



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO AL
SINDROME DE INSTITUCIONALIZACION

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE;
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

MARIA ISABEL AGUILAR FERNANDEZ

MEXICO, D. F.

1986

M-000523



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES

QUIENES HAN COMPARTIDO MIS TRIUNFOS
Y FRACASOS Y ME HAN APOYADO EN TODAS
MIS DECISIONES

GRACIAS.

A MI ASESOR

LIC. CELSO SERRA PADILLA
MI MAS SINCERO AGRADECIMIENTO
POR LA ORIENTACION Y AYUDA QUE
ME BRINDO PARA LA REALIZACION
DE ESTE TRABAJO.

INDICE

CAPITULOS	Página
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. SINDROME DE INSTITUCIONALIZACION	8
IV. ANTIPSIQUIATRIA	12
V. COMUNIDAD TERAPEUTICA	17
VI. TERAPIA MILIEU	26
VII. HOSPITALIZACION PARCIAL	30
VIII. PROGRAMA DE ECONOMIA DE FICHAS	38
CONCLUSIONES	41
NOTAS	45
BIBLIOGRAFIA	47

I INTRODUCCION

Para que una gran mayoría de pacientes mentales puedan ser tratados formalmente, deben ingresar a una institución psiquiátrica, misma que les permitirá recibir el tratamiento adecuado y que en el mejor de los casos les ayudará a rehabilitarse y -retornar a la comunidad y a sus actividades cotidianas. Mientras esto sucede, deberá permanecer cierto período de tiempo en el hospital. Sin embargo, hay investigaciones que demuestran que la prolongada permanencia del paciente en el hospital, conduce a un severo deterioro de sus facultades físicas y emocionales, independientemente de las alteraciones producidas por el proceso natural de la enfermedad que padece, surgiendo así el "Síndrome de Institucionalización", "Desculturalización" o "Aislamiento Social" -- (Goffman 1970 y Gruenberg 1967). El cual se caracteriza por actitudes de apatía, dependencia, conductas problemáticas, irresponsabilidad, aislamiento, etc. Aunado a las características medioambientales que conforman una gran mayoría de hospitales psiquiátricos, entre los que se puede mencionar los muros altos, puertas cerradas, barrotes en las ventanas, etc. Aspectos que según Goffman privan al paciente de su libertad, reforzando de esta manera mayores conflictos y dificultando su rehabilitación y probabilidad de adoptar una condición ambulatoria que le permita regresar a su comunidad lo más pronto posible.¹

Goffman señala que el Síndrome de Institucionalización se puede presentar en toda clase de pacientes y personas que son sometidas a un régimen "total" en instituciones de diversos tipos como son las casa cuna, casa hogar, monasterios, hospitales generales, etc., sin embargo, el presente trabajo pretende hacer una

revisión únicamente de las características que se presentan en los pacientes mentales internados por largo tiempo en instituciones - psiquiátricas.

Cabe señalar, que en general, las relaciones interpersonales que se ofrecen en éstos lugares son mínimas, lo que lleva a aislar al paciente y reforzar su rol de "enfermo mental". Además, las formas de tratamiento comúnmente aplicadas en los mismos como son la quimioterapia, la terapia electroconvulsiva, electroterapia, etc., con frecuencia son usadas indiscriminadamente consistiendo en un abuso en contra del paciente más que una ayuda para su rehabilitación, por lo que son cuestionables algunas técnicas de intervención psiquiátrica como forma tradicional institucional en la que la conducta anormal es concebida como una enfermedad - causada por factores orgánicos, bioquímicos y/o genéticos, de ahí que sus formas de intervención terapéutica son a través de métodos médicos como la farmacoterapia y en menores porcentajes el tratamiento electroconvulsivo y quirúrgico. De tal forma que ésta aproximación como única alternativa de tratamiento no es suficiente - para enfrentarse al problema de salud mental en la actualidad, ya que si la enfermedad mental es causada por múltiples factores, la forma de abordarla debe ser multidisciplinariamente. Por tal razón, se plantean algunas alternativas de tratamiento surgidas en las últimas décadas, que podrían ayudar a subsanar las alteraciones producidas por una hospitalización prolongada, las cuales ofrecen posibilidades para disminuir el Síndrome de Institucionalización, optando por formas de interacción personalizada, es decir, una relación médico-paciente estrecha y que ofrezca resultados satisfactorios a la rehabilitación del enfermo mental.

II ANTECEDENTES

México fue el primer país en América Latina en el que se fundó un hospital psiquiátrico, siendo Fray Bernardino Álvarez, monje de la orden de San Hipólito dedicada al cuidado de los enfermos mentales, quien lo hiciera en el año de 1566. Más tarde en 1558 fundó el hospital de Santa Cruz en Oaxtepec, el de San Roque en Puebla, La Concepción en Jalapa, Belén en Perote y otros en Guadalajara, Acapulco y San Juan de Ulua. Obviamente, no puede decirse que existiera una filosofía definida en cuanto a su atención, puesto que el trato que recibían los enfermos mentales de parte de los religiosos, era el de estar confinados en celdas, sujetos, semidesnudos y la mayor parte del tiempo abandonados. En 1859, las Leyes de Reforma decretaron que estos hospitales pasaran a manos del Estado y desde entonces forman parte de la beneficencia pública. En 1910, como celebración del centenario de la Independencia de México, Porfirio Díaz inauguró el Manicomio General, mismo que fuera el único lugar de reclusión para los enfermos mentales, a excepción de dos hospitales, uno ubicado en León Guanajuato y otro en el D.F.

En el primer decenio de éste siglo, se inauguraron diversas instituciones públicas y privadas como el Sanatorio del Dr. Rafael Lavista, en Tlalpan en 1898 y los hospitales de los Hermanos de San Juan de Dios en 1907 en Zapopan, Jalisco y el de Cholula, Puebla. A partir de 1930 se fundaron otros hospitales privados como el Samuel Ramírez Moreno y el Sanatorio Floresta del Dr. Alfonso Millán; ambos cerraron sus puertas en 1961 y 1979 respectivamente.

Cuando del Manicomio General salieron a la luz pública problemas como la deficiente atención de los enfermos mentales -- por parte del estado (la capacidad de albergue que era de 1000 pa cientes, llegó a tener un promedio de 3000 y el descuido de sus - instalaciones lo hicieron inoperante) el gobierno planteó nuevas soluciones como instalación de modernos hospitales para albergar a la población de enfermos mentales y mejorar las condiciones de vida, por ello a partir de 1960 se hizo indispensable una reforma a fondo del sistema de atención médico psiquiátrica y culminó en el año de 1968 con la inauguración en la ciudad de México del hospital Bernardino Alvarez para la atención de enfermos adultos.

Nació el movimiento llamado "Operación Castañeda" que - logró la sustitución del viejo manicomio general de Mixcoac, por una red federal de once hospitales psiquiátricos, que poseen en - conjunto, una capacidad de 4406 camas; siete de estos hospitales se encuentran ubicados en el Valle de México y sus inmediaciones, con el 78% de las camas (3452) y el resto se encuentran ubicados en diversos estados de la República; tres de estos hospitales, - con el 17% de las camas (730) en estados del sur y el sureste y - uno en Hermosillo, Sonora, con el 5% de las camas (224). Para su instalación prevaleció el criterio del hospital granja, por tal - motivo las instalaciones se encuentran alejadas de la ciudad, a - excepción de dos hospitales que se encuentran en el D.F. y sirven para la atención de enfermos "agudos".

En el censo realizado en el año de 1977, llevado a cabo por la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con - respecto a la situación de los enfermos mentales internados y de la situación de los hospitales psiquiátricos federales, se registraron las siguientes estadísticas: Existen en la República Mexi-

cama un total de 45 hospitales psiquiátricos, de los cuales once pertenecen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, tres ubicados en el D.F., uno en Puebla, uno en Tabasco, uno en Hermosillo, Sonora, uno en Oaxaca y tres en el Estado de México, de los once, dos son para enfermos mentales agudos y los nueve restantes dedicados a enfermos subagudos o crónicos. Doce hospitales estatales con subsidio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ubicados en diferentes partes de la República y 22 hospitales privados. - Del 57% del total de recursos-cama (4406) corresponden a camas de hospitales federales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. El 24% (1835) pertenecientes a hospitales psiquiátricos dependientes de los estados que reciben subsidio de la S.S.A. El 19% de las camas (1495) corresponden a las instituciones privadas.

Del total de los pacientes censados en 1977, correspondientes al 86% (2141), el 51% son de sexo femenino y el 49% al sexo masculino; con una edad menor a 13 años el 2%, entre 13 y 17 años el 2%, entre 18 y 24 años 11%, entre 25 y 34 años 20%, de 35 a 49 años el 31% y mayores de 50 años 28%.

El 58% proviene de nivel socioeconómico bajo, el 51% de nivel medio y 0.3% de nivel alto, un 26% no fue posible determinar lo pero se presume que proviene de nivel socioeconómico bajo. 46% son analfabetas, 40% cursó sólo primaria incompleta. 74% son solteros, 16% casados y 7% son viudos, separados o divorciados.

El diagnóstico principal fue esquizofrenia, seguido por el de epilepsia, retardo mental y psicosis orgánica, y en menores porcentajes demencia, farmacodependencia y alcoholismo. El diagnóstico por sexo fue para los hombres, principalmente farmacodependencia, alcoholismo y psicosis orgánica, mientras que para las

mujeres predominan la epilepsia y la demencia; la deficiencia mental y esquizofrenia son practicamente igual para ambos sexos.

Con respecto a la rehabilitación se encontró que el 20% es rehabilitable, siendo susceptible de ser dado de alta y de ser manejado en consulta externa. El 80% debe permanecer internado por la incapacidad de cuidar de sí mismo. De este porcentaje, sólo el 48% es rehabilitable parcialmente para actividades de servicio y agropecuarias y una mínima parte para artesanías, el 32% restante no es rehabilitable por lo que se consideran pacientes de custodia; por lo tanto 1700 camas deberán permanecer ocupadas indefinidamente.

Tal vez por esta razón en muchos hospitales se sigue la filosofía de "custodia-almacenaje", debido a la creencia de que la rehabilitación de éstos pacientes es casi imposible. Sin embargo, es importante el que exista una clara diferenciación entre los enfermos mentales orgánicos y los funcionales; en donde los pacientes mentales orgánicos son aquellos que se caracterizan por una alteración de la función del tejido cerebral, y los pacientes mentales funcionales son aquellos a los que no se les atribuye ninguna enfermedad física, pero cuya recuperación no es altamente probable pero pueden ser susceptibles de rehabilitación.

Para albergar a la población de pacientes mentales orgánicos, surgieron los hospitales-granja, con el intento de brindar al paciente mayor libertad y esparcimiento, cerca de lugares campestres, donde pudieran trabajar en actividades del campo, agropecuarias o de talleres, obteniendo de los productos remuneraciones para ellos mismos y para el hospital, siendo así autofinanciable. Sin embargo, a 20 años de construidas estas instalaciones el

deterioro en la mayoría de ellas al igual que en los pacientes es significativo y deprimente, siendo la política de autofinanciamiento mala. Por lo que las características medicambientales de tratamiento y cuidado que predominan en estos lugares, son en parte responsables del "Síndrome de Institucionalización", que afecta también a quienes teniendo otras opciones, tienen que ser recluidos y marginados sin posibilidad de elección.

III SINDROME DE INSTITUCIONALIZACION

La "Institución Total" es definida por Goffman (1970) - como: "Un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de personas en igual situación, aisladas de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente". Las instituciones pueden dividirse en cinco grandes grupos: El primero corresponde a las instituciones para personas que resultan ser incapaces e inofensivas, -- son los hogares para ancianos, ciegos, huérfanos e indigentes. En el segundo grupo se incluyen a las instituciones destinadas a aquellas personas incapaces de cuidar de sí mismas y que constituyen además una amenaza involuntaria para la sociedad; son los hospitales de enfermos infecciosos, los hospitales psiquiátricos y los leprosanarios. El tercer tipo es el que está organizado para proteger a la comunidad contra quienes constituyen intencionalmente un peligro para ella, no se propone como finalidad inmediata al bienestar de los reclusos: pertenecen a éste tipo los reclusorios, -- presidios, los consejos tutelares y las casas de orientación para varones y mujeres y demás dependencias que en los estados de la República desempeñan una función similar.² El cuarto grupo corresponde a las instituciones deliberadamente destinadas al mejor cumplimiento de una tarea de carácter laboral, y que sólo se justifican por estos fundamentos: como los cuarteles, los barcos, las escuelas de internos y mansiones señoriales. El quinto grupo se refiere a los establecimientos concebidos como refugios del mundo, aunque con frecuencia también sirven para la formación de religiosos: abadías, monasterios, conventos y claustros.

Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio;

tiene tendencias absorbentes, que esta simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y el éxodo de los miembros, aspectos que suelen adquirir formas materiales: puertas cerradas, altos muros, alambre de púas, acantilados, ríos, bosques o pantanos (Goffman 1970).

Las investigaciones han señalado que una gran mayoría de hospitales psiquiátricos están conformados por características de institución total como las que menciona Goffman, principalmente por aquellas que se caracterizan por el abuso de muros altos, puertas cerradas, ventanas con barrotes, etc., que originan al enfermo mental una sensación de prisionero y el abuso de las formas de tratamiento las hace inoperantes, resultando un establecimiento de tipo custodia-almacenaje (Quiroga 1982), lo que implica un deterioro en el funcionamiento general del paciente.

En éstos lugares, los aspectos ordinarios de la vida diaria que en forma normal se desarrollan en diferentes lugares, son llevados a cabo en un mismo lugar, bajo la supervisión de una autoridad única, en compañía inmediata de un gran número de otros compañeros a quienes se les da similar trato, estando las actividades estrictamente programadas.

Se piensa que los fracasos de tratamiento con pacientes mentales severos de largo internamiento, (con respecto a las conductas disfuncionales que presentan) esta en función de la visión restrictiva de que éstas conductas deben ser atribuidas totalmente a la enfermedad propia del paciente. Pero ya que el ambiente juega un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de dichas conductas, el paciente de largo internamiento podrá ser ayudado si se modifica el ambiente hospitalario y las intervenciones

terapéuticas tradicionales (Fucheu 1981, Quiroga 1982).

Los pacientes que viven dentro de una institución psiquiátrica tienen un limitado contacto con el mundo externo. Tienen generalmente planificadas todas las actividades del día. En lo que se refiere al trabajo, en ocasiones se les exige muy poco (inactividad forzada), habiendo pacientes que no están acostumbrados a éste ritmo que caen en crisis de aburrimiento, por el contrario, se les puede exigir más que una jornada ordinaria de trabajo pesado, y para estimular a cumplirlo no se les ofrece ninguna recompensa sino que son amenazados con castigo físico. Es aquí donde se puede decir que el paciente sufre de una subestimulación en lo que se refiere al primer caso, ya que se le pide menos de lo que puede hacer que fomentan la apatía, dependencia e irresponsabilidad y por consiguiente el Síndrome de Institucionalización, y en el caso contrario se le atemoriza y hostiliza conduciéndole a temer de la gente y aislarlo.

Goffman (1970) señala que la "Desculturalización" es ocasionada por la permanencia prolongada en una institución total, debido a que incapacita al paciente temporalmente a enfrentar determinados aspectos de la vida diaria en el exterior, que le permitan tener un marco de referencia más amplio y manifestar mecanismos defensivos para enfrentarse a conflictos y fracasos.

La institucionalización no reemplaza la cultura particular de cada paciente por algo ya formado, sino que lo enfrenta a una aculturalización como resultado de la eliminación de ciertas oportunidades de comportamiento y la importancia de mantenerse al día con los cambios que se suceden constantemente en el exterior.

Es conveniente analizar la situación sociocultural de los enfermos mentales que acuden a solicitar "ayuda" o son llevados por sus familiares, ya que el concepto que tienen de salud y enfermedad mental influyen en su comportamiento, además de la burocratización de la mayoría del personal administrativo, para-profesional y profesional que labora en este tipo de institución. -- Además es necesario realizar el análisis del concepto "enfermo mental" y diferenciarlo de "conducta anormal", en donde el primer concepto surge de la medicina, pasa a la psiquiatría y se adopta en el psicoanálisis, el cual es definido como un estado anormal -- del cuerpo o de la mente con desequilibrio de una o más funciones. Sin embargo, la conducta anormal se puede abordar desde diferentes perspectivas que son: psicoanalítica, médica, basada en el -- aprendizaje, social y humanista. La perspectiva psicoanalítica --- concibe la conducta anormal como un conflicto intrapsíquico. La -- perspectiva médica la percibe como una enfermedad. La perspectiva basada en el aprendizaje define la conducta anormal como inadecuada o desviada como producto del aprendizaje. La social la percibe como una desviación o violación de normas y la perspectiva humanista la define como una conducta defensiva y desorganizada con un yo falso.

IV ANTIPSIQUIATRIA

La psiquiatría moderna surge en el siglo XVIII con la construcción de los manicomios, en donde se encerraba a toda clase de gente indeseable. Razones que fueron implantadas para mantener el orden social y por las necesidades terapéuticas que requerían el aislamiento de los "locos" (Foucault 1981)³: 1) Garantizar su seguridad personal y la de sus familias; 2) liberarles de las influencias externas; 3) vencer sus resistencias personales; 4) - someterlos por fuerza a un régimen médico e 5) imponerles nuevas costumbres intelectuales y morales.

Se suponía que el hospital del siglo XVIII creaba las condiciones necesarias para que la enfermedad mental surgiera plenamente, considerándose un lugar de observación de la misma. Antes de éste siglo, la enfermedad mental no era sistemáticamente observada. En los inicios de la edad clásica, la enfermedad mental era considerada como parte de la vida cotidiana, el enfermo mental podía vivir en la comunidad hasta que su enfermedad alcanzara formas extremas o peligrosas. "Los lugares terapéuticos reconocidos eran en primer lugar la naturaleza, ya que ella constituía la forma visible de la verdad, ella tenía en sí el poder de disipar el error; de hacer desaparecer las quimeras" (Foucault 1981).⁴ Por lo que las curaciones que ordenaban los médicos eran los viajes, el reposo, el paseo, el lugar apartado o el alejamiento total del mundo civilizado. Otro lugar terapéutico era el teatro, en el que se le representaba al enfermo su propia enfermedad, se le ponía en escena, se le otorgaba un momento de realidad ficticia, a fuerza de escenografías y disfraces se le presentaba como verdadera, pero, de tal forma que la enfermedad saltara a la vista del enfer

mo (Foucault 1981).

La práctica de la institucionalización en los inicios del siglo XIX coincide con el momento en el cual la enfermedad mental es concebida como un trastorno en el modo de comportarse, de querer, de tomar decisiones y de ser libre. El papel que jugaba el hospital psiquiátrico en cuanto a la rehabilitación era el de permitir la verdad de la enfermedad mental, alejar todo aquello que en el ambiente del enfermo pudiera enmascarar, mezclar, -mantener o reanimar la enfermedad, por lo que el hospital era un lugar de enfrentamiento, la enfermedad mental debía ser tratada - en él, para conducir al enfermo a la "normalidad".

En la actualidad, el conjunto de la psiquiatría moderna ha sido severamente criticado por el movimiento antipsiquiatra. - Entendiéndose con éste término todo aquello que pone en discusión el papel del psiquiatra, a quien lo define como el encargado de - producir la enfermedad en el hospital psiquiátrico (Foucault -- 1981). Siendo los principales precursores de éste movimiento, Basaglia, Laing, Cooper y Esterson.

La antipsiquiatría es un movimiento que nace como protesta a la opresión que ejerce la medicina psiquiátrica contra el enfermo mental. Trata no tanto de anular el papel del médico, con siderado como representante del poder y de opresión contra el paciente, sino de darle otro punto de aplicación y nuevas medidas.

Los representantes de la antipsiquiatría son de formación médico-psiquiátrica y por esta razón tratan de cuestionar el papel que tiene el psiquiatra como representante del poder, no es que estén en contra de todos los principios psiquiátricos.

La antipsiquiatría postula que la psiquiatría ejerce una relación de poder contra el enfermo mental, y que todas las técnicas y procedimientos llevados a cabo en los hospitales tienden a ser del psiquiatra el "amo de la locura", aquel que hace aparecer a la enfermedad en su verdad, el que la domina, la calma y la reabsorbe después de haberla desencadenado subitamente.

La antipsiquiatría rechaza el sistema institucional ya éste equivale a impedir que el paciente adopte un papel activo en su rol de enfermo mental, debido a que el hospital psiquiátrico con frecuencia lo sitúa en una relación impuesta en la que él es un objeto, una cosa y por lo tanto un ser pasivo (Rapaille 1977).

El medio hospitalario cerrado crea una enfermedad "institucional" que se agrega a la enfermedad inicial deformándola o fijándola de un modo anormal. Favorece el desarrollo de una nueva enfermedad específica de la institución misma.

Surgen posiciones paralelas como respuesta a la inconfesabilidad de las formas de tratamiento que imperan en los hospitales psiquiátricos actuales. Estas alternativas son la posición americana representada por Bateson y la inglesa por parte de Cooper, las cuales postulan que bajo la noción de "cura" se ocultan prácticas punitivas contra el enfermo mental. Sin embargo, ambas posiciones no descartan la posibilidad de cura en el asilo ya que el problema no se genera allí. Ellos proponen que se debe lograr una despsiquiatrización que consiste en una reintegración del saber psiquiátrico.⁵

Otra posición alternativa es la que surge en Italia representada básicamente por Basaglia. Esta posición postula que el

problema radica en la forma en que el contexto social actual concibe y trata la enfermedad mental. Denuncia los compromisos ideológicos que se encuentran en todo proyecto psiquiátrico, siendo los responsables de los criterios "seudocientíficos" sobre los que se basa la psiquiatría. Y que el problema pues, no reside en la humanización de los hospitales psiquiátricos ni en crear micro sociedades dentro de los mismos y que no logren una comunicación con el medio social externo.⁶ Por lo que la posición de Basaglia viene a ser de tipo político e ideológica.

Cooper por su parte reprocha particularmente a la estructura social de los hospitales psiquiátricos los cuales reproducen la misma estructura de las familias de los psicóticos. Argumentando que es en ésta donde se generan todos los conflictos del enfermo mental (Mannoni 1977).

Los antipsiquiatras reprochan a los psiquiatras tradicionales "actuar" sobre el paciente ya sea por la vía parcial de la quimioterapia o por la intervención en dinámicas grupales. Ya que en este contexto de cura obligatoria el poder psiquiátrico - participa de la represión.

No cree tampoco en las innovaciones psiquiátricas, debido a que estas participan de una filosofía médica en la que continúa definiendo al loco en relación al no loco.

Por lo tanto, la antipsiquiatría reivindica en la necesidad de un cuestionamiento radical de las estructuras económicas y políticas que han llevado al nacimiento de las instituciones -- alienantes.

Mannoni (1977) hace una diferenciación entre los conceptos antipsiquiatras y los psiquiatras institucionalistas, en la - que los primeros refieren que mediante el proceso de despojar al paciente de todo encuadre, se le da la posibilidad de reencontrarse por medio de un proceso concebido como interior y espontáneo. Para los psiquiatras debe existir un encuadre que es indispensable para la constitución de la personalidad.

V COMUNIDAD TERAPEUTICA

Debido a la falta de resultados satisfactorios obtenidos con la aplicación de los métodos tradicionales de tratamiento psiquiátrico, con un sector importante de pacientes mentales crónicos, se ha visto la necesidad de plantear alternativas de tratamiento que ofrezcan mejores resultados en cuanto a la rehabilitación del paciente mental se refiere. Por tal motivo, en las últimas tres décadas, surgieron innovaciones terapéuticas que combinaron los métodos tradicionales con las nuevas alternativas. Estas fueron el psicoanálisis, la medicina psicosomática y técnicas que colaboran con la psiquiatría como la terapia familiar y de grupo. Con el fin de tratar al paciente desde una perspectiva biopsicosocial.

Esto cubrió la necesidad de que los pacientes psiquiátricos recobraran una situación ambulatoria lo más pronto posible, misma que forma parte de una exigencia económica y a comprobar - que los pacientes se benefician más que con la internación, tratando de sacarlos lo más pronto posible del hospital psiquiátrico.

Las innovaciones del tipo de hospital de día, hospital de noche y las casas de medio camino, así como la política de - puertas abiertas son pruebas de los intentos para aliviar y mejorar las condiciones de tratamiento de los enfermos mentales. Aquí es importante agregar a la Comunidad Terapéutica.

La comunidad terapéutica es un tipo específico de medio terapéutico que fue desarrollado por Maxwell Jones en la década - de los cincuenta en el hospital de Belmont, posteriormente fue -

desarrollada por sus alumnos y colegas en diferentes partes.

Entre 1960 y 1976 fueron abiertas comunidades terapéuticas en diferentes hospitales psiquiátricos de Inglaterra como Tueborian Hospital en Cambridge; Litlemore Hospital en Oxford; Dingleton Hospital en Melrose y Bethlem Hospital, siendo estas las más conocidas y otras que no fueron tan promocionadas (Clark - 1964). En Estados Unidos fueron abiertas diferentes comunidades como en Fort Logan Mental Health Centre, Colorado; Massachusetts Mental Health Centre, Boston; Austin Riggs Hospital, New Haven; - Salem Hospital, Oregon; Stanford Medical Centre, California, etc.

En 1972 se forma la Asociación de Comunidades Terapéuticas. A partir de esto se inició la construcción de unidades residenciales fuera de los hospitales, en las que los pacientes tenían más libertad ya que no recibían la presión de las enfermeras ni de los encargados de limpieza y no se usaba uniforme, que era lo que rompía la relación del terapeuta con el paciente.⁷

Comunidades terapéuticas fueron surgiendo también en otras partes del mundo, basadas principalmente en las ideas de - Maxwell Jones, como en Perú, Polonia, Japón y Australia. Sin embargo, en otras partes fueron tomadas como revolucionarias, activistas y peligrosas.

Por otro lado, las comunidades terapéuticas no han sido aceptadas debido a que la política de la práctica psiquiátrica es primitiva o el régimen político es autoritario, pero aún en lugares donde el clima es favorable, el desarrollo de este tipo de comunidades raramente se ha extendido, debido a la falta de resultados satisfactorios.

Para el estudio y tratamiento de la etiología de la esquizofrenia, Ronald Laing usó las modificaciones de la comunidad terapéutica. Con su original "cuarto de juegos" creó un medio especial para los psicóticos (Clark 1964).

Cooper en la "Villa 21" en el hospital de Shenley, demostró que los métodos de la terapia familiar dentro de los lineamientos de la comunidad terapéutica eran efectivos para la recuperación de jóvenes esquizofrénicos (Clark 1964).

La década de los sesentas tuvo gran influencia en el desarrollo de las comunidades terapéuticas. Se fusionaron las ideas de la psiquiatría social con la teoría, sirviendo como fertilizante para la comunidad terapéutica. Se retomaron los aspectos del tratamiento moral que prevalecieron en los inicios del siglo XIX, llegando así, a la liberación de la custodia en los hospitales, y al surgimiento del hospital de puertas abiertas, talleres de resguardo y las casas de medio camino, junto con la idea de la rehabilitación psiquiátrica.

Este movimiento provocó cambios como la modificación de vida en los hospitales, por ejemplo, los pacientes que habían permanecido "encarcelados" por mucho tiempo fueron sacados de las empobrecidas instituciones prevalecientes en la época, el hospital dejó de ser sobrepoblado, su ambiente menos tenso y pasó a ser más esperanzado. Igualmente fueron introducidos métodos grupales y especialistas en psicoterapia analítica de grupo.

La comunidad terapéutica es residencial, pero el método ha sido usado exitosamente en centros de día, donde la gente permanece unida durante el día pero regresan a sus hogares durante -

la noche. En ella los pacientes son agentes activos de terapia a diferencia de las unidades tradicionales, en la que los pacientes son agentes receptivos de tratamiento y ésta es una función exclusiva de los médicos.

Las principales características que Rapoport ⁸ describe para la comunidad actual son: 1) democratización, 2) permisividad, 3) comunismo y 4) confrontación real. Donde la democratización se refiere a la abolición de los marcos de diferencia entre la -- gente que forma parte esencial del tratamiento (uniformes, títulos, etc.), permisividad es la tolerancia a los disturbios conductuales y al acting-out, comunismo se refiere a que alguien puede tener iguales actividades que todos los que ahí se encuentran y la confrontación real es la regular y realista retroalimentación de los resultados individuales que se han obtenido.

En síntesis, una comunidad terapéutica ha sido definida de la siguiente manera: "Es un grupo de gente viviendo junta y como principal función la terapia, para producir cambios en los -- miembros. Puede ser en un hospital o en una unidad independiente. Con pequeños encuentros pero frecuentes cara a cara en grupos pequeños. Las contribuciones a todos los miembros son recibir (y requerir), es decir, que ellos ingresaron como clientes, expertos o pacientes. Una mejor dirección para todos, residentes y directivos, con la finalidad de crecer personalmente y cambiar. Las principales formas de aproximación son la tolerancia a la conducta -- desviada con visión de entendimiento por un análisis social y confrontación real que conduce a una rehabilitación efectiva y tolerante rol de vida. Por lo tanto, todos los miembros participantes de una comunidad de éste tipo adquieren una calidad humana, la de seres interactuantes que se afectan recíprocamente de una manera vital" (Clark 1973).

Se da por hecho que la comunidad terapéutica debe brindar atención adecuada a los requerimientos físicos y fisiológicos del paciente. Pero además de éste, es de gran importancia la postura básica que su equipo médico tiene frente a la enfermedad. El médico debe tratar al paciente como una persona que tiene una enfermedad y no como una enfermedad dentro del paciente. Si la situación se enfrenta de ésta manera, las necesidades, tanto del individuo como el grupo del que forma parte, pueden ser manejados - en forma equitativa, a fin de impedir que se produzcan choques de intereses.

Por lo tanto, se pueden enumerar los principios básicos que toda comunidad terapéutica debe tener:

1. El paciente debe recibir sustento suficiente para vivir. Debe haber comida, ropa y temperatura apropiada.
2. El paciente debe recibir cuidado médico adecuado y protección contra las enfermedades.
3. El paciente debe ser protegido del abuso y del peligro.
4. Debe ser protegido de sus propios impulsos.
5. Las necesidades de los pacientes deben ser la primera preocupación del hospital.

Con el fin de sustentar teóricamente la existencia de las comunidades terapéuticas, se redactaron los Principios Generales Modernos, los cuales fueron resumidos en 1953 por el Comité de Expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud y se extrajeron de la experiencia de Kraus, Rees y Sivadon - (Clark 1973),

1. Preservación de la personalidad del paciente. En demasiados - hospitales psiquiátricos, el paciente es aún despojado de sus bienes personales, sus ropas, sus nombres y también de su cabello. Debe llevarse a cabo todos los pasos que afirmen la autoestima ---

del paciente y su identidad, aún a costa de considerables inconvenientes. Casi todas las personas que ingresan a un hospital psiquiátrico voluntariamente o a la fuerza se sienten rechazados y no queridos por la sociedad. Es esencial que la institución no refuerce estos sentimientos. Todo aquello que afirme la identidad de los enfermos y los mantenga conectados con el mundo externo debe ser intentado.

2. Confiar en los pacientes. Se debe considerar a los pacientes como dignos de confianza hasta que su comportamiento demuestre lo contrario. Principalmente en la relación terapeuta-paciente.⁹ Las salas cerradas crean urgencia de escapar, el retiro de los cuchillos y otras precauciones insultantes han provocado intentos de suicidio. Paredes altas, barras, ventanas con rejas, manojos de llaves, ropas uniformadas y todas aquellas insignias de presión hacen que sea imposible el tratamiento psiquiátrico moderno. Debe presumirse también que mantienen la capacidad necesaria para un grado considerable de responsabilidad e iniciativa.

3. Actividad y trabajo. La actividad es una de las características más importantes de la comunidad terapéutica. Pero la actividad debe ser planeada y cumplir con objetivos. La planeación del día del paciente es probablemente la tarea terapéutica más importante del psiquiatra del hospital. La organización del trabajo es un interés constante de los terapeutas.

4. Interrelaciones y actividad de grupo. Como en la comunidad en general, uno de los aspectos más característicos del hospital psiquiátrico es el tipo de relación entre la gente que se encuentra dentro de él. La naturaleza de las relaciones entre el director y su equipo se reflejará en las relaciones entre el equipo de psiquiatras y los enfermeros y los pacientes sino también entre los pacientes mismos.

5. Sanciones. No implica que se ignore el comportamiento perturbador de un paciente. Por el contrario, debe estimularse el buen --

comportamiento y controlarse la conducta antisocial mediante medios apropiados. (El paciente que molesta a otro debe ser alejado y se le debe explicar el motivo -no como un castigo, sino porque perturba a los otros- pero debe ser incorporado lo más pronto posible). Estas sanciones deberán ser aplicadas sólo aquellos pacientes que mantienen un adecuado contacto con la realidad y que comprenden las explicaciones que se les dan, no a pacientes psicóticos.

PRINCIPIOS DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA:

Designa a dos diferentes comunidades: un hospital de muchos cientos de personas, o a una pequeña unidad donde son posibles las relaciones cara a cara entre todo el equipo y los pacientes.

Maxwell Jones, quien dió sentido a éste término, describió una comunidad terapéutica distinguiendola de otros centros de tratamiento por la forma en que el total de los recursos de la -- institución, tanto equipo como pacientes, se abocan a la tarea de llevar adelante el tratamiento (Clark 1973).

Pero el hecho es que aún no existe un modelo de comunidad terapéutica. Todo lo que se intenta es movilizar intereses, - habilidades y entusiasmos del equipo y los pacientes y ofrecerles libertad de acción suficiente como para que creen el tratamiento óptimo y las mejores condiciones de vida para cada uno, como:

1. Libertad para comunicarse: Se hace un esfuerzo constante para abrir canales de comunicación y liberar los diversos bloques que existen entre los individuos y los diferentes niveles de estatus de la comunidad.
2. Análisis de todos los sucesos en la comunidad terapéutica en -- función de la dinámica individual e interpersonal. Se practica en todo momento pero en particular en las reuniones.

3. Provisión de experiencia de aprendizaje: Aparte del aprendizaje espontáneo, se intenta deliberadamente proveer un sitio casi natural en los talleres, las salidas, los bailes, etc., para que puedan cambiarse los métodos de funcionamiento individual y probarse nuevas pautas.
4. Achatamiento de la pirámide de autoridad: La comunidad abierta elimina muchos de los estratos jerárquicos que tanto bloquean el trabajo en la sala tradicional.
5. Examen de rol: En distintos momentos todos los miembros de la comunidad se reúnen para examinar lo que están haciendo y el por qué y como afecta a otros. Esto ayuda a los pacientes a cambiar su comportamiento hacia otra gente y al equipo a modificar su forma de trabajar.
6. Reunión de comunidad: Es la principal reunión de debate para la mayoría de estos procesos y es a menudo considerada la característica fundamental de la comunidad terapéutica. Con cierta regularidad de preferencia diariamente, todos los miembros de la comunidad se reúnen en una asamblea, casi siempre de una hora de duración. Se discuten todos aquellos temas que interesan a todos. La norma general es de gran informalidad: cualquiera es libre de hablar, y cuanto menos dirección tiene de parte del médico o del enfermero mejor. Las interacciones emocionales son valiosas, a pesar de que las comunidades terapéuticas con gente violenta han descubierto que la agresión debe ser sólo verbal y que la violencia abierta es de escaso valor terapéutico. Una reunión de equipo sigue a la comunidad. Esto es esencial para permitir al equipo elaborar el material y los sentimientos despertados y también para discutir problemas relacionados con la política a seguir.

Se organizan otras reuniones grupales, grandes y pequeñas, generalmente sobre proyectos de trabajo, salidas, seminarios

de equipo, etc. Variarán en formalidad y en orientación de la tarea, pero todas ellas son oportunidades para la interacción y clsificación de roles.

VI TERAPIA MILIEU

Por mucho tiempo se han seguido los lineamientos de tratamiento basados en programas tradicionales de atención hospitalaria consistiendo la modalidad prevaleciente de tratamiento el modelo "Médico Asistencial", el cual considera a la "conducta anormal" como una enfermedad, causada por factores orgánicos, bioquímicos y genéticos, que se manifiesta por síntomas, síndromes y trastornos. Dicho modelo ha sido en gran parte el responsable de crear instituciones en donde la filosofía a seguir es la custodia, encaminada a satisfacer unicamente necesidades fisiológicas del paciente, tales como la alimentación y aseo, sin embargo, en la mayoría de los hospitales donde se lleva a cabo este modelo, éstas variables son precarias, encontrándose al paciente en condiciones lamentables de aseo, vestido y severa desnutrición.

Recientes investigaciones señalan que tales instituciones se encuentran muy descuidadas, reforzando en los pacientes el Síndrome de Institucionalización. De esta forma se fomenta la filosofía de custodia almacenaje, relegando a los pacientes que no responden rápidamente al tratamiento, sin embargo, su estancia en estos lugares en condiciones tan lamentables, conducen a un deterioro de sus facultades físicas y emocionales que antes de ingresar funcionaban si no en forma normal por lo menos en grados menores que a una rehabilitación rápida que le permita obtener en corto tiempo una condición ambulatoria y mayores probabilidades de abandonar el hospital. Por lo que disminuye considerablemente la posibilidad de completa mejoría para el paciente, incrementándose por lo tanto la población psiquiátrica en custodia al disminuir los egresos.

Otro de los modelos de atención tradicional es el de "terapia activa", que cuenta con dos metas específicas a seguir; una es la de esforzarse por obtener un carácter terapéutico, es decir, encaminarse al tratamiento y rehabilitación del paciente, y dos, que sus diferentes formas de tratamiento se basen en los principios teóricos del psicoanálisis, neurobiología, psicofarmacología, psicología, antropología, etc.

Sin embargo, a pesar de que la terapia activa cuenta -- con bases teóricas sólidas, sus resultados han sido muy poco favorables. Por tal razón, se ve en la necesidad de crear modelos de tratamiento que sean realmente efectivos. Así surgió el tratamiento psicosocial, que se compone del Programa de Economía de Fichas y la Terapia Milieu, esta última basada en ciertos principios de la Comunidad Terapéutica.

La Terapia Milieu deriva su filosofía de uno de los primeros tratamientos utilizados con el paciente mental, conocido como "Tratamiento Moral", que se desarrolló durante la segunda mitad del siglo XVIII. Este tratamiento enfatizaba el valor de la ocupación, de la educación y de las influencias sociales, así como la necesidad de involucrar a los propios pacientes en actividades normalizantes dentro de la comunidad en general. Sin embargo, desde un punto de vista metodológico, sus conceptos operativos se derivan principalmente de la psicología social (Quiroga 1982, 1984). Visualiza al paciente mental crónico desde una perspectiva reeducacional, por lo cual considera que los esfuerzos de rehabilitación deben dirigirse a proporcionarle las habilidades básicas necesarias, principalmente aquellas que incluyen la resocialización y reducción de conductas extrañas, necesarias para su funcionamiento dentro de la comunidad. Para lograr esto, utiliza procedi

mientos como: 1) Comunicación de expectativas; 2) Establecimiento de responsabilidades para incrementar el interés del paciente por involucrarse; 3) Reuniones de grupo que propicien la cohesión de grupo y 4) Una retroalimentación permanente al paciente sobre su desarrollo. El medio principal que utiliza para realizar dichas actividades es la "Comunidad Terapéutica", que está constituida por los pacientes y los miembros del personal que la supervisa - (Quiroga 1982).

La terapia Milieu se ha caracterizado por el incremento de la interacción social y actividad de grupo, expectativas y presión de grupo, dirigidas hacia el funcionamiento normal, mayor estatuto informal, metas dirigidas a la comunicación, libertad de movimiento y el tratamiento a los pacientes como gente responsable; con mejores resultados que en los casos de custodia.

Con respecto a la efectividad en el tratamiento, la terapia Milieu ocupa un segundo lugar en comparación con el Programa de Economía de Fichas, el cual ocupa el primer lugar. Las investigaciones han mostrado mejoría en los pacientes en lo que se refiere a conductas de socialización y decremento en conductas extrañas o bizarras, observándose un considerable incremento en el porcentaje de externalización en los pacientes (Paul y Lentz 1977). Sin embargo, las estadísticas demuestran por otro lado, que el porcentaje de reinternalización también es alto, debido a que la estancia del paciente dentro de la comunidad se dificulta por la influencia de múltiples factores, como la no aceptación del paciente por parte de la familia, la estigmatización social, dificultad para encontrar empleo y por falta de seguimiento terapéutico en la comunidad, factores que refuerzan su rol de "enfermo mental" y que provocan el reingreso del paciente mental a la instituy

ción psiquiátrica. Por lo que se ha sugerido un seguimiento periódico del paciente en su propio ambiente, así como brindarle - mayores oportunidades de empleo, información y tratamiento familiar y comunitario para incrementar su inmersión en un ambiente sano.

VII HOSPITALIZACION PARCIAL

Se ha demostrado que la hospitalización parcial es una modalidad terapéuticamente efectiva para el tratamiento del enfermo mental crónico, y se considera un método menos restrictivo - que provee de tratamiento intensivo.

Estudios serios han demostrado las diferentes ventajas que ofrece la hospitalización parcial en lo que respecta al costo beneficio, disrupción familiar, estigmatización social y excesiva dependencia causada por la hospitalización total.

La hospitalización parcial es definida como: "Una aproximación de tratamiento ambulatorio, el cual incluye un diagnóstico médico, psiquiátrico, psicosocial y tratamiento provocacional, modalidades que se basan en un programa comprensivo de hospitalización. Está dirigido principalmente a pacientes con serios desórdenes mentales, quienes requieren cuidado intensivo, comprensión y tratamiento multidisciplinario. Provisto de mayor flexibilidad y menos formas restrictivas de tratamiento. La modalidad terapéutica usualmente incluye: a) terapia de grupo y familiar, b) terapia individual, c) terapia recreativa y ocupacional y e) asistencia en el desarrollo de habilidades sociales y de trabajo en un medio terapéuticamente estructurado" (West, Casarino, Dibella y - Gross 1980).

La hospitalización parcial es utilizada para pacientes que son mental o emocionalmente impedidos pero que poseen la habilidad de mantenerse ellos mismos en la comunidad con un nivel funcional mínimo y que no representan problema para ellos mismos o para otros.

Comprende además programas de tratamiento de día, tarde e noche, y cuenta con cinco objetivos principales a cubrir:

1. Facilitar la resolución o estabilización de los síntomas psiquiátricos agudos, detener u oponer el deteriorante curso clínico en los pacientes externos y acortar la estancia de los pacientes internos, asistiendo a la transición para un estado de interno a externo.
2. Rehabilitación social y prevocacional.
3. Brindar terapia a los pacientes crónicos que no puedan permanecer en la comunidad.
4. Extender la observación antes de que la psicopatología pueda ser determinada y evaluar a quienes requieren supervisión médica estricta mientras se encuentran bajo tratamiento farmacológico.
5. Proveer de programas de tratamiento especializado donde se necesite (grupos específicos de niños, adolescentes y adultos o programas de alcoholismo y drogadicción).

El programa de hospitalización parcial provee de tratamiento psiquiátrico a personas con serios desordenes mentales. Por lo que se requiere de la previa resolución o estabilización de los síntomas psiquiátricos agudos, para cumplir con las metas que propone la hospitalización parcial, que son: Proveer de experiencia terapéutica intensiva que podría eliminar o relevar la disfunción psiquiátrica, por lo que el paciente puede regresar a su nivel funcional premorbid en la familia y la comunidad, así como en el trabajo o escuela. Ofrece mayor ventaja sobre la hospitalización total en lo que se refiere a la interrupción social, familiar y comunitaria.

Para una remisión parcial de enfermedades psiquiátricas severas, la hospitalización parcial reduce síntomas y desordenes mentales, restaura al paciente lo mejor posible en un nivel fun-

cional y previene el deterioro de éstos niveles.

Para aquellos pacientes crónicos con profundos déficits de habilidades sociales y vocacionales, la hospitalización parcial puede ser indicada. Las metas de tratamiento para éste tipo de pa cientes son:

1. Hacer posible para ellos vivir en la comunidad prov eyendolos -- de niveles de autonomía para funcionar independientemente.
2. Prevenir un deterioro, recaída o rehospitализación.
3. Mejorar su calidad de vida.

Algunos pacientes de este grupo requieren cuidados continuos y -- otros sólo periódicamente.

Los programas de tratamiento son diseñados según las ne cesidades de la población a la que se atiende.

TERAPIA MILIEU:

Los programas de hospitalización parcial casi siempre -- intentan desarrollar algunas variaciones de la comunidad terapéu- tica. Allí, generalmente, el equipo multidisciplinario trabaja -- con grupos pequeños, operando bajo la hipótesis de que las funcio nes del ego pueden ser fortalecidas a través de consecutivas acti vidades terapéuticas durante el tratamiento de día.

El complejo de pacientes y personal profesional son des critos asimismos como comunidad. Cada comunidad desarrolla tradi- ciones, valores, expectativas de grupo y presiones que tienden a reflejar la filosofía del programa de tratamiento. Cada gru po te rapéu tico tiene sus metas claramente definidas para un tratamien to en corto tiempo.

No obstante, el diagnóstico de los pacientes o las aproximaciones teóricas de la comunidad, aquellos tienen una sensación de pertenencia o adhesión con los miembros en la comunidad, lo cual es un punto central en el proceso terapéutico. El énfasis es dirigido en apoyo a cada relación inmediata de los miembros - con otros dentro de la comunidad y de su relación en la familia, colonia y lugar de trabajo.

La comunidad terapéutica tiende a ser tolerante a la patología de nuevos miembros y estimula el ingreso progresivo a través de la participación, proporcionando responsabilidades y descubrimiento de sí mismos. El poder de cada miembro es notado y reforzado, mientras que su defectuosa forma de relacionarse con su medio ambiente y sus irreales expectativas son descubiertas. Así, la comunidad terapéutica se convierte en un seguro escenario en el cual el paciente intenta sacar mucho de sus elementos en un plan de tratamiento y estimula en los pacientes a aplicar nuevos insights, habilidades y conductas externas a su medio ambiente natural.

Mientras que los programas de hospitalización parcial - deben ser flexibles y estructurados de acuerdo a las necesidades de la población de pacientes, todos deben dirigirse a éstas cuatro áreas: psicológica, farmacológica, interpersonal y vocacional.

El contenido de los programas individuales de tratamiento pueden variar de acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente, filosofía terapéutica, función de los programas en sí mismos de la hospitalización parcial y a las habilidades específicas de los profesionistas encargados. Los programas particulares que se pueden ofrecer son: psicoterapia individual o de grupo, -- quimioterapia, terapia ocupacional, recreacional, psicodrama, te-

rapias de expresión creativa, etc. Puede proveer de metas dirigidas a grupos sociales, encuentros comunitarios, visitas al campo, actividades relacionadas con la planeación y elaboración de la comida o desarrollo de habilidades motoras, así como evaluación y consejo familiar, adaptación laboral, evaluación prevocacional, cuidado posterior y otras actividades que pueden ser parte del programa.

El nivel de cuidado es un modelo de tratamiento que se divide en cuatro subgrupos de acuerdo a la capacidad de respuesta al tratamiento de cada paciente, estos subgrupos son: programa de cuidado intensivo, cuidado transitorio, cuidado intensivo extendido y cuidado asistencial.

El programa de cuidado intensivo incluye: Intervención en crisis, resolución de problemas agudos y estabilidad de los mismos. La población de pacientes son en general personas con problemas psiquiátricos agudos, severos e incapaces, ya que por su naturaleza representan problema o peligro en la familia o la comunidad. Pretende la estabilidad del paciente en su ambiente. Asisten al hospital por un periodo de 5 a 7 días por semana con un promedio de tres semanas a tres meses.

El programa de cuidado transitorio está dirigido a pacientes que han estado frecuentemente hospitalizados y están en remisión parcial pero que no tienen una severidad moderada. Las metas del programa de cuidado transitorio es el retornar al paciente a niveles funcionales. Van al hospital cinco veces por semana, por un promedio de tres a seis horas diarias, con una duración de seis a ocho meses. Los programas de grupo y la terapia Milieu son enfatizados en éste programa.

El programa de cuidado intensivo extendido ha sido diseñado para pacientes en remisión parcial con severas alteraciones psiquiátricas que requieren de cuidado continuo y si sus déficits psicológicos y vocacionales pueden ser remediados. Son necesarias múltiples modalidades terapéuticas en un ambiente estructurado. Las metas son las de brindar mejoramiento de los síntomas y funcionalidades y disminuir el deterioro causado por la propia enfermedad. Asisten al hospital con una frecuencia de tres a seis días por semana y de tres a seis horas diarias, con una extensión de un año o dos.

El programa de cuidado asistencial fue diseñado para pacientes con disturbios crónicos severos a quienes su condición es tal que hay una reducción sustancial en sus habilidades. Pretende mantener a tales pacientes en la comunidad, proveyendolos de una estructura diaria en relaciones interpersonales y ayudándolo a prevenir recaídas o una hospitalización permanente. Tiene como metas el incrementar la integración social en el paciente y ayudarlo a adquirir elevados niveles de autonomía en la medida que sea posible. Los pacientes pueden asistir de dos a seis veces por semana, con una permanencia en cada programa de tres a seis horas diarias.

CRITERIOS DE ADMISION:

El criterio de admisión puede ser inclusivo o exclusivo o mixto, de tal forma que justifique un tratamiento al paciente de hospitalización parcial. Asimismo, debe ser evaluado el diagnóstico, síntomas y su severidad y la presencia o ausencia de un adecuado sistema de soporte.

Los criterios inclusivos para la hospitalización parcial

son:

El paciente es potencialmente suicida, con conductas delictivas, severa desorganización y acting-out. Abusos incontrolados de alcohol o drogas. La condición médica impide la hospitalización parcial como una alternativa, siendo más recomendable la hospitalización permanente.

CRITERIOS PARA CONTINUAR LA PERMANENCIA:

Los pacientes deben ser evaluados periódicamente para determinar si el cuidado que ellos reciben es adecuado. El seguimiento de cada criterio justifica la continuación de la hospitalización parcial.

1. El que realmente se pruebe que la continuidad perjudica o interfiere con el funcionamiento sobre la base del paciente externo.
2. Que síntomas y conductas previas a la hospitalización persistan o aparezcan nuevos síntomas e interfieran con la habilidad de adaptación del paciente.
3. Que el paciente requiera de mayor tiempo de terapia.
4. Que tenga la necesidad de regulación adicional de medicación bajo supervisión constante.
5. Interacción con drogas u otras complicaciones de medicación.
6. La hospitalización parcial ha tenido éxito en impedir el deterioro, pero los pacientes necesitan continuar el tratamiento si se requiere mantener el nivel actual de funcionamiento.
7. La liberación del paciente puede ser retrasada por falta de recursos apropiados en la comunidad y aparentemente esta en liberación bajo circunstancias que podrían conducir a una recaída.
8. Planes de tratamiento no concluidos.

Las investigaciones indican que la hospitalización parcial es una alternativa efectiva para el tratamiento de pacientes

institucionalizados. Siendo un tratamiento con mayor resolución de síntomas en los pacientes (Olin, Casarino Dibela y Gross - 1980).

La hospitalización parcial en lo que se refiere al costo-beneficio, puede acortar la estancia de los pacientes hospitalizados y de esta modo reducir el costo total de cada uno hasta - por un 50%.

Se piensa que es una forma factible y barata de ayudar a mantener a los pacientes en la comunidad, quienes necesitan un medio ambiente social y mayor terapia intensiva como la que puede ofrecer una clínica psiquiátrica de consulta externa.

VIII PROGRAMA DE ECONOMIA DE FICHAS

El programa denominado genericamente "Economía de Fichas" constituye un sistema motivacional basado en un modelo conductual que actualmente se denomina "Análisis Conductual Aplicado".

Este es un modelo tecnológico que deriva sus bases conceptuales y experimentales a partir de una aproximación conductual a la psicología, conocida como "Análisis Experimental de la Conducta", dentro de la cual, la relevancia que tiene el ambiente en la determinación del comportamiento, es primordial (Quiroga -- 1982, 1984).

El modelo considera a la conducta "irracional" o "patológica", característica del paciente crónico institucionalizado, como resultado fundamental de ciertas experiencias de aprendizaje, y más específicamente, en términos de déficits y excesos conductuales, de acuerdo a ciertas normas convencionales establecidas por un contexto social determinado. De ahí que el programa centre sus esfuerzos de tratamiento, tanto en establecer en los pacientes aquellas destrezas que le permitan un mejor funcionamiento adaptativo, como en proporcionar las experiencias de aprendizaje que al ltere (ya sea disminuyéndola o eliminándola) la conducta "irracional" o "patológica", de tal forma que se posibilite la reintegración de los pacientes a la comunidad, como seres independientes, eficientes y productivos, lo cual se considera lograr a través de dos estrategias fundamentales: 1) Reprogramando sistemáticamente el ambiente físico y social del hospital, de tal forma que posibilite a los pacientes la adquisición de las destrezas; y 2) A tra

vés de la manipulación sistemática de las "contingencias de reforzamiento", con base en un conjunto de técnicas y procedimientos de intervención conductual (por ejemplo: instrucciones descriptivas, modelamiento, guía física manual, encadenamiento, reforzamiento con fichas, tiempo fuera, sobrecorrección, etc.)(Quiroga 1982, 1984).

Las investigaciones (Quiroga 1984) identifican cuatro áreas de habilidades significativas en las que los pacientes mentales crónicos presentan déficits y excesos conductuales importantes, por lo tanto, deben ser considerados por cualquier intento terapéutico con fines de rehabilitación. Estas áreas son: 1) Resolución (la cual incluye habilidades de autocuidado, interacción interpersonal y habilidades de comunicación); 2) Instrumental (la cual incluye habilidades prevocacionales, vocacionales, laborales, y de mantenimiento del aseo de la vivienda; 3) Control de conducta bizarra (la cual incluye la eliminación o disminución de ideas delirantes, conducta alucinatoria, control de estados emocionales intensos, etc.); 4) Reintegración Comunitaria (la cual incluye habilidades de autocontrol en la administración de medicamentos, seguimiento de rutinas y procedimientos, elaboración de planes de "alta" comunitaria, entrenamiento familiar, etc.).

Los resultados obtenidos, reflejan que el "Programa de Economía de Fichas" puede disminuir considerablemente conductas indeseables en corto tiempo y/o incrementar conductas deseables en pacientes crónicos (Ayllon y Azrin 1956), tales como autocuidado, sociales, interpersonales, laborales, afectivas, recreativas, disruptivas y violentas. Se han observado también considerables externalizaciones en los pacientes y decrementos significativos en la reinstitucionalización, por tal motivo, se le ha considera-

do como la primera alternativa de tratamiento en los pacientes -
crónicos institucionalizados (Paul y Lentz 1977).

CONCLUSIONES

Considerando que el "Síndrome de Institucionalización" es un conjunto de conductas problemáticas que presenta el paciente psiquiátrico de largo internamiento, entonces resultan cuestionables las condiciones que prevalecen en los hospitales psiquiátricos, como son las características físicas y sociales y las formas de tratamiento que en ellas se aplican.

Se han propuesto varias alternativas de tratamiento que combinadas con las intervenciones psiquiátricas tradicionales podrían dar mejores resultados de rehabilitación.

Se entiende por rehabilitación, la recuperación total o parcial del paciente, de tal forma que pueda reincorporarse a su comunidad lo más pronto posible, ya sea realizando una actividad previa u otra similar en la que pueda desempeñarse adecuadamente, es decir, reintegrarlo como un ser productivo para sí mismo y para la sociedad en la que vive.

Sin embargo, como estos pacientes representan una de las clases marginadas de la sociedad, ya que no son personas productivas y sólo generan gastos, es importante que se apliquen técnicas de tratamiento que permitan la rehabilitación integral del paciente.

En muchos pacientes, la rehabilitación debe ser llevada a cabo dentro de un hospital para después continuarse en la comunidad, y para otros no es necesario que tengan que ingresar al hospital psiquiátrico, sino que se debe tratar dentro de la comuni

dad y hacer un seguimiento, tanto de las áreas que requieren de resocialización así como del desarrollo de aptitudes y habilidades.

Para aquellos pacientes que debido a las características de sus alteraciones conductuales o patológicas deben permanecer por períodos prolongados de tiempo en el hospital, se debe pensar en formas más eficientes de tratamiento, en donde no se limite el contacto con el medio externo. Dado que el sistema hospitalario tradicional no permite este contacto, refuerza las conductas problemáticas del paciente. La relación del personal del hospital con el paciente es autoritaria y el uso de psicofármacos es excesivo; son características que vistas desde el punto de vista terapéutico reducen la perspectiva de rehabilitación.

Hay alternativas que si bien no rompen totalmente con el sistema institucional, proponen tratamientos más humanitarios y efectivos que permiten una relación médico-paciente más estrecha y dan oportunidad de que la intervención terapéutica tome un enfoque bio-psico-social, además de dejar que el paciente permanezca dentro del núcleo social el mayor tiempo posible. Tales alternativas son la Hospitalización Parcial y la Comunidad Terapéutica y dentro de éstas, el uso de técnicas como la Terapia Milieu y el Programa de Economía de Fichas.

Estas alternativas dan pie a que sólo se utilice el hospital psiquiátrico en aquellos casos en que las crisis del paciente mental sean de gran magnitud y que requieran de una intervención custodiada, ya que constituyen un peligro para sí mismos y para la familia. Por lo que para estos pacientes cuya permanencia en el hospital es prolongada se pueden aplicar técnicas de trata-

miento que le permitan reintegrarse a su comunidad, ya que también ellos tienen derecho a participar en la misma, utilizando al máximo su capacidad para lograr su autonomía.

No se puede pensar en eliminar los hospitales psiquiátricos, pero si en eliminar las falsas ideas de la no rehabilitación del paciente psiquiátrico en general, de tal manera que para aquellos que no poseen un daño orgánico incapacitante y su enfermedad no sea degenerativa, su rehabilitación es alentadora. Por tanto, se debe mejorar el hospital psiquiátrico en el aspecto administrativo, que se cuente con apoyo financiero y la adecuada capacitación del personal; así como elaboración de programas de tratamiento con un enfoque multidisciplinario. Que permita que el paciente interactúe con su familia y su comunidad, a su vez, dejar de verlo con una perspectiva reduccionista que permita una comprensión completa de la "enfermedad mental", y de ésta manera lograr una rehabilitación integral. Logrando hacer del paciente mental un ser productivo para sí mismo, su familia y la comunidad.

Enfocar el tratamiento desde este punto de vista, permite aplicar medidas de tratamiento que incluyen procedimientos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, recreacionales, vocacionales y laborales.

En lo que se refiere a la Comunidad Terapéutica, Hospitalización Parcial, Hospital de Día y Casas Intermedias, por definición caen dentro de la Institucionalización, ya que también son un lugar de residencia y trabajo, y los pacientes permanecen aislados por ciertos períodos de tiempo. Sin embargo, lo que las diferencia de la Institución Psiquiátrica Tradicional, es que el tratamiento que se aplica no es sólo biológico, sino bio-psico-so-

cial, donde se intenta tomar en cuenta cada uno de los factores que influyen en la "enfermedad mental", y desde esta perspectiva, abarcar un plano más amplio de tratamiento, donde se ofrezcan resultados satisfactorios y no aisle al paciente reduciendolo a un ser biológico, donde los fármacos son la única alternativa.

Finalmente, como cada hospital es diferente, alberga - distintos tipos de población y las intervenciones terapéuticas di fieren en cada uno de ellos, cada institución debe buscar sus pro pios modelos de tratamiento, brindando siempre aquella alternativa que este de acuerdo con la problemática específica del paciente, pero siempre desde la perspectiva bio-psico-social, y con la filosofía de brindarle la mejor ayuda posible.

NOTAS

- 1 Theodore Lidz señala que las puertas cerradas son en sentido -- figurado, ya que el paciente generalmente si quiere escapar -- del hospital lo puede hacer porque no está totalmente encerrado. Esto es principalmente a que el paciente requiere de marcos de referencia y de aspectos que le marquen límites, y de proporcionarle un entorno supervisado y protector. Robert Beyers y Robert Orrill. Laing y la Antipsiquiatría. Madrid, Alianza Editorial, 1978. pp 147-190.
- 2 El actual régimen penitenciario teóricamente sí tiene ese propósito. Así como los consejos tutelares, etc. Si bien no es su finalidad específica, es fundamental en su constitución y funcionamiento.
- 3 Michel Foucault. La Casa de la Locura, p. 148. Tomado de Franco y Franca Basaglia. Los crímenes de la paz. México, Siglo XXI, 1981.
- 4 Michel Foucault, ob. cit. p. 142.
- 5 Maud Mannoni. El psiquiatra su loco y el psicoanálisis. México, Siglo XXI, 1977. p 52.
- 6 Maud Mannoni, ob. cit. p. 52
- 7 "Uno de los problemas del enfermo mental es la ausencia de influencias estructurantes en su vida. Y tampoco me atrae de ninguna manera la idea de acabar con las diferencias entre médico

paciente --no debemos olvidar que, por lo general, el paciente ha sufrido de una falta de diferenciación adecuada entre sí mismo y sus padres". Theodore Lidz. Tomado de Laing y la Anti-psiquiatría. R. Boyers y R. Orrill. Madrid, Alianza Editorial, 1978. p 173.

8 Tomado de David H. Clark. The Therapeutic Community. Review -- Article. British Journal Psychiatry. 197, 131, 1964. p 559.

9 La confianza a los pacientes se refiere el permitirles la libertad y respeto que merece todo ser humano dentro y fuera del hospital psiquiátrico, como seres responsables de sí mismos y de su medio. Pero debe tomarse en cuenta que hay pacientes que por su enfermedad característica pueden representar un peligro para quienes lo rodean (como los psicópatas), por lo que para ellos se requiere otro tipo de tratamiento, en donde la confianza que se les puede tener ya no es suficiente como para dejarles sin cuidado permanente.

BIBLIOGRAFIA

- Ardila, Ruben. El Análisis Experimental del Comportamiento.
México, Trillas, 1974.
- Ayllon, T. y Azrin, N. Economía de Fichas. Un sistema motivacio-
nal.
México, Trillas, 1976.
- Basaglia, Franco y Franca. Los crímenes de la paz.
México, Siglo XXI, 1981.
- Bellack, A.S. Schizophrenia.
Grune and Stratton Inc. 1984.
- Bijou, Sidney W, y Ribes Iñesta, E. Modificación de Conducta. Pro-
blemas y extensiones.
México, Trillas, 1972.
- Boyers, R. y Orrill, R. Laing y la Antipsiquiatría.
Madrid, Alianza Editorial, 1978.
- Braff, L. David; Bachman, J.; Glick, D.I.; Jones, R. The Thera-
peutic Community as a Research Ward.
Arch. Gen. Psychiatry. Vol 36, 1979.
- Caballero, Cervantez, Rodríguez. Un modelo de reeducación para pa-
cientes mentales crónicos.
Tesis Profesional, Facultad de Psicología, UNAM, 1981.

Clark H. David. Psiquiatría Administrativa. Los roles de la comunidad terapéutica.
Buenos Aires, Nueva Visión, 1973.

Clark H. David. The Therapeutic Community.
British Journal Psychiatry, 131, 1964.

Cooper, David. La muerte de la familia.
Barcelona, Ariel, 1981.

Dossier México. Alternativas a la Psiquiatría.
México, Nueva Sociología, 1982.

Et. Al. Razón, Locura y Sociedad.
México, Siglo XXI, 1983.

Foucault, Michel. Historia de la locura en la época clásica. 2t.
México, Fondo de Cultura Económica, 1981.

Goffman, Erving. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.
Buenos Aires, Amorrortu, 1973.

Gralnick, Alexander. El hospital psiquiátrico como instrumento terapéutico.
Buenos Aires, Paidós, 1974.

Gruenberg, E.M. The social breakdown syndrome, some origins.
American Journal of Psychiatry, 123, 1966.

W-0015523

Pacheu R. Carlos. Ideología, Planeación y Modelos en Psiquiatría.
VII Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.
Salud Mental, Vol. 5. No. 1, 1982.

Puente Silva, Federico. Terapias de mantenimiento en pacientes
esquizofrénicos.
I Reunión sobre investigación y enseñanza.
México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1982.

Quiroga Anaya, Horacio. La rehabilitación del paciente mental
crónico hospitalizado. Descripción, Resultados y Perspectivas.
I Reunión sobre investigación y enseñanza.
México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1982.

Quiroga, A.H., Rodríguez, B.M., Cárdenas, L.G., Vite, S.A., Mata,
M.A., Molina, A.J. y Ayala V.H. Programas de tratamiento psi
cosocial para la rehabilitación del paciente mental crónico
hospitalizado en México: Descripción, resultados y perspecti
vas.
Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psi
cología, México, 1984.

Rapsille, G.C. Laing y la antipsiquiatría.
Argentina, Edition Univesitaires, 1977.

Szasz, Thomas. El mito de la enfermedad mental.
Buenos Aires, Amorrortu, 1973.

West Olin, L.; Casarino J.P.; Dibela A.W. y Gross R.A. Partial
Hospitalisation: Guidelines for Standards.
Psychiatric Annals, 10:8, 1980.



Kaplan, H.I.; Freedman, A.M.; Sadock, B.J. Comprehensive text-book Psychiatry, 2t.

Williams and Welkins Company, 1980.

Laing, Ronald. Antipsiquiatría y contracultura.

Madrid, Fundamentos, 1973.

Laing, Ronald. El cuestionamiento de la familia.

Buenos Aires, Paidós, 1982.

Mannoni, Maud. El psiquiatra su loco y el psicoanálisis.

México, Siglo XXI, 1977.

Ortiz Quesada, Federico. Vida y muerte del mexicano I.

México, Folios, 1982.

Paul Gordon, L. Chronic mental patient: Current status future directions.

Psychological Bulletin, Vol. 71, No. 2, 1969.

Paul, G.L. y Lentz, R.J. Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patient.

Harvard University Press, Cambridge, 1977.

Price, R. Conducta Anormal.

México, Interamericana, 1981.

Pucheu R. Carlos. Rehabilitación del enfermo mental.

Trabajo presentado en el simposio "Rehabilitación Médica"

México, Instituto Syntex, 1981.