1932-16/8/2004.

Reseña:

Psiquiatría y cultura

Artículos y ensayos escogidos. Otto Dörr Zegers
Colección Pensamiento contemporáneo.
Ediciones Universidad Diego Portales 2024. 308 pp.

Patricio Olivos¹



Este libro resulta de la persistente búsqueda del psiquiatra Otto Dörr, Premio Nacional de Medicina 2018, por comprender la complejidad de la realidad humana. *Psiquiatría y cultura* reúne una selección de sus artículos, fruto de varias décadas de trabajo clínico, investigación y reflexión apoyada en la cultura de Occidente.

En el Prólogo de su libro, explica el contexto en que escribió cada uno de los artículos, que

abarcaban materias muy diversas y que en apariencia no tienen relación alguna entre ellas, para terminar advirtiendo que el hilo que los une es su propia vida, por cuanto todos están inspirados en algún período muy importante de ella (como las largas permanencias en Alemania) o en un tema que le interesó y lo ocupó mucho tiempo (como le pasó con Rilke y Goethe). Otros surgieron de encuentros personales en mayor o menor medida determinantes para él, como es el caso de la imponente personalidad de Tellenbach, o el encuentro espiritual con Jaspers, a quien no se atrevió a visitar, aunque vivía a sólo 60 kilómetros.

Impresiona como Dörr hace de su vida obra, y también como ha sido escogido, invitado, por personalidades selectas a participar de algún modo en sus vidas y así ir construyendo la suya. Eso ya lo ubica en una altura intelectual y cultural, que busca compartir con nosotros sus lectores.

Otto Dörr se formó como especialista en Psiquiatría y Psicoterapia en las universidades de Freiburg y Heidelberg (1962-1967), donde obtuvo el Doctorado en 1972. Con ese bagaje volvió a Chile como Profesor en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, de donde fue desalojado en abril de 1976, con la llegada a la Dirección del Prof. Dr. Armando Roa, con el Rector Delegado Julio Tapia Falk. Se incorporó al Hospital Psiquiátrico en

1981, donde trabajó como jefe de sector y luego jefe de servicio hasta su jubilación. Durante esos años y junto con Mario Gomboroff formaron la Unidad Docente de Postgrado de la Universidad de Chile en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B.", donde se desempeña hasta el día de hoy.

Junto a numerosos capítulos y artículos en revistas científicas ha publicado los libros *Psiquiatría Antropológica* (1995) y *Espacio y tiempo vividos* (1996); las traducciones y comentarios a las *Elegías del Duino* y *los Sonetos a Orfeo* de Rainer María Rilke (2002), y *La palabra y la música. Ensayos inspirados en la poesía de Rainer María Rilke* (2007).

Con estos antecedentes aparece este libro "*Psiquiatría y cultura*" que, según Pedro Gandolfo, "plantea una esencial continuidad antropológica entre la mente y el alma, y la ciencia y el mundo de los significados culturales." Y Carlos Peña, Rector de la Universidad Diego Portales, en la presentación del libro en el Instituto de Chile, dice que "el libro contribuye a dilucidar la problematización de la existencia, mediante el esfuerzo sin fin que encontramos en la psiquiatría, en la literatura y en las humanidades."

En reciente entrevista Dörr afirmó que "La poesía es fuente de vida, alimento del espíritu y puede cambiar el mundo", y agregó: "El lenguaje, la palabra, nos hizo lo que somos: Seres humanos únicos e irrepetibles". Y definió su ser psiquiatra diciendo: "No concibo mi oficio de otra manera que como una permanente búsqueda del sentido de lo humano en general y del sufrimiento en particular, tanto del otro como del mío propio".

Los dos primeros artículos son dedicados a su experiencia con Goethe. El primero es la traducción e interpretación que hace del poema "*El legado*" de Goethe, una afirmación de la eternidad de la vida y del bien vivirla.

El segundo es sobre Goethe como científico, y su teoría de los colores, que anticipa el nuevo paradigma de las ciencias, también llamado ecológico o de la complejidad. Lo que Dörr aborda con mucho conocimiento y de modo sintético, intentando lle-

1. Médico Psiquiatra

varnos a una captación intuitiva de ese giro radical en el método de las ciencias.

Los ensayos tercero y cuarto son dedicados al poeta Rilke. El tercero, "*Resistir: el camino del poeta Rainer María Rilke para superar la melancolía*" es, se diría, clínico: parte refiriéndose a la melancolía de los genios, esa forma de depresión propia de los hombres extraordinarios, como ya planteó Aristóteles. Y lo ilustra con textos del poeta, quien sufrió desde temprano en su vida de repetidas pérdidas y privaciones. Rilke se enfrenta a ellas con una actitud de una perseverancia sin concesiones, expresada en sus escritos por verbos que tienen la connotación del resistir, aguantar, soportar, sobrellevar, tener éxito frente a una prueba, sobreponerse, superar. Los que expresan, en opinión de Dörr, categorías fundamentales bajo las cuales el poeta intenta comprender la vida. Concluye Dörr: "Desde esta concepción de la vida humana, tan próxima a la filosofía de la existencia, se nos hace comprensible el llamado de Rilke a resistir hasta el fin y a sobreponerse a todos los sufrimientos que la vida pueda depararnos. Fue sin duda su propio camino para evitar la depresión y el suicidio, pero también el que nos señala a todos y cada uno de los mortales."

En el cuarto ensayo, "El problema de la técnica en los *Sonetos a Orfeo* de Rainer María Rilke", Dörr nos presenta la visionaria advertencia que el poeta nos hace del peligro que significa la técnica y sus productos para el hombre, que puede resumirse en el verso:

*Oh, no pongáis, muchachos,
el valor en la velocidad,
ni en el intento de vuelo.*

*Todo está en calma:
sombras y claridades,
el libro y también la flor.*

En el quinto ensayo, "La superación de la neurosis por la genialidad: el caso del filósofo Soren Kierkegaard", Dörr retoma lo planteado en el primer capítulo sobre Rilke mostrando "la transformación experimentada por Kierkegaard, quien luego de haber superado el máximo dolor por su incapacidad de vincularse en profundidad con el ser que amaba, empezó a madurar su genialidad y junto con ello a cambiar desde la rigidez hacia la soltura, desde el aislamiento amargo hacia el contacto y la amistad, desde la inseguridad hasta el convencimiento de que su obra sí tenía un sentido y una trascendencia, y que por lo tanto debía ser compartida por los demás."

Un capítulo muy interesante es "La mayéutica socrática y los fundamentos éticos de la psicoterapia". La mayéutica era la se-

gunda y última etapa en el marco de su método de enseñanza filosófica, llamado dialéctica. La primera era la ironía, método de preguntas y respuestas, a través del cual Sócrates llevaba a su discípulo a reconocer su propia ignorancia: "Sólo sé que nada sé". Entonces el discípulo estaba en condiciones de encontrar el camino hacia la verdad y las virtudes y por esta vía modelar su alma para que llegaran a ser buenos ciudadanos.

Dörr plantea que el "hacer nacer la verdad en el otro", como pretendía Sócrates con su mayéutica, no es muy distinto de lo que pretende la psicoterapia moderna: ampliar los límites de la conciencia, reconocer conflictos escondidos o negados y aumentar con ello el ámbito de la libertad personal. Ya desde la medicina homérica el acto de curar enfermedades o heridas era acompañado de un ensalmo, hechizo o conjuro. Platón racionalizó los ensalmos, y para él el logos del médico será verdaderamente bello (*kalós*) cuando su contenido y sus formas sean adecuadas a la peculiaridad y a la situación del alma del paciente. En el diálogo Cármides, cuando éste le pide una hierba, un *pharmakon*, para sus dolores de cabeza, le responde que esa hierba no hacía efecto alguno si no era acompañada de una epodé, un bello discurso,

"pues es del alma de donde arrancan todos los males tanto para el cuerpo como para todo el hombre. Así pues, es el alma lo que ante todo y sobre todo hay que tratar si se quiere el bienestar de la cabeza y del resto del cuerpo. Y si el alma se trata nace en el alma la *sophrosyne*, y si permanece, será fácil lograr también la salud para la cabeza y para el resto del cuerpo.

En el artículo sobre "*Angustia normal y angustia patológica*" Dörr hace un análisis fenomenológico del síntoma más frecuente en toda la psiquiatría. Con una primera aproximación etimológica nos presenta el verbo griego de los tiempos de Hipócrates *anjo*, que en su sentido activo significa presionar, asfixiar, y en su sentido pasivo, ahogarse. *Anjoné* significa la cuerda que asfixia, *agón* la última lucha -de donde viene naturalmente agonía. En latín la palabra original es *angere*, que significa estrechar, oprimir, presionar la garganta, pero esto en un sentido tanto físico como moral. La palabra angustia también está emparentada con *angustus*, que significa estrecho, angosto.

Dörr plantea que la sabiduría de los pueblos va quedando plasmada en sus palabras, y que la etimología de un concepto cualquiera nos ofrece casi siempre notas esenciales sobre el fenómeno designado por él. Y que la angustia tiene que estar vinculada a la estrechez, a la opresión. Y a una particular experiencia del espacio vivido. También del tiempo vivido. Para Heidegger la angustia es un modo privilegiado del hallarse o encontrarse el ser humano (el *Dasein*) en sí mismo. Y esto por-

que lo arranca de su cotidianidad, en la cual habitualmente se pierde, para enfrentarlo a su más propio poder-ser, a su autenticidad. Para Zubiri, en cambio, la angustia tiene un carácter negativo, pues en toda experiencia angustiosa hay un cierto grado de despersonalización.

Dörr termina haciendo un fino análisis de lo que le ocurre al sujeto que sufre una fobia al vuelo, y que no logra lo que los sanos hacen de vivir el avión como un salón de su casa o de un hotel, transformándolo en un espacio familiar, sino que permanece siendo un absurdo tubo de acero cuyo destino natural, por la ley de gravedad, sería caerse.

Otro capítulo de interés clínico es el de *"Los trastornos de la alimentación (anorexia nerviosa y bulimia) y la posmodernidad"*. Dörr presenta primero la historia de la anorexia y de la bulimia nerviosas.

En la historia de la bulimia nerviosa Dörr escribió una página importante al publicar en 1972 una completa descripción, con el nombre de "Síndrome de Hiperfagia y Vómito en mujeres jóvenes", en que el síntoma principal es un imperioso deseo de comer grandes cantidades de alimento sin importar su calidad, realizado lo cual la paciente se provoca vómitos. Las crisis de hiperfagia y vómito tienden a presentarse primero en forma aislada, luego episódica, para terminar transformándose en una conducta casi permanente. Concomitantemente se observa estreñimiento, abuso de laxantes y estados distímicos cada vez más intensos y frecuentes. No hay aumento ni disminución significativa del peso. El síndrome pertenece, al igual que la anorexia nerviosa, al grupo de las conductas adictivas. Y la personalidad previa y la estructura familiar muestran cierta similitud.

Publicaciones posteriores, y su inclusión en el DSM III de 1980, no difieren mucho de esa descripción.

Dörr liga el surgir de estos cuadros, y su gran aumento, a las características de nuestros tiempos en la posmodernidad, con el imperio de la técnica, la obscenidad como puesta en escena y la pérdida del sentido religioso de la existencia.

En *"El encuentro con Dios en el mito y en la locura"* Dörr muestra como en la tradición literaria greco-romana, así como en los textos religiosos judeo-cristianos, este encuentro se da sin que el humano pueda ver a la cara a la divinidad: puede verla de espaldas, reconociéndola cuando va retirándose; puede escuchar su voz, pero tal como es Dios sólo puede verse en aquella vida en la que, para poder vivirla, hay que morir a ésta.

En el delirio de esquizofrénicos y epilépticos, en cambio, la divinidad aparece en forma directa, inmediata, y tan próxima que

puede llegarse hasta la total identificación con lo divino, dudando el paciente si él y Dios no son acaso la misma cosa, con lo cual la divinidad pierde toda su grandeza y majestuosidad.

Prolongación de este artículo es el que lo sigue, sobre *"El laberinto: espacio, mito y locura"*, en que presenta primero la fenomenología del "espacio vivido", que supone la existencia de un espacio físico u objetivo, y que es siempre *humorado* por el estado de ánimo de la persona que lo vive, lo que a su vez está influido por el espacio que lo rodea. Tiene *dirección*: un adelante y un atrás, un arriba y un abajo, una izquierda y una derecha. Siempre estamos orientados en el espacio y en camino hacia alguna parte, salvo en la situación del baile, la danza. El espacio humano o vivido además está permanentemente *referido a otro espacio* que él mismo por su intencionalidad, como los otros fenómenos psíquicos.

El espacio del laberinto tiene una atmósfera de espanto: un espacio al que es muy fácil entrar pero casi imposible salir. Además no lleva a ninguna parte, y lo único que se puede encontrar en él es un monstruo, el Minotauro, concebido en el apareamiento de una reina con un toro divino -y por ello también divino-, que se esconde en una suerte de centro, que tampoco se sabe dónde está.

Los humanos, como el Minotauro, somos a la vez bestiales y tiernos, conscientes e inconscientes, culpables e inocentes. Somos salvados del laberinto por la acción de un ser de la luz, ¿Teseo?, ¿Cristo?, con la ayuda del amor (Ariadna). El laberinto aparecerá más tarde en la historia humana como un rasgo central de la esquizofrenia, la forma moderna de manifestación de la locura. Y el nexo entre ambos lo constituye el manierismo, que usa el tema del laberinto así como el espejo, la máscara, el artificio y las monstruosidades. Dörr piensa que cada uno de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia se podrían comprender como la expresión de una forma extrema de manierismo y con una extraña vinculación con uno de sus temas favoritos: el laberinto. Y esto se refleja dramáticamente en su productividad artística, donde se puede apreciar que su vacío interior se transforma en un afán por llenar todo espacio externo posible; el miedo a sentir en profundidad como la total ausencia de perspectiva, y la dificultad para aceptar la condición dialéctica de la existencia se manifiesta en infinitos detalles innecesarios.

En *"Bildung (formación): un concepto esencial en el proceso educativo"*, Dörr nos presenta dos conceptos para él esenciales en la enseñanza y la educación: la *paideia* griega y la *Bildung* alemana.

La *paideia* o educación tenía como concepto fundamental la areté o virtud. Despertar en el niño el sentido del deber y del

honor. En el siglo de Pericles se agrega el ideal de abarcar lo humano en su totalidad, que incluía además el valor en la acción (del guerrero) y la nobleza del espíritu. Y con Aristóteles surge el amor propio como un elemento central:

"Quien se estima a si mismo debe ser infatigable en la defensa de sus amigos, sacrificarse en honor de su patria, abandonar gustoso dinero, bienes y honores para así entrar en posesión de la belleza."

Para los espartanos el fin mismo del Estado era la *paideia*, en el sentido de una estructuración de la vida individual de acuerdo con normas absolutas. La educación ateniense estaba orientada en cambio al cultivo de las artes y, en particular, de la poesía y de la música.

Dörr se explaya luego en el concepto de *Bildung*, o "formación", que aparece por primera vez con Meister Eckhart (1260-1328), que la definió como "un aprendizaje de la serenidad": la educación consistiría en un proceso por el cual el educador procura formar el alma del educando en la dirección según la cual fue formado por Dios, "a su imagen y semejanza". En la *Bildung* uno se apropia de aquello en lo cual se forma, y en la formación alcanzada nada desaparece. Kant habla de la responsabilidad que tiene cada cual de desarrollar sus propios talentos. Hegel afirmó que el hombre necesita de la *Bildung* porque, por naturaleza, "no es lo que debe ser". Requiere sacrificar la particularidad en aras de la generalidad; inhibir o controlar el instinto o el deseo, lo que va a permitir una mayor libertad frente al objeto. Cada individuo que asciende desde su ser natural hacia lo espiritual encuentra en el idioma y en las costumbres e instituciones de su pueblo algo que debe hacer suyo. Este proceso ya es *Bildung*.

Dörr agrega que su profesor Gadamer relacionó también la *Bildung* con otros dos fenómenos específicamente humanos: a) el sentido común planteado por Vico como lo que funda la comunidad: el hombre con sentido común es aquel que vive con la seguridad de la existencia de una profunda solidaridad con el otro. Capacidad que no tienen todos los hombres en forma natural y es una virtud más del corazón que de la cabeza, y por eso necesita ser "formada". Y b) el buen gusto, que, según Gadamer, "siempre está seguro de sus juicios."

Dörr termina afirmando que, si en todos los ámbitos del conocimiento práctico y teórico es la *Bildung* algo fundamental, más aún lo es en la medicina.

En su artículo sobre "*Karl Jaspers: el hombre, el filósofo y su trascendental contribución a la psiquiatría*", Dörr presenta a

Jaspers como uno de los más grandes filósofos del siglo XX, con una reseña de su vida durante el nazismo, que lo exoneró de su cátedra en la Universidad de Heidelberg por no haber aceptado la exigencia de divorciarse de su mujer, judía ortodoxa. Antes de eso Jaspers fue psiquiatra formado en la Clínica de Heidelberg, y en 1913 había publicado a los 30 años la primera edición de su monumental *Psicopatología general*.

En este artículo Dörr revisa someramente esta obra, y luego desarrolla lo que en su opinión constituyen aportes definitivos a la psicopatología. Para los psiquiatras chilenos estos son conocidos o debieran serlo durante la formación:

- La introducción del método fenomenológico.
- La introducción del método comprensivo.
- Los conceptos de proceso y desarrollo.
- El concepto de situación.
- El pensamiento dialéctico en psicopatología.

En el capítulo final del libro Otto Dörr hace "*Reflexiones en torno a la vida y obra del psiquiatra y humanista Hubertus Tellenbach*", de quien fuera discípulo y amigo en Heidelberg, y a quien trajo a Chile en seis oportunidades, dándolo a conocer entre nosotros, particularmente en su obra capital: *La melancolía*. El empleo del método fenomenológico y no de la constatación de manifestaciones externas (síntomas) le permitió postular, en 1961, la existencia de una sola depresión, que él llamó melancolía, rescatando el nombre de la enfermedad descrita por Hipócrates. No existiría una depresión "endógena" diferente de una "reactiva", pues todas serían "endo-reactivas". En cada depresión verdadera, en cada melancolía, concurrirían una tendencia (endógena) y una situación (reactiva) que rompe el equilibrio y desencadena la transformación depresiva. Pero estos cuadros no se presentarían sino sólo en aquellas personas poseedoras de ciertas características de personalidad cuyo conjunto él llamó "*typus melancholicus*". Personas no solo normales, sino en cierto modo "hipernormales", por cuanto concentraban en ellas una serie de valores estimados como altamente positivos: estilo de vida ordenado y adaptado a las normas, alta capacidad de trabajo y rendimiento, hipersensibilidad a las culpas y a las deudas y gran capacidad de entrega a los demás. Habría una relación entre el "*typus melancholicus*" y su rigidez y falta de libertad, con la situación desencadenante de cambio que constituye una amenaza existencial y desencadena la depresión.

Hay también un ensayo novedoso e informado que dedica Dörr al fallido intento de tiranicidio de Hitler encabezado por Claus von Stauffenberg, y el papel de la poesía en él.

Trabajo de reflexión:

Aproximaciones al análisis abductivo.

Javier Bascuñán¹, César Jara²

Resumen

La Inteligencia Artificial (IA) ha adquirido relieve en el contexto de las comunicaciones y toma de decisiones. El presente estudio analiza aspectos relevantes referentes a la toma de decisiones y los aspectos éticos en relación a considerar las características de las minorías, neurodivergentes o de género, buscando factores de inclusión desde una aproximación por medio del denominado análisis abductivo.

Palabras claves: Análisis Abductivo, Inteligencia Artificial, minorías, neurodivergentes o de género.

Summary

Artificial Intelligence (IA) has gained prominence in the context of communications and decision making. This study analyzes relevant aspects related to decision making and ethical aspects in relation to considering the characteristics of minorities, neurodivergent or gender, searching for inclusion factors from an approach through the so-called abductive analysis.

Key boards: Abductive Analysis, Artificial Intelligence, minorities, neurodivergent or gender.

Introducción

El pensamiento humano es auto reflexivo, se refleja sobre sí mismo; el Yo está en constante construcción y le da la base o sustento caracterológico o neurobiológico.

La existencia de Neuronas en Espejo, que nos permiten percibir los estados emocionales de nuestros congéneres y la intersubjetividad de las vivencias, supone un componente neurobiológico-social que nos permite relacionarnos, no solo entre nosotros mismos, sino también con nuestro entorno. El Yo se estructura en- conjunto-con-el-entorno (Sartre J.P., 1988).

Somos seres sociales y al igual que en todas las comunidades, las interacciones pueden ser extensivas al resto de la comunidad.

Referente al acontecer psíquico se ha pretendido homologar con los sistemas numéricos e informáticos, interpuestos entre

los receptores-sensoriales y los sistemas efectores-motores (Ferenczy citado por Stanton M., 1997; Lacan citado por Hasenbalg-Corabianu V., 2018 y Stanton M., 1997). Dichos planteamientos están ajenos a los factores afectivos; gran parte de las decisiones personales son motivadas por estados afectivos.

Desde un punto de vista operacional, el pensar es aconsejable abordarlo como una "caja negra" o *black box*.

Las palabras trazarían las complejas asociaciones espaciales y temporales del pensar. Al respecto Foucault (2016) ha planteado que los fenómenos mentales requieren de métodos de análisis diferentes de los utilizados en la patología orgánica y que solo con el *artificio del lenguaje* se le puede dar una formulación estructurada.

Es así que cuando se trata de designar un fenómeno mental sería más aconsejable utilizar el adjetivo "confiable" que "verdadero", dado que podemos obtener sólo una aproximación de los fenómenos mentales; una representación "aceptable" de lo realmente acontecido (Boncinelli E. & Ereditato A., 2022).

Las características sociales del ser humano condicionan diversos tipos de relaciones, determinadas por los signos, voces y puentes de significado mediados por el lenguaje. (Maturana, H, Stiles W, 2014).

Desarrollo

El Razonamiento Abductivo, se ha dicho, se encontraría en un lugar de mayor relevancia, generado por la conjunción de la teoría y la práctica.

En los inicios del Conocer, el conocer va de la teoría a la práctica y en una etapa posterior de la práctica a la teoría. Con un balance satisfactorio entre dichos elementos (memoria personal), más los antecedentes de los estudios previos (memoria social), se permite obtener las esperadas inferencias.

Se llama Razonamiento Abductivo al proceso lógico que se utiliza para llegar a una conclusión, incluso si no hay suficiente evidencia o información disponible. Por tanto, este tipo de razonamiento es útil en situaciones donde no hay suficientes datos y se busca estructurar una conclusión probable.

1. Ingeniero

2. Médico Psiquiatra Casa Avanza.

La abducción pasa de la observación de un hecho en particular a una regla o hipótesis que lo explique y va íntimamente ligada al razonamiento causal que lo motivó.

Las Inferencias Abductivas buscan la explicación de hechos particulares, no leyes ni generalizaciones como las inferencias inductivas o a su causalidad. (Zalazar, 1900)

En técnicas inferenciales se conjetura que la respuesta a hipótesis que parecen probables o verosímiles, se da dentro de un contexto de posibilidades infinitas (Metodología Bayesiana v/s Metodología Cartesiana de análisis de datos).

La resolución de problemas, por medio de este tipo de muestreo inferencial, no se caracteriza por un aprendizaje profundo y muchas veces se necesitan inferencias humanas, de tipo Abductivo, para la toma de decisiones.

Por otra parte es necesario tener una metodología para el manejo de los hechos particulares o trascendentes, tanto de su presencia como de su ausencia, que por lo general podían ser resueltas por el sentido común.

Se plantea que la deducción realiza "inferencias monótonas", dado que sus conclusiones tienden a ser permanentes. La Abducción debe hacer recursividad y revisar frecuentemente los preceptos o postulados iniciales.

El cerebro maneja la información en forma eficaz, no obstante tiene limitaciones, principalmente para reestructurar sus modelos de ideas en respuesta a nueva información (Piaget J., 2012). Se procede a analizar el concepto de Pensamiento Lateral, que guarda estrecha relación con la temática en estudio, para su abordaje metodológico (De Bono E., 2018).

En el pensamiento vertical la información se usa con su valor intrínseco para llegar a una solución. A diferencia de los modelos lineales existentes el pensamiento lateral pretende la disgregación de los modelos y la reestructuración en ideas nuevas, ambos sistemas son complementarios dada la capacidad autoorganizadora del cerebro. (De Bono E. 2018; De Bono E., 2022).

Al respecto De Bono establece un sistema lógico de Razonamiento para optimizar estos objetivos que podría ser abordada en otra revisión (De Bono, 2022). Fig 1.-

Errores sistemáticos y aleatorios.

Los errores aleatorios están contemplados como variaciones de los valores esperados, en el quehacer diario en el modelo de estudio, ya sea por factores ambientales, personales o accidentales en la conducta del modelo en estudio; pueden ser estimados por diversos métodos (incluyendo el estudio de los valores extremos).

Los errores sistemáticos se configuran por la inadecuada estructuración del modelo o sistema experto:

"A un grupo de niños se les pidió que hicieran cálculos numéricos mentalmente y luego con calculadoras en mal estado, confiaron en los resultados de las calculadoras"

Conclusiones

El uso de algoritmos predictivos motivó la implementación de auditorías independientes y regulaciones que aseguraran la implementación justa y sin prejuicios de la IA en contextos críticos, expresada por la evaluación de personas o situaciones en minorías.

Figura 1
Diferencias entre el pensamiento vertical y el lateral

Pensamiento Vertical	Pensamiento Lateral
Selectivo	Creador
Corrección lógica	Efectividad en si de las conclusiones
Selecciona un camino; es excluyente	Trata de seguir todos caminos
Selecciona el enfoque más prometedor para la solución de un problema	Busca nuevos enfoques y se exploran las posibilidades de todos ellos
Es analítico	Es provocativo

Fuente: (Bono E.,2018).

Fue ampliándose progresivamente del marco jurídico a la educación, la minería, los diagnósticos de salud, las labores de servicios al cliente, los créditos bancarios y así sucesivamente cubriendo diferentes áreas del acontecer diario.

Se motivó el desarrollo de nuevas soluciones técnicas para abordar y mitigar los sesgos de diferentes poblaciones de un modelo y generar criterios para asegurar que ciertos sesgos o variables no afectaran la representatividad de un modelo de IA. Toman relevancia los criterios de discriminación, representa-

tividad e inclusividad en la búsqueda de una ética aplicada a aquellos grupos invisibilizados socialmente, particularmente las minorías de género y las minorías neurodivergentes.

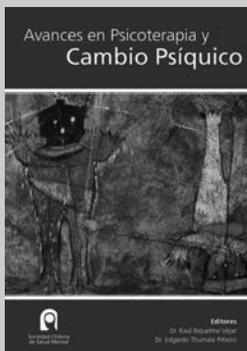
Es así como la IA aprende con los datos y comportamientos humanos y por ende va más allá de obtener un estadígrafo, sino que además es un instrumento que refleja nuestras inclinaciones morales y culturales y permite establecer tendencias y proponer soluciones en nuestra contingente y heterogénea realidad. (Arriagada G.,2024).

Agradecimientos a la Srta. Lisette Ahumada Díaz TENS en Gestión.

Referencias

- Arriagada G., 2024. Los sesgos del Algoritmo. La importancia de diseñar una inteligencia artificial inclusiva. Ed.La Pollera.
- Boncinelli E. & Ereditato A., 2022. El infinito juego de la Ciencia. Cómo el pensamiento científico puede cambiar el mundo.. Breviarios Fondo de Cultura Económica.
- De Bono E., 2022. Lógica Fluida. Una alternativa a la lógica tradicional. Ed. Paidós.
- De Bono E., 2018. El pensamiento lateral.Manual de creatividad.Ed. Paidós.
- Faucault M., 2016. Enfermedad Mental y Psicología. Ed. Paidos.
- Hasenbalg-Corabianu V.,2018. De Pitágoras a Lacan. Una historia no oficial de las matemáticas para psicoanalistas. Libros de La Araucaria.
- Larsen E., 2022. El mito de la Inteligencia artificial. Por qué las maquinas no pueden pensar como nosotros lo hacemos. Shackleton -books-.
- Piaget J., 2012. La equilibracion de las estructuras cognitivas. Ed.Siglo XXI
- Sartre J.P.,1988. La Trascendencia del Ego. Editorial Síntesis
- Stanton M. ,1997. Sandor Ferenczi. Instituto de Desarrollo Psicológico. Colección Sandor Ferenczi.
- Stiles, William B. Signos, voces, puentes de significado: cómo ayuda hablar. 2014, Psiquiatría y Salud Mental, XXXI N° 1, 97-105.
- Zalazar D. , 1900. Apuntes de Metodología de Investigación. Escuela de Salud Pública. U de Chile.

“AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO”



Este libro reúne a destacados especialistas chilenos y extranjeros en el intento de dilucidar los mecanismos y factores que promueven el cambio en las personas.

Los Editores son psiquiatras, iniciaron juntos sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile, en 1969. Se han interesado especialmente en el trabajo en Salud Mental. El Dr. Riquelme primero como director del Hospital Psiquiátrico de Putaendo y posteriormente como Director del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak", mientras el Dr. Thumala formó y coordinó los tres primeros centros de salud mental comunitarios intersectoriales en el SSMO en la década de los 80. Paralelamente, ambos han ejercido como psicoterapeutas. El Dr. Riquelme formándose como psicoanalista y el Dr. Thumala como terapeuta familiar y luego como terapeuta grupal psicoanalítico.

Número de páginas: 464

Misión

Sociedad Chilena de Salud Mental

La Sociedad Chilena de Salud Mental tiene por objeto el estudio, investigación, difusión y desarrollo de las diversas disciplinas científicas relacionadas con la salud mental.

En el cumplimiento de sus objetivos la Corporación podrá:

- a) Promover, realizar y auspiciar todo tipo de eventos científicos, tales como: Congresos Científicos, Simposios, Conferencias, Mesas Redondas y Charlas.
- b) Promover y realizar estudios, investigaciones científicas y cursos de perfeccionamiento.
- c) Promover el intercambio científico entre las diversas disciplinas relacionadas con la Salud Mental.
- d) Promover el intercambio societario con otras corporaciones similares, nacionales o extranjeras.
- e) Editar y publicar revistas y todo tipo de escritos científicos.
- f) Crear y sostener Bibliotecas.
- g) En general, realizar todas aquellas acciones encaminadas al mejor logro de los fines propuestos.

“La salud mental es tarea de todos”

REVISTA PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Normas de publicación

La Revista de Psiquiatría y Salud Mental invita a los profesionales de la psiquiatría, de la psicología, de las ciencias sociales y de otras áreas relacionadas con la salud mental, chilenos y extranjeros, a enviar trabajos originados en sus respectivos campos de acción a fin de que sean considerados para su publicación. Se aceptará trabajos inéditos, los cuales deberán ser enviados al Editor. El Comité Editorial podrá decidir como excepción calificada la publicación de trabajos que no cumplan estas normas. Los que se acepten pasarán a ser propiedad privada de la revista *Psiquiatría y Salud Mental* y no podrán traducirse ni reproducirse sin consentimiento escrito del Editor.

Artículos Originales

Deben estar escritos de manera clara y concisa, con letra Arial, tamaño 12, en un documento de word. Se enviará al Editor por mail y/o correo postal impreso y grabado en CD, incluyendo cuadros de texto, figuras y fotos originales. La extensión aproximada del texto será de 15 hojas tamaño carta. La Revista se reserva el derecho de introducir modificaciones formales en el título y/o en el texto, de solicitar modificaciones al autor principal o de rechazar la publicación, para tal efecto debe indicar dirección, mail y teléfono, para también enviar posteriormente, un ejemplar de la revista con el artículo publicado. El material enviado no será devuelto.

La primera página deberá contener:

- Título del trabajo en español e inglés.
- Nombre completo del autor (es), institución(es) de pertenencia.
- Dirección postal, mail y teléfono del autor principal.
- Resumen en español e inglés de un máximo de 200 palabras.
- Hasta 5 palabras claves, tanto en español como en inglés (key words).

Cada cuadro o figura se enviará en hojas separadas y numeradas con cifras arábicas dentro del texto. Sus títulos y pies de figura deben ser claros y breves y llevar el número correspondiente que los identifiquen.

Las fotografías deben ser originales impresas o en formato jpg bien contrastadas y de tamaño apropiado, las que se publicarán en blanco y negro, indicando el número de la figura y señalando la parte superior de la misma.

Los mapas, esquemas, diagramas y similares serán con figuras en negro con fondo en blanco, y seguirán las mismas instrucciones de las fotografías.

Esquema de Presentación

1. En la sección *trabajos de investigación* se aceptarán estudios cuyos resultados estén adecuadamente documentados y, cuando sea el caso, que cuenten con análisis estadísticos apropiados. Cada trabajo deberá estar organizado en lo posible y cuando corresponda de la manera siguiente:

Introducción: Esta debe ser una breve exposición de los antecedentes de la investigación y los objetivos del trabajo.

Material y Método: Información detallada del trabajo experimental y de la tecnología empleada.

Resultados: Descritos de manera precisa y concisa en lo posible en términos cuantitativos.

Discusión: En especial de la importancia de los resultados o de sus limitaciones interpretativas.

Referencias Bibliográficas:

1. Deberán limitarse a las citadas en el texto, situándose al final de éste numeradas por orden alfabético, siguiendo el sistema Vancouver de las publicaciones médicas. Sin embargo nuestra Revista quiere acoger y fomentar la producción científica multidisciplinaria, por lo que hemos acordado respetar la forma en que cada disciplina incorpora las citas en el texto y en las referencias bibliográficas, como son las referencias a pie de página propias de la filosofía y las ciencias sociales. O las Normas APA de la American Psychological Association, en el caso de los psicólogos.

2. En otras secciones se aceptarán **artículos relacionados con la salud mental, revisiones bibliográficas, ensayos, observaciones clínicas, cartas relacionadas con trabajos publicados o temas de interés, etc.** Su extensión máxima será la misma que los trabajos de investigación, aplicándose también las mismas instrucciones para figuras, cuadros, fotografías, esquemas, etc.

Reproducción de publicaciones:

El Comité Editorial excepcionalmente acordará la reproducción de publicaciones antiguas, tales como artículos, documentos y similares, en razón del interés de su contenido y la dificultad de acceso a la fuente original. La Revista acepta solicitudes o sugerencias en este sentido, las que deben ser dirigidas al Editor.



SOCIEDAD CHILENA
DE SALUD MENTAL

Formulario de Incorporación a la Sociedad Chilena de Salud Mental

Nombre: _____ RUT: _____

Profesión: _____

Dirección Profesional: _____ Comuna: _____

Fono: _____ FAX: _____

Dirección Particular: _____ Comuna: _____

Fono: _____ E-mail: _____

Nota: Indicar dirección preferencial para el despacho de correspondencia y de la Revista de Psiquiatría y Salud Mental.

Cuota de Incorporación

Efectivo

Documento

Cheque N°: _____ Banco: _____

Cantidad: \$25.000 (veinticinco mil pesos)

Fecha de Incorporación: _____

Firma Socio Activo

Firma Socio Activo

Firma Nuevo Socio

Observaciones: Firmas de dos socios activos para patrocinar al nuevo integrante. (Artículo 6° b de los estatutos)



SOCIEDAD CHILENA
DE SALUD MENTAL

Autorización

Por el presente documento, autorizo se me descuente por planilla de sueldo la cantidad de \$5.000.- (cinco mil pesos), correspondiente a cuota social de la Sociedad Chilena de Salud Mental, de la cual soy socio activo.

Nombre: _____

RUT: _____ E-mail: _____

Profesión: _____

Institución: _____

Jefe de Personal: _____

Dirección: _____ Comuna: _____

Fono: _____ FAX: _____

Fecha: _____

Firma