

Cambios En La Clínica Psiquiátrica: Algunas particularidades en un grupo de hospitalizados en sala de agudos (30 años), en un servicio de niños y adolescentes de Ciudad Habana, Cuba

Vivian Ravelo Pérez, Ana María Gómez

Resumen

Los cambios en la patoplastia de las enfermedades mentales son básicamente socioculturales. Al estudio científico de estos a través de la historia se le llama Psiquiatría Transcultural. Los objetivos de este trabajo son exponer la forma en que estos cambios se han producido a lo largo de la historia (sobre todo con del fin de las guerras napoleónicas), y algunas observaciones en niños y adolescentes de la sala de agudos del Hospital Docente Pediátrico del Cerro, de Ciudad Habana. Metodología: Se hace una revisión histórica regional y mundial. Se reseña el trabajo de 30 años de sala. Del libro de registro, se tomaron las historias clínicas de los años 1993 al 1996, y del 2001 al 2003. 443 y 324 respectivamente, de las que se tomó el diagnóstico al cierre, el cual se realizó siguiendo las descripciones clínicas y pautas de investigación de la C.I.E. 10. Hasta el año 2003 fueron atendidos 270,486 pacientes por consulta externa, y 3334 hospitalizados. Haber sido una observadora participante durante estos años contribuye a las consideraciones que se realizan. Comentarios y resultados: Prácticamente toda la psicopatología del adolescente es nueva. En los trastornos neuróticos los síntomas son cada vez más somáticos, los trastornos afectivos se han incrementado, hay fobias que han desaparecido y otras son epidémicas. El contenido de los delirios ha cambiado. En sala, en los grupos estudiados, los trastornos depresivos tienen el primer lugar. Ha habido cambios en la evolución de las psicosis, son más benignas. Los delirios, de carácter técnico o de daño. Los trastornos histéricos, conversivos y disociativos, muy disminuidos,

igual que la Anorexia Nerviosa. La solicitud de asistencia por drogas hasta los 15 años es casi 0. No hemos tenido ningún caso por SIDA. Hay más trastornos reactivos depresivos, con la pauta de intento suicida. Se ha reducido de forma significativa el promedio de estadía (de 35 días en 1984 a 7 en el 2003), y disminuido en el segundo trienio el número de ingresos (100), en relación con: criterios de trabajo de U.I.C., medicina comunitaria, y centros de salud mental comunitarios. El trabajo es sumamente interesante y debe ser extendido.

Introducción

Al estudio científico de las modificaciones que las enfermedades van presentando a lo largo de la historia, dentro de la misma cultura y sociedad, se le llama Psiquiatría Transhistórica. El primer capítulo escrito al respecto en un tratado de Psiquiatría fue realizado por el profesor Alonso Fernández, el cual está además comprometido con el acunamiento del término.

Los cambios que se producen pueden estar condicionados por factores biológicos y por factores socioculturales. En psiquiatría los cambios más importantes son los socioculturales.

El concepto de cultura se origina en Inglaterra, ya que fue E. Tylor quien lo definió primero como ese complejo total que incluye todo conocimiento, creencia, arte, moral, costumbre y cualquier otra capacidad o hábito que el hombre adquiere como miembro de la sociedad, refiriéndose a diferencias específicas

entre el hombre y los animales, conduciéndose así a la antítesis clásica entre naturaleza y cultura (Bustamante, 1975).

Una breve explicación sobre aspectos históricos y culturales de América Latina, y de Cuba en particular, nos puede facilitar la comprensión del tema.

Los descubridores europeos encontraron en América culturas de alto grado de evolución, como los Aztecas, Mayas, Chibchas y Quechuas, así como otros de nivel neolítico superior, como algunas tribus del Mar Caribe. En cinco siglos han llegado a América migraciones de todos los continentes, se estima que ésta debe ser la región más plural del mundo; junto a ellas vinieron plantas, animales, costumbres y culturas de todos los rincones del planeta (Carpio, 1995).

Estas culturas que vivían un tiempo circular marcado por ciclos de largos períodos, no fueron abolidas por el proceso de conquista y colonización; lo que sí aconteció fue el montaje de una nueva estructura abarcando todas las instancias de lo político, jurídico, económico, cultural y social que obedecía al ordenamiento existente en las potencias coloniales. Luego de este proceso, en muchos casos sangriento, no solo quedaron las creencias de estas culturas, sino también su forma de producir conocimiento para comprender la vida (Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, GLADP, 2004).

Sobre la América Profunda se impuso la América Hispana. Se trajo africanos en calidad de esclavos para el cultivo y la labranza. Se mezclaron con diversa intensidad, las etnias, las costumbres y las culturas, y así comenzó a gestarse una América Mestiza.

Hubo una importante demora en la identificación y el estudio del mestizaje, no solo por la asfixiante realidad colonial y su secuela de cultura dependiente, sino también por el caos emancipador, el influjo del positivismo extranjerizante y la nostalgia de los intelectuales de las primeras décadas del siglo XX. Personas como Simón Rodríguez se

atreveron a hablar de explorar posibilidades distintas, planteando la necesidad de atender a lo autóctono. También el peruano Arguedas reconoció el valor potencial y real del mestizaje como lecho de una nueva cultura nacional indoamericana (Arguedas, 1989).

Un nuevo y asfixiante descubrimiento de las culturas autóctonas y de las que se estaban desarrollando a partir del mestizaje se produjo a partir de los movimientos independentistas de finales del Siglo XIX y comienzos del XX, arropados con vestiduras ideológicas de la modernidad francesa. Luego, en el Siglo XX, dos guerras mundiales y una guerra civil española producen una nueva oleada migratoria de europeos hacia América. Dictaduras, democracias, procesos revolucionarios frustrados y avances tortuosos hacia ninguna parte caracterizan a Latinoamérica (GLADP).

El presente trabajo tiene como objetivos realizar una revisión de los cambios socioculturales que han dado lugar a las modificaciones en la clínica psiquiátrica, y particularizar en algunos de los cambios que hemos observado en 30 años de trabajo en una sala de agudos de Psiquiatría Infante Juvenil.

Desarrollo

Etnopsiquiatría latinoamericana.

No puede hablarse de una etnia latinoamericana. El concepto etnográfico tiende hoy más a identificar una comunidad histórica, social y cultural, que un grupo racial, pues las razas puras solo existen en la mentalidad de los hombres (Alonso Fernández, 1989).

Existen sin embargo aspectos de las culturas regionales que sí deben ser destacados desde un ángulo antropológico y psiquiátrico. El concepto de familia y la relación de pertenencia al grupo comunitario son seguramente distintos en México, Cuba, Venezuela, Argentina, Colombia, Brasil y las restantes subregiones. En Cuba viven en una misma casa más de una generación, esto

implica importantes complejidades, pero la familia ampliada continúa existiendo, y familiares además de los padres juegan un papel importante en la educación y el cuidado de los niños. Los vecinos además tienen una destacada función y son personas como si fueran de la familia; en realidad muchas veces lo son.

El Laberinto de la Soledad de Octavio Paz revela un mundo de significaciones difícil de encontrar en otros ambientes. Allí aprendemos que rajarse en México constituye una tragedia más radical que cualquiera de los cuadros clínicos descritos hasta ahora, por lo que un psiquiatra debería profundizar en el estudio fenomenológico y antropológico de la vergüenza para comprender mejor eventuales vulnerabilidades emocionales del mexicano.

Al lado del discurso racional y moderno de la medicina sobre la enfermedad, existe el discurso popular, folklórico o étnico, que trata de integrar la comprensión de los procesos morbosos en una concepción amplia y total de la enfermedad, de la vida y de la muerte. Ambos discursos pueden coexistir, dialogar y también entrar en conflicto. El psiquiatra debe comprender al hombre en su mundo de vida, aquel donde construye su saber, o de lo contrario no entenderá nada acerca del paciente ni de su enfermedad.

Hoy se sabe que hay enfermedades que tienen una extensión pancultural. El Latha que inicialmente fue descrito en Java, también se ha observado en Alaska. En América Latina abundan ejemplos similares. La sociología y la antropología han ayudado a identificar las elaboraciones que sobre la enfermedad mental se hacen en determinadas subregiones étnicas; también algunas peculiaridades terapéuticas y etnofarmacológicas que incrementan el saber de la psiquiatría universal (GLADP).

Como señala el prof. Evelyne Pewzner-Apeloig (1996), las manifestaciones psicopatológicas y la representación de la enfermedad mental, ya sean eruditas o no, varían notablemente de un universo a otro. Esto ha sido demostrado en los últimos 20 años mediante ejemplos tomados de contextos

diferentes: África Negra, el Maghreb, las Antillas, la isla de la Reunión; esto es en cuanto a trabajos de lengua francesa. Aquí nos encontramos con modelos de la locura que colocan el daño en el exterior del sujeto. La brujería explica de manera muy ilustrativa esta concepción de la enfermedad.

La Dra. Silvia Bustamante (1987) hizo un estudio en Santiago de Cuba, sobre criterios populares acerca de la enfermedad mental y su tratamiento, el cual incluye a una muestra de población urbana y rural, de personas de más de 15 años. Ambos grupos eran capaces de identificar al enfermo psiquiátrico y señalar la necesidad del tratamiento. Aunque el concepto de doble causalidad es extendido (natural y sobrenatural), solo en pequeñas comunidades agrarias predominaba la medicina tradicional al lado de los servicios de salud. Las creencias populares influyen de modo importante en la decisión del tratamiento y existen también actitudes de rechazo. En general se inclinan al uso de los servicios médicos, pero están presentes las creencias de maleficios, mal de ojo, brujería, mediumnidad, etc. y el empleo de remedios caseros, sobre todo la albahaca morada.

La creencia del mal de ojo tiene un amplio registro geográfico; se produce por una persona de mirada fuerte y poderosa, que generalmente observa a un niño particularmente hermoso que resulta enfermo de pronto, con fiebre, decaimiento, llanto. También un adulto, planta o persona puede ser afectado. Las madres temen a quien mira a sus hijos con envidia, y los protegen con un amuleto de azabache. El tratamiento es una purificación producida por un curandero. En Cuba se hace leyéndole al afectado la oración de San Luis Beltrán. Deben hacerlo 3 personas. Hay beatas que se especializan en esto.

Existe también la creencia en Cuba de que si una mujer embarazada se expone a la luz de la luna, o mira un eclipse, el niño nacerá con un lunar de sangre (angioma) en la cara.

En Venezuela se recomienda no exponer a los recién nacidos a la luz de la luna, pues cogen frío en la mollera y esto produce pasmo.

El chamanismo se encuentra muy difundido en las tribus autóctonas de América; es un psicopompo que a través del éxtasis logra comunicarse con los del más allá. Tienen un alto rango en la sociedad tribal, donde se les teme y respeta.

Desde África llegaron los negros a América como esclavos. La santería, un sincretismo que resulta de la religión Yoruba y la Católica, forma parte del quehacer religioso de nuestra sociedad, que alcanza tanto a cualquier hombre humilde de nuestro país, como a uno de nuestros más conocidos y famosos artistas; nos referimos a Wifredo Lam, que si no en todas, sí en muchas de sus pinturas aparece Eleguá, una de las deidades africanas, la que abre los caminos, a la que rinde tributo exponiéndola en sus obras. Esta misma manifestación recibe en Brasil el nombre de Candomblé.

El espiritismo ha alcanzado una amplia difusión en partes de América Latina. De esta brevísima exposición etnográfica puede concluirse que la influencia racionalista de Occidente no ha excluido otras formas de percibir la vida, la enfermedad y la muerte que subyacen en el imaginario latinoamericano (GLADP).

Pero además de estas expresiones ancestrales y otras descritas por ejemplo en manuales de Clasificación, hay nuevos problemas psicosociales en Latinoamérica que algunos autores, como Montenegro (1998), consideran prioritarios, como el desempleo, la discriminación, la degradación ambiental, la urbanización creciente, el abuso y comercio sexual de menores, el consumo de sustancias, las torturas, la violación de derechos humanos, la competitividad, el estrés y el SIDA. Este mismo autor propone que hay nuevas enfermedades que incluyen nuevos crónicos, enfermos desinstitucionalizados, más demenciados por envejecimiento de la

población, más trastornos concomitantes y discapacidades físicas y mentales diversas.

La realidad cubana con un régimen social socialista ha logrado en nuestra población unos resultados dignos de reconocimiento, que nos liberan de una parte de las calamidades que viven los seres humanos en estos tiempos. La mortalidad infantil está por debajo de 7 por cada mil nacidos vivos. El derecho primero del ser humano es el derecho a la vida y éste está garantizado. Los niños son nuestros grandes privilegiados. Todo el país tiene cobertura por los médicos de familia. Muchos índices de salud son semejantes a los de los países desarrollados.

La educación en Cuba es obligatoria hasta el noveno grado. El país está inmerso en estos momentos en una gran revolución educacional llevando la universidad a los municipios; en el caso de la medicina, al policlínico. Decenas de miles de personas realizan hoy estudios universitarios.

Todos los niños discapacitados reciben algún tipo de atención. La seguridad social garantiza la atención de los más desvalidos. El índice de desocupados es mínimo. Pero Cuba es un país pobre y subdesarrollado; vivimos en este mundo unipolar y globalizado, donde impera la fuerza y la voluntad de los poderosos. El terrorismo, las guerras y demás calamidades nos afectan a todos, no importa el lugar en que nos encontremos, de qué lugar del mundo seamos, ni de qué clase, o cuál cultura; por lo que somos parte de los males que afectan al planeta hoy.

La clínica de las enfermedades psiquiátricas expresa cambios relacionadas con estas realidades psicosociales.

Alonso Fernández (2004) describe los cambios más importantes de las enfermedades mentales en los últimos 200 años en un ensayo realizado al respecto, y expresa las siguientes: Ha habido solo 2 cambios biológicos, la desaparición de la parálisis general progresiva, como resultado de los tratamientos antisifílis, y la desaparición de un cuadro de catatonía

letal, llamada catatonía de Staufer. No se sabe si era un tipo de encefalitis, o el resultado de alteraciones respiratorias y cardiovasculares como consecuencia de la deficiente atención que se prestaba a estos enfermos.

Los cambios socioculturales han tomado una mayor relevancia; la cultura y la sociedad están siempre evolucionando, lo que va originando cambios en la mentalidad del ser humano y, por supuesto, también psicopatológicos. En los últimos 200 años se ha dado una gran crisis sociocultural. Según los antropólogos, estamos en la segunda gran crisis que hace época, que comenzó en el siglo XVIII, y se evidenció en el 1815 en que terminaron las guerras napoleónicas. Los trastornos psiquiátricos cambian con más intensidad que en todos los tiempos anteriores.

A partir de 1815 el progreso material científico-industrial se acelera y al mismo tiempo la constelación libertad-razón que es obra de filósofos idealistas franceses y alemanes, lo cual modificó la cultura que podemos llamar tecnoburocrática; lo más sobresaliente en la sociedad que se puede llamar opulenta, es la tendencia al consumo o consumopatía, y en lo seres humanos se da como consecuencia lo que se llama mentalidad tecnificada, neoburguesa por Sombart, o el hombre masa por Ortega; de estos cambios humanos básicamente parte el cambio de la psicopatología.

En esta mentalidad, el yo corporal está preso de un hedonismo y de temores al dolor que son consecuencia del narcisismo corporal. En el yo psíquico, por un lugar la desespiritualización, el ansia de lucro, la inversión de valores, y en cuanto al funcionamiento de la razón, es verdad que por primera vez en la humanidad el binomio razón-libertad se ha impuesto, pero muchas veces manejamos más la razón como racionalización que como razonamiento. En cuanto al yo familiar, se ha impuesto la revolución femenina y abarca sobre todo la crisis de pareja, con la incorporación masiva de la mujer al trabajo y la cultura; es curioso la infertilidad que se presenta voluntaria e

involuntaria. El hombre de hoy aporta un porcentaje mayor de infertilidad que el que producía hace 50 años. En cuanto al yo social, se ha disminuido mucho la comunicación social; se ve más a los otros como a rivales, hay más aislamiento y falta de solidaridad.

Por otra parte, somos cada vez menos dueños del tiempo, que nos devora en forma de estrés, prisa, y el espacio físico se ha superado por medios tecnológicos; no nos comunicamos con un vecino o compañero y sí lo hacemos con otros a decenas de miles de kilómetros, por Internet por ejemplo. Las consecuencias de los anteriores fenómenos se evidencian en la psiquiatría.

Cambios psicopatológicos.

En la psicopatología del adolescente se dan nuevos problemas, que no existían anteriormente, dependencia de drogas, de abusos, de consumo de sustancias, de Síndrome de Hiperactividad con Déficit de Atención, trastornos alimentarios y del sueño. Porque antes la crisis del adolescente era muy breve, y ahora comienza la adolescencia mucho antes, pero termina mucho después. Se ha transformado en la segunda gran edad de la vida. Se ha adelantado la madurez física, pero la madurez de la personalidad se ha atrasado (afectiva, emocional y social). Las relaciones del adolescente con el adulto se han modificado, se han distanciado de los progenitores, y personajes de la televisión o populares pueden ser más importantes que la madre o el padre. La psicopatología del adolescente es en gran parte una psicopatología nueva.

Las adicciones sociales que siempre existieron se han manifestado masivamente desde finales del siglo antes pasado.

En las neurosis se ha dado una gran transformación, las neurosis históricas prácticamente han desaparecido, pero las expresadas por alteraciones somáticas han aumentado tremendamente. El hombre antes tenía más un pensamiento mágico y una capacidad de comunicación con los demás,

para la que el hombre de hoy ha perdido habilidades. Los síntomas en la histeria se ubicaban afuera, en las neurosis viscerales se ubican adentro.

Fobias: el hombre antes no temía a la vejez, la miseria y las enfermedades discapacitantes, como teme el hombre de hoy; son fobias nuevas. La vejez era deseada, pues pocos llegaban a ella, a los ancianos se les respetaba en la sociedad. El anciano era el consejero de la tribu. La fobia al dolor (algofobia) es de las grandes fobias de hoy; se ha perdido familiaridad con el dolor. Durante las guerras napoleónicas, a los soldados se les amputaban piernas sentados en un tambor y fumando en pipa, y lo resistían fantásticamente bien. La tatiophobia (miedo a ser enterrado vivo), ha desaparecido.

Las fobias sociales se han incrementado mucho, menos la fobia escolar. El nivel de autoestima del hombre ha bajado, hay más inseguridad, más temor a los demás, que se ven como a rivales.

Para asegurarse creyentes, la iglesia alimentó mucho el miedo al demonio, que ha disminuido mucho, pues la misma ha cambiado a orientaciones más racionales.

El miedo a los aviones es una gran epidemia. La fobia a las serpientes ha disminuido; son animales más familiares, sin embargo la muridofobia se mantiene.

Sobre el miedo a la muerte, a las muertes apocalípticas ha disminuido. El miedo al hambre se mantiene, pero en menos cuantía.

En los últimos 40 años la depresión se ha incrementado con el doble de frecuencia. Ha habido una importante pérdida de valores; para Alonso-Fernández las que se llaman situaciones depresógenas son las responsables: aislamiento, estrés, crisis, pasividad e inactividad y aislamiento, que son mucho más frecuentes que antaño. En la depresión se daban preocupaciones por la salud espiritual, corporal y culpa. Las ideas delirantes de culpa han disminuido mucho y aumentado las hipocondríacas. Pudiera ser por la

disminución de la profundidad de la espiritualidad que se ha producido.

Las depresiones con expresión somática se han incrementado, hemos perdido capacidad de comunicación mental. Se ha extendido una forma de personalidad mucho más frecuente en los hombres que es la personalidad alexitímica, que también tiene que ver con la capacidad de comunicación.

Hay además depresiones que se manifiestan con delirios discordantes, como las depresiones paranoides, que conducen incluso a los suicidios altruistas.

Finalmente, la esquizofrenia; lo más importante es que ha disminuido la catatonía, se han incrementado las esquizofrenias juveniles paranoides, se han distanciado las esquizofrenias masculina y femenina. La masculina se ha vuelto más precoz, más juvenil, más maligna. La de la mujer es más tardía, más benigna y más sensible a los factores terapéuticos.

Los delirios en la esquizofrenia han dejado de ser temas religiosos, y tienen contenidos técnicos (ondas, energía eléctrica, etc.).

El D.S.M.-IV hace referencia al cuidado que los clínicos deben tener al evaluar los síntomas de la esquizofrenia en contextos socioeconómicos o culturales que son distintos al suyo. Ideas que parecen delirantes en una cultura (p.ej. brujería, sortilegios) son de uso corriente en otras.

En algunas culturas, alucinaciones visuales o auditivas de contenido religioso son una parte normal de la experiencia religiosa (p.ej. ver a la Virgen María u oír la voz de Dios).

Hay un interesante estudio mexicano que ilustra cómo en culturas no europeas la frecuencia de las alucinaciones visuales está en estrecha relación con las auditivas. Este trabajo lo realizó Krassoievitch et al. (1982) con pacientes esquizofrénicos. Estos autores formulan la hipótesis de que hay factores culturales que favorecen el predominio visual.

(Citado por Sergio Javier Villaseñor, 1996). Las categorías populares de la enfermedad en China consideran a la depresión un problema somático, mientras esa misma categoría en Norteamérica es considerada como un problema psicológico.

Comentarios y discusión

Vistos los anteriores aspectos y motivados por tres décadas de trabajo como observadora participante, a través de las cuales algunos cambios han sido constatados en el trabajo con niños y adolescentes en la sala de agudos de Psiquiatría Infantil del Hospital Pediátrico del Cerro, se realiza esta parte del trabajo.

La sala fue inaugurada en el año 1974, por la Dra. Elsa Gutiérrez, y es la sala más antigua de Cuba en un hospital pediátrico. En este servicio han sido atendidos por consulta externa, hasta el año 2003, 270 486 pacientes, y hospitalizados 3334. Se presenta una revisión de las historias clínicas de los años 1993 al 1996, y de Enero 2001 a Diciembre 2003, con 443 y 324 hospitalizados respectivamente. El diagnóstico se realiza siguiendo las descripciones clínicas y pautas de investigación de la C.I.E. 10.

Los 5 primeros diagnósticos se mantienen sin cambios, tienen el mismo orden. Si cambia la cantidad de hospitalizados, hay más de 100 menos, nos parece que esto puede estar relacionado con varios hechos básicamente, la atención primaria de salud, la presencia de psiquiatras infantiles en la comunidad, solo queda un municipio en Ciudad Habana que no tiene, y la apertura de los centros comunitarios de salud mental. Además la estadía que era en 1984 de 35 días es ahora de 7 días.

Los trastornos depresivos tienen un amplio predominio en los hospitalizados y por trastornos reactivos, lo cual es esperado por las edades que tratamos. Se hospitalizan, pues la mayoría de ellos han realizado intentos de suicidio, garantizando con esto una observación más cuidadosa, una rápida y completa evaluación de la problemática, la

disponibilidad de la familia en esta situación de crisis, criterios con los que trabajamos en general con los hospitalizados (intervención en crisis), unido a la posibilidad de un tratamiento más enérgico e integral en un tiempo breve. Nunca se ha suicidado ningún paciente del servicio. Y nuestro índice de reingresos es sumamente bajo, 2 o 3 pacientes por año, los cuales tienen pésimas condiciones socioeconómicas.

No hemos observado ninguna peculiaridad en cuanto a los retrasados mentales, ni a los trastornos disociales.

En cuanto a las psicosis, hace más de 20 años cambiamos algunos criterios en relación a la conducta a seguir, que nos parece son los responsables de parte de los cambios que vemos en ellos. La evolución hacia la mejoría es más rápida, los síntomas son menos intensos, la desorganización de la personalidad es menor, menor el tiempo de estadía, menos reacciones extrapiramidales. Y no han sido reportadas discinecias tardías.

Los diagnósticos son sospechados más rápidamente, y llegan rápido a la atención secundaria, desde la primaria. El tratamiento tiene un inicio precoz.

Usamos dosis medias de medicamentos, generalmente iniciamos con dosis bajas y los incrementos se hacen progresivamente; son individualizados.

Se realizan periodos de limpieza.

No se usan de rutina los antiparquinsonianos; no se hace polifarmacia.

El trastorno por déficit de atención ha incrementado mucho su frecuencia, sobre todo en consulta externa; los hospitalizados por éste están generalmente complicados.

Las relaciones en cuanto al sexo son las indicadas en general en la literatura. En las etapas tempranas de la vida hay más del sexo masculino, a partir de la adolescencia comienza a predominar el femenino, sobre todo en los trastornos afectivos.

No tenemos drogadictos en esta revisión y prácticamente no ha habido, lo cual creemos está vinculado a las edades que atendemos; son generalmente menores de 15 años, pero existe un intenso programa nacional de prevención de la drogadicción, y éste no era en absoluto un fenómeno que existiera en nuestros jóvenes hasta hace solo unos años, básicamente después de los primeros años de la década del 90.

Anorexia nerviosa casi no vemos, no más de 12 en 20 años; nuestros patrones culturales de la belleza no incluyen la delgadez extrema, nuestros patrones de la moda no son los del consumismo. En los últimos 10 años no hemos hospitalizado ninguna.

Sobre el autismo infantil, las cifras son bien bajas, antes se hospitalizaban a tiempo completo para observación, estudio y diagnóstico, ahora se hace por hospital de día, o ambulatoriamente. Sin duda, hay más experiencia en el diagnóstico. Si bien es cierto que 2 estudios relacionados con prevalencia indican que nuestras tasas son muy bajas (4 por 10 mil) en relación a lo que el mundo reporta (10 a 20 por 10 mil), pudieran intervenir aspectos relacionados con la dieta, la genética, uso de antibióticos, y aspectos culturales.

No hay prácticamente en nuestros casos trastornos por estrés postraumático; las condiciones para que sucedan existen, por ejemplo los huracanes, como este año y el pasado, más de uno que han provocado daños intensos. Pero existen mecanismos sociales de apoyo que funcionan, y hay familia, incluida la ampliada, que colabora intensamente. Además, hemos desarrollado mecanismos de afrontamiento que la exposición permanente a dificultades serias ha desarrollado, amenazas de invasión, bloqueo, adversidades económicas que han puesto en juego la necesidad de crear e inventar. Unido a características de los cubanos: capacidad de comunicación, muy buen sentido del humor, ridiculización de la tragedia, un país con mucho sol y luz todo el año, además de otros

factores sociales que también intervienen, como el nivel cultural del pueblo cubano.

Ni un trastorno del vínculo ha sido hospitalizado; la madre acompañante en los hospitales, en todos los servicios, es sin dudas un factor importante de prevención.

Trastorno de la Identidad Genérica, tal como se describe en la C.I.E.-10, en 20 años se ha diagnosticado solo 1.

Síndrome de Gilles de la Tourette, es también una enfermedad que vemos, con bajísima frecuencia; igual sucede con el Síndrome de Von Mouchassen por poder, el trastorno ficticio y las Dismorfofobias.

Diagnósticos de otras especialidades como el maltrato, sobre todo emocional, sí es frecuente en nuestros hospitalizados. El Asma Bronquial es una entidad que aparece con relativa frecuencia, pues es una enfermedad frecuente en nuestro medio.

En el orden religioso, con relativa frecuencia, se observan en los hospitalizados, resguardos, y sobre todo en pacientes que presentan trastornos psicóticos agudos, así como la asistencia por los familiares a consultas con sus guías religiosos, sobre todo santeros. Lo cual está claramente relacionado con nuestra historia.

La temática es muy interesante; éstas son solo algunas observaciones relacionadas con un grupo específico, y para nada son generalizables. Que las mismas se amplíen pudiera ser conveniente, para poder ser más concluyentes.

Conclusiones

Concluimos que hay importantes cambios, los que guardan relación con vivir en este mundo globalizado de hoy, muy desigual, contradictorio, e incierto. Nuestra realidad se vincula a él, pero con diferencias muy marcadas, en relación con un sistema único de salud, que descansa en la medicina comunitaria, donde todos los niveles son

importantes, y la atención en cada uno de ellos es integral, con un fuerte vínculo entre cada uno, lo que nos ha permitido bajar la estadía, el número de ingresos, y que por supuesto disminuyan los costos hospitalarios, los gastos a la familia, que los pacientes se reincorporen más rápido a su medio, y a la cotidianidad, y entre otras ventajas se disminuyan las ganancias secundarias.

Referencias bibliográficas

Alonso-Fernández, F. (2004). La clínica psiquiátrica durante los últimos 200 años. Investigación en salud. Diciembre. pág. 1-10.

Alonso-Fernández, F. (1989). Psicología médica social. Barcelona: Salvat Editores.

Arguedas, J.M. (1989) Indios, mestizos y señores. Lima: Editorial Horizonte.

A.P.A. D.S.M.-IV. (2001). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, S.A. pág. 286-7.

Bustamante, S. (1987). Criterio popular sobre la enfermedad mental y su tratamiento en Cuba. Revista de Neuro-Psiquiatría. No. 4. Lima-Peru. pág. 241.

Bustamante, J.A., Santa Cruz, A. (1975). La antropología social y etnológica. Psiquiatría Transcultural. Editorial Científico Técnica. Instituto Cubano del libro. pág 21.

Carpio, R. (1995). El continente Americano. En: Geografía de América Latina. Barcelona: Editorial Teide. pág. 3-51.

Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (2004). Asociación Psiquiátrica de América Latina. Sección de Diagnóstico y Clasificación. pág. 21-28.

Montenegro, R. (1998). Nuevas estrategias para las nuevas demandas en Psiquiatría y Salud Mental. En: Salud Mental y Psiquiatría del Nuevo Milenio. Asociación Psiquiátrica Peruana y Asociación Psiquiátrica de América Latina. Lima. pág. 83-91.

Pewzner-Apeloig, E. (1996). Los trastornos mentales, la representación del mal y la cultura. Encuentros francos-mexicanos de Etnopsiquiatría. 1994-1996. Revista del Residente de Psiquiatría. CST. IFAL. pág. 52.

Villaseñor-Bayardo, S.J. (1996). Desarrollo y perspectivas de la Psiquiatría. Encuentros francos-mexicanos de Etnopsiquiatría. 1994-1996. Actas. Revista del Residente de Psiquiatría. CST. IFAL. pág. 70.

Dra. Vivian Ravelo Pérez

Master en Psicoterapia Ericksoniana.
Profesora Auxiliar y Consultante
de Psiquiatría. U.C.M. de La Habana. Cuba
Especialista de Psiquiatría Infante Juvenil.

Dra. Ana María Gómez

Psiquiatra Infantil.
Profesora de Psiquiatría.

