

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE PSICOLOGIA.



ENFOQUE DE LA TERAPIA AMBIENTAL
EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO.

T E S I S
que para obtener el título de
Licenciado en psicología
p r e s e n t a:
JOSETTE BENAVIDES TOURRES.

México, D.F.

1 9 7 5.



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.

1975.
91
UNAM
1975
31
EJ.1



M.-161626

tps. 262

A mi compañero en la vida:
Marco Antonio.

A mis hijos:
Angel, Manuel, Sandra,
Javier y Leonardo.

1050

A mis padres:
Lily y Rafael.

A mi hermana:
Lily.

I N D I C E.

PROLOGO.

I.- ASPECTOS HISTORICOS.

- a) Datos Generales.
- b) Datos Nacionales.

II.- INTRODUCCION TEORICA: TERAPIA AMBIENTAL.

- a) Antecedentes.
- b) Definición y Objetivos.
- c) Ambiente Físico.
- d) Comunicación.
- e) Trabajos.
- f) Responsabilidad.
- g) Variaciones.

III.- MATERIAL Y METODO: EXPERIENCIA CLINICA.

- a) Antes.
- b) Durante.
- c) Después.

IV.- RESULTADOS.

V.- CONCLUSIONES.

VI.- TABLAS.

VII.- BIBLIOGRAFIA.

P R O L O G O .

Desde el año 1969 en que comencé a trabajar en un hospital-psiquiátrico, entendiendo a la enfermedad mental como la resultante multifactorial, donde la herencia, la constitución biológica y el medio ambiente son fundamentales, constaté el sufrimiento de los pacientes, sumidos - en la más profunda desesperación, como escribiera Van Gogh a su hermano - Theo: "...una sala de espera de tercera clase donde se aguarda un tren -- que no llega jamás".

Conocí el efecto de las drogas y los tratamientos físicos, - así como los beneficios terapéuticos de las entrevistas clínicas; sin embargo, el medio ambiente era pobre, y los sistemas represivos e irrespetuosos para tratar al paciente. Y me preguntaba: ¿es ésta la oportunidad de curación?, ¿no será el ambiente hospitalario tan o más nocivo que el - externo?, ¿no existirá otra perspectiva?.

La confusión con los aspectos responsables de los desórde--nes mentales favorece sucesivamente todas las teorías, las causas próxi--mas, las causas lejanas, los factores de desarrollo, las razones profun--das, el acontecimiento perturbador, la predisposición, el medio ambiente, etc. Así, diferentes causas pueden producir los mismos efectos y viceversa. Pero la perturbación mental se manifiesta en la relación con el mundo exterior siempre en un comportamiento, de manera inevitable.

¿Quién no culpa al ritmo acelerado de nuestra vida cotidiana, al ruido de la ciudad que no nos permite dormir, a los conflictos profesionales, a la dificultad para sobrevivir y al cansancio que de todo es es

to resulta?.

El enfermo mental, con sus síntomas, presenta el deseo de huir de una realidad a la que no puede adaptarse; es preciso prolongar -- los efectos del tratamiento mediante un esfuerzo de reintegración al grupo social, ofreciéndole cercanía con sus semejantes y un medio adecuado -- donde se faciliten los cambios, en una clínica de confianza, sin rejas ni cerrojos, procurando que conserve a la vez su dignidad e identidad.

Fué entonces cuando se planeó en el hospital, la organización de un pabellón que introdujera la terapia ambiental y la psicoterapia, en el tratamiento de los pacientes.

Conceptos tales como, respeto, libertad, comunicación, trabajo, responsabilidad, flotaron en mi mente hasta que cristalizaron en un programa sistematizado, claro y definido, dónde se trabajó con la idea de integrar una comunidad terapéutica; es decir, que el personal y los enfermos, forman una unidad cuyo fin es la recuperación y rehabilitación de -- los pacientes y donde todos los miembros, sin importar su rango o posición, tienen la oportunidad de comunicarse clara y abiertamente. Las decisiones y responsabilidades son compartidas y el trabajo, como pilar fundamental en el tratamiento, estuvo presente.

Ahora me doy cuenta de que hay otras posibilidades, que si uno de los factores en la etiopatogenia de la enfermedad mental es el ambiente, modificar éste, de manera positiva, es una forma de atacar ésta, -- que las perspectivas están abiertas para ensayar éste y otros sistemas terapéuticos que modifiquen las condiciones de los enfermos mentales.

I.- ASPECTOS HISTORICOS.

a) Datos Generales.

La enfermedad mental se ha conocido desde de la antigüedad, podemos pensar que desde hace 80,000 años. Con la aparición del hombre, - coincide la aparición del enfermo mental; remontándose al estudio de la - historia de la humanidad, en sus grandes esfuerzos para encontrar solucio nes a los problemas que plantean las condiciones de la existencia. Aún -- cuando en esa época no se tienen noticias de la existencia de hospitales- para enfermos mentales (ni para otro tipo de enfermedades).

Más aún, los enfermos mentales, son de todos los tiempos y- de todas las culturas, y siempre en una expresión de sufrimiento moral -- (aspecto afectivo), de un error de juicio (aspecto intelectual) o de pro- blemas de conducta (aspecto moral).

La Historia permite situar el progreso, en la asistencia a- los enfermos mentales en una concepción del ser humano, reconocido en su- triple determinación (psicológica, biológica y social).

La enfermedad mental fué quedando en manos de hechiceros y- sacerdotes. El enfermo fué declarado: tabú, poseido o terrible hechicero- o en otras ocasiones, junto con el epiléptico, se le cargan todas las fal- tas cometidas en una vida anterior (India). La Biblia al igual que la Mi- tología, abunda en ejemplos de hombres poseidos por esencias divinas o de moníacas.

Desde las operaciones mágicas; de la fumigación a la trepanación (observado en los paleolíticos y en los Incas) las técnicas del éxtasis hacen un llamado a la música, a los trances colectivos como en las crisis de vudú Haitiano; todo esto con un efecto psicodramático y una acción socio-terapéutica que reduce las tensiones del grupo, canalizándolos por una vía permitida.

En la antigüedad, para los Griegos, el loco estaba inspirado por los dioses que recomendaban como medida curativa, el teatro, la -- conversación y la retórica.

Fué Hipócrates quien les atribuyó, muy exactamente, un origen mental, acumulando observaciones clínicas. También se preocupa por el aseo de los enfermos y concede gran importancia al medio ambiente relacionado con la vivienda, ya que aún no existían los hospitales.

Desde el siglo VI existían hospicios. En el Hospital de Paris, destinado a enfermos a mujeres embarazadas (creado en el año 650 por el Obispo San Landry) se menciona en algunos documentos por el año 829, - que recibía a bastantes locos que dormían en catres.

El Rabino Benjamín Tudela señala la presencia en Bagdad, de un "Dar el Maristan" en donde se encadenaba a los enfermos, hasta que se curaban (?).

Fué hasta el fin de la edad media cuando comenzaron a surgir hospitales en dónde se acogía a los alienados. El hecho de que no hubiera hospitales exclusivos para dementes, se debe ante todo, al exiguo -

número de habitantes de las ciudades, y de que proporcionalmente los "locos peligrosos" que había que custodiar, eran pocos.

En el año 1300, en las criptas de las iglesias se construían celdas. En 1386, cerca de Hamburgo, se construyen jaulas de locos o -- "Dorenkisten" en las afueras de las murallas. Todas estas noticias son -- muy inseguras y precisan una comprobación crítica; sin embargo, no podemos poner en duda el hecho de que la sociedad medieval se preocupó activamente por mitigar la triste suerte de los locos.

Es por España, el más islamizado país de Europa, por donde penetran las tradiciones de asistencia hospitalaria. El ardor de las órdenes monásticas, la caridad de los nobles y de los ricos burgueses, los legados de particulares que habían hecho voto de pobreza, produjeron una súbita floración de instituciones caritativas. Sin embargo, La Inquisición -- fué el arma sin compasión e inhumanidad que abusó en contra de todo tipo de enfermos, sobre todo los mentales, por una creencia de la influencia -- demoníaca en ellos.

Del primer establecimiento que se sabe con exactitud, consagrado exclusivamente para este tipo de enfermos, fué la "Casa de Orates" de Valencia en 1409, a imágen de los establecimientos especiales vistos -- en oriente; Fray Juan Gilaberto Jofré exhortó a sus fieles a construir esta obra para proteger a los dementes. Esto fué el origen de un gran movimiento que dotó a España durante el siglo XVI, de una serie de asilos.

En 1412 en Barcelona, el hospital de San Severo concede asilo a los alienados. En 1425, en el hospital "Urbis et Orbis" en Zaragoza,

los enfermos mentales son tratados con bastante atención, se les envía a trabajar a los campos y se les procuran ciertas distracciones. En 1436 se funda "La casa de los Locos" en Sevilla, Palma de Mallorca (1456), Toledo (1480), Valladolid (1489); en todas estas instituciones los enfermos son socorridos por eclesiásticos. Los locos que hasta entonces habían vagado por los campos, habían sido recogidos en algunos monasterios, o vivían y morían fuera de las murallas de la ciudad, comenzaron a recibir atención.

En 1460, el consejo municipal de Estrasburgo, se preocupa por la suerte de los enfermos mentales y pide para ellos la creación de un hospital con dos divisiones.

A finales del siglo XV, Alemania contempló también, cómo la suerte de los locos cambia en cierto número de ciudades. Las célebres "Narturner", los paseos y excursiones de locos, existían un poco, durante toda la edad media en los recintos fortificados.

En 1247 un concejal de la ciudad de Londres, Simón Fitzmary, había donado a la comunidad de la orden de Belén, todas sus tierras para la fundación de un hospital. Este legado fué el origen de uno de los más célebres hospitales para alienados de toda la historia de los enfermos mentales. Es en 1547 que el monasterio de Santa María de Belén se convierte en un hospicio para dementes. Desde esa época el nombre de Belén rápidamente deformado en "Bedlam", se convirtió en sinónimo de locos o manicomio.

En 1566, Felipe II hace ingresar enfermos mentales al hospital de Madrid. En 1528, algunos dementes fueron admitidos en Brunswick y-

a fines del siglo XVI anexaron algunas cabañas para los locos, mientras que los dementes más tranquilos, vivían con el resto de la comunidad del hospital.

El papel de las órdenes religiosas fué muy importante, siendo la más activa, la fundada por Joao Ciudad Huarte, de origen portugués, conocido como San Juan de Dios, y fundador de dicha orden. Funda en Granada (1537) un hospital en donde los enfermos son tratados humanamente, alimentados, lavados y cuidados por un médico. En el siglo XVII, tienen en España y sus colonias 79 establecimientos en donde reciben a 30,000 enfermos. En 1601 funda en París, el hospital "La Charité", en 1642 "Charenton" Senlis en 1668, etc.

En 1576, el Príncipe-Obispo Julius, especifica que no debe excluirse ninguna clase de enfermedad en el hospital que funda. Los locos fueron admitidos en las salas abovedadas de la planta baja y les habría de servir de alojamiento durante 3 siglos.

En ésta época, las 19,000 leproserías de Europa se fueron poco a poco vaciando, y el demente fué ocupando el lugar, que durante diez siglos, había ocupado el leproso. El humanista español Vives pide que los locos sean tratados con caridad y que se les alimente e instruyan bien. En Inglaterra a su vez, el propio Shakespeare, en su traducción francesa de "Comme il vous plaira?" ¿acaso no reclama la oscuridad y el látigo para los alienados? (acto III, escena II: "...una casa oscura y un látigo".)

Desde 1657, que marca la fecha del "gran encierro" de todos los proscritos de la sociedad en los hospitales generales, hasta el año -

de 1793 en que suena la hora de la caída de las cadenas de los alienados de Bicetre, los médicos y filántropos liberaron poco a poco a la locura, del estrecho yugo del pecado, para asimilarla a la enfermedad.

La mayor parte de los hospitales eran sombríos calabozos, en los que vegetaban los enfermos entre una gran miseria física y moral.

En 1656, Luis XIV, decreta la fundación del Hospital General en donde, a pesar de disponer de secciones especiales, los enfermos mentales se encontraban mezclados con mendigos y crapulosos.

En el Hospital de San Lázaro, Vicente de Paul prefería la benevolencia a la disciplina, pero cuando desapareció San Vicente, el espíritu de la misión se deterioró rápidamente y se comenzaron a administrar generosamente los castigos corporales.

En Avignon (1680) y en Montpellier (1713) a raíz de dos crímenes y un incendio cometidos por enfermos mentales, los locos fueron confinados nuevamente en celdas.

En 1724, después del viejo Bedlam, aparece el Bethel Hospital, el Saint Luke (1751) en Londres. Dormían cuatro personas por cama, pero pedían que los enfermos mentales salieran de su alojamiento, pasearan por su galería e hicieran ejercicio para disipar todo aquello que les molestase, a pesar de tener alienados encadenados y con corazas. Sin embargo, fué un hospital revolucionario en su época, pues se les trataba con dulzura y se les hablaba con benevolencia, ya que en esa época se pensaba que : "todo era demasiado bueno para los locos".

En 1791, Jeremías Bentham propone un plan de servicio con un poste de vigilancia central. Este plan sería adoptado mas tarde (1807) por el arquitecto Stark.

Antes de Pinel, la voluntad de mejorar las condiciones hospitalarias, fueron realizadas por Juan Colombier (1785), Tenon (1788), en la acción del Duque de La Rochefoucauld Liancourt, en la realización de José Daquin, quien desde 1787 se propone modificar la situación de los enfermos del asilo Chambéry y resume los principios de su reforma en su libro "La Philosophie de la Folie" (1791).

En esta época, el internamiento del paciente, era a la véz-preservación del loco y de la sociedad que él amenazaba. La reforma de la asistencia hospitalaria en Inglaterra por TuKe, en Estados Unidos por --- Rush y Pinel en Francia, se vió complementada por el descubrimiento y descripción de las enfermedades mentales, que desde entonces tienen poco más o menos el mismo rostro que hoy día conocemos.

Felipe Pinel, en 1793, recibe el servicio de Bicetre, que era entonces un depósito en donde los enfermos son puestos en pésimas --- condiciones, los más agitados portan cadenas. Con la ayuda de Pussin, se retiran las ligaduras de la mayoría de los enfermos y se pugna por suprimir el régimen carcelario. En 1795, trasladado a la Salpetriere, realizará la misma revolución. Pinel en una lucha contra la locura y no contra los locos, daba una gran importancia a la higiene, a la alimentación, a la policía interna del hospital, a las cualidades morales del personal y al clima de confianza, pues se entendía "a priori", que la locura no abo-
lía la conciencia moral del enfermo.

La abolición de las cadenas, fué sin duda, un elemento espectacular, con una técnica nueva y completa para el cuidado del enfermo mental. Sin embargo, Pinel fué más célebre por su ardor reformador que -- por sus teorías psiquiátricas.

Dos de los principales alumnos de Pinel: Esquirol y Ferrus, estan en el origen de la famosa ley francesa de 1838, que organiza la hospitalización en los establecimientos públicos y privados, así como la protección de los enfermos y de sus bienes. La autoridad pública vigila la administración y el mantenimiento de los enfermos.

Dos formas de ingreso son posibles en estos hospitales: el voluntario, solicitado por los familiares o tutores y el oficial, decidido por el Prefecto (juéz), en caso de peligro.

Es entonces cuando la autoridad judicial puede intervenir en un internamiento arbitrario. Sin embargo, este sistema se deforma y el asilo se convierte en una sociedad jerarquizada en donde el clima, a la vez autoritario y paternalista, será acusado de facilitar la cronicidad de los enfermos.

M. de Coulmier (1817) concibe como remedio soberano y eficaz contra la locura, la idea de llevar a cabo representaciones teatrales, -- (Psicodrama?). En esta época, Ferrus había creado talleres de costura para las mujeres alienadas y agricultura y cuidado de animales, para los -- hombres, estimulados por una pequeña ganancia que recibían cada día.

Para algunos, el trabajo estaba considerado como diversión;

para otros era un agente físico de curación.

Todas estas tentativas desaparecieron con sus creadores, -- por falta de interés en el público, e incluso en las filas de la medicina.

En el asilo de Hanwell (1839), Connolly hace un esfuerzo por crear un clima de tranquilidad y de simpatía, proporcionando a los pensionistas todo medio de ocupación y diversión. Ya una asociación de enfermos dirigía la vida social del establecimiento. Connolly había dejado atrás - el agrupamiento por categorías de enfermedades, tratando de agruparlos -- por afinidades. Sin embargo sonreían ante el entusiasmo de Connolly.

Al mismo tiempo en Estados Unidos, Dorotea Lynde Dex (1841) realiza una cruzada filantrópica para liberar los hospitales y crear medios de asistencia para 9,000 enfermos.

Serafino Biffi, en Italia, promueve colonias de alienados, - en donde, las actividades manuales son importantes.

En Francia (1880) el Dr. Christian decía: "no podemos reclutar jamás a nuestros guardianes más que en un medio social donde un fuerte puñetazo no está considerado como un acto de brutalidad y jamás llegaremos tampoco a inculcarles esta paciencia y esta indiferencia a las injurias que adquirimos los médicos, mediante nuestra conciencia ante el deber.....y aún cuando os parezca escéptico, creo que la mejor profilaxis (de fracturas y equimosis) será renunciar a la dulzura de los guardianes-modelo para regresar al empleo humano y razonado de la camisa de fuerza", en contraposición a la poderosa corriente que inundaba a Europa y a los -

Estados Unidos en favor de una humanización del tratamiento de los alienados, también tuvo sus partidarios con Langemann y Anton Muller, así como en Italia, donde Miraglia trató de que sus pacientes representaran obras de teatro. Sin embargo, también fué en esta época cuando los medios de -- contención conocieron su mayor desarrollo.

Durante la segunda mitad del siglo XIX, el interés de médicos y psicólogos no se centró en el bienestar moral y material de los enfermos mentales y la suerte de éstos éra desastrosa. Los sucesores de Pínel y Esquirol estuvieron desde entonces absorbidos por la investigación orgánica. El enfermo se vió relegado a un segundo plano en beneficio de su enfermedad.

Es hasta el primer cuarto del siglo XX cuando se puede decir que la edad media en la asistencia psiquiátrica, ha quedado atrás. En 1911, Dunton (E.U.) define la terapia por la ocupación. En 1922, Eduardo-Toulouse (Francia) crea en el Hospital Santa Ana de París, un servicio de consulta y un servicio de hospitalización libre.

En 1929, Herman Simon (Alemania), defiende la terapia activa. En 1937 el asilo de ayer se rebautiza como Hospital Psiquiátrico, y el guardián carcelero cede su puesto al enfermero. En 1948, Daumezón y -- Tosquilles proponen la psicoterapia institucional con miras a utilizar el hospital como instrumento curativo; la arquitectura misma estará en función de éste objetivo. En 1956, Balint subraya la importancia de la relación médico-paciente, en donde el médico aparece como el "mejor medicamento" para el enfermo.

b) Datos Nacionales.

Epoca Pre-hispánica.- En el código Badiano, escrito en ---- 1552, entre las numerosas láminas del manuscrito, algunas son ejemplo de los conocimientos psiquiátricos primitivos de los aztecas y de su intento por ofrecer soluciones, con una dualidad mágico-naturalista, como el remedio que recomendaban: "El (enfermo) debe de caminar en un lugar sombreado refrenarse de actividades sexuales, beber pulque moderadamente, de hecho no debe beberlo sino como medicina, debe de entretenerse en actividades alegres o divertidas, tales como cantar o tocar música y tocar tambores - que usamos en los bailes públicos".

En el siglo XVI, se fundó el primer establecimiento en América para alojar enfermos mentales. Fué Bernardino Alvarez quien el 2 de Noviembre de 1566 funda el Hospital de San Hipólito para atender enfermos ancianos y enajenados mentales.

En 1690 se funda un pequeño manicomio para 60 mujeres dementes. Así permanecen hasta que en 1700 se erige para ellas un hospital.

En 1860, en Guadalajara, se establecen dos hospitales, uno para hombres y otro para mujeres. En Monterrey, en el mismo año, se funda el Hospital Civil, en el cual hay un departamento para enfermos mentales.

En 1910 se inaugura el Manicomio General. En 1944 se fundó la primera granja de recuperación para enfermos mentales en San Pedro del Monte, León, Guanajuato, como un hospital abierto, entendiéndose aquí, el

abolir el pabellón cerrado, dándole la libertad al paciente de moverse -- por el hospital, en donde se trata de adaptar al individuo a la convivencia social y a la responsabilidad personal.

En los años '60 se fundan granjas, el Hospital Fray Bernardino Alvarez, en donde se ha intentado hacer un hospital de día y la rehabilitación a través de terapia individual, de grupo y ocupacional en los talleres. El Hospital Psiquiátrico Infantil y el Hospital de Neurología.

En el siglo XX el papel de la terapia es el de procurar a los enfermos frágiles y dependientes psicológicamente, relaciones humanas fundadas sobre la confianza y el afecto. También tiene por objeto permitir la readaptación del paciente mediante una reanudación del contacto social y a no condenarlo al ostracismo que a veces ocasiona la familia por vergüenza, demorando así su tratamiento.

En pleno entusiasmo, se intentó reformar, la atmósfera de los servicios, las condiciones materiales de existencia de los enfermos y el papel y actitud del personal sanitario. Pero éstas iniciativas muy a menudo se estancaron en sus comienzos por la falta de comprensión.

Holanda, Inglaterra y Escandinavia, figuran a la cabeza de esta carrera de superación. Un ejemplo claro también lo es el Hospital francés Instituto Marcel-Riviere.

Toda una Literatura trata de definir el lugar y la signifi-

cación del hecho psiquiátrico en la vida social, ya sea en la búsqueda de condiciones nocivas del medio ambiente, ya sea que se estudie la interacción entre el enfermo y el medio familiar, profesional, etc. A veces se observan fenómenos culturales (patología de los emigrados, aculturación), o los cambios sociales o políticos, pero son las consecuencias para la asistencia de los enfermos mentales de nuevas terapias, de las psicoterapias y de la socio-terapia que interesan a la psicología clínica contemporánea.

II.- INTRODUCCION TEORICA. TERAPIA AMBIENTAL.

a) Antecedentes.

Un hospital mental es una institución para el cuidado y tratamiento de la enfermedad mental, y el carácter de la institución depende grandemente, de si el énfasis es puesto sobre la custodia o sobre el tratamiento de los pacientes. En la primera mitad del siglo pasado "cuidado" significaba el bienestar del paciente; pero hacia el final del siglo, tuvo un significado diferente; el cuidado del paciente en forma tal, que no se dañara a sí mismo o al público. Solo se tienen que leer los trabajos - promedio sobre la organización y manejo de los "asilos de locura" por Connolly (1847) y Mercier (1894), para notar el cambio que han sufrido. Connolly enfatizó sobre la libertad, no restricción, ocupación, recreación y entretenimientos mixtos. Mercier, 50 años más tarde, enfatizó sobre el suicidio, violencia, peligros que surgen de sujetar a los pacientes. Fue en esta atmósfera en la que los cerrajeros florecieron e inventaron la elaboración de llaves, capaces de dar una, dos o tres vueltas de acuerdo al rango del poseedor.

El aislamiento como medio de protección del afligido mental, lo convirtió en prisionero. Asimismo, los métodos usados para el loco, lo hacían frecuentemente más peligroso, en el afán de proteger al público.

No es sobrenatural que muchos doctores y psicólogos se rebelen contra estas cosas y se esfuercen por moldear hospitales sobre los lineamientos de los hospitales generales, en los cuales ellos recibieron-

su entrenamiento. Trajeron enfermeras que habían sido entrenadas en enfermería general y argumentaron que la enfermedad mental era una enfermedad como cualquier otra, y debería ser tratada sobre líneas similares. El promedio de cuidado de cabecera dió un resultado mejorado. Se construyeron salas de operación, departamento de rayos X y fueron establecidos laboratorios de patología, anotándose las opiniones de visitantes y otros especialistas. Todo esto era lo bueno, pero desafortunadamente algunos de los más activos doctores y nuevas enfermeras, llenos de entusiasmo para los métodos de hospital general, fallaron para preservar muchas ventajas de los "viejos asilos".

La terapia ocupacional, que había estado floreciendo durante la primera mitad del siglo XIX, se hundió en los años '20. Fué necesario para los psiquiatras americanos viajar a Alemania y Holanda para aprender nuevamente las ventajas de la terapia ocupacional e introducir un nuevo tipo de trabajador : el terapeuta ocupacional.

La enfermedad mental no es precisamente como cualquier otra forma de enfermedad; es completamente diferente, tan solo por el hecho de que la mayoría de los pacientes son físicamente saludables; hay menos del 10% del promedio de una población de un hospital que está en cama, y de esos, la mayoría están sufriendo los efectos de una edad avanzada.

Para muchos, el hospital mental aparece como una cosa intermedia entre una prisión y un hospital general, con algunas de las peores características de ambos y las mejores de ninguno.

Un gran progreso se ha hecho en la psiquiatría clínica en -

años recientes, pero avances no comparables se harán en la psiquiatría ad ministrativa y en el mejoramiento del campo del tratamiento o de la atmósfera en la cual el tratamiento tiene lugar, hasta romper con las viejas - líneas y dejar de imitar al hospital general. El hospital no debe ser organizado para el beneficio de unos pacientes potencialmente peligrosos (- menos del 1%) en detrimento de la abrumadora mayoría de los menos perturbados.

Los enfermos mentales son extremadamente sensibles, y grandes esmeros deben tomarse para no hacer nada que ensanche el hueco entre ellos y sus semejantes. La etiología del mal mental en un cierto individuo, es usualmente de naturaleza compleja, dependiendo de la interacción de factores intrínsecos y extrínsecos. Los factores físicos, psicológicos y constitucionales, pueden predisponer al individuo para desarrollar la enfermedad; los económicos y sociales, pueden precipitarlo. Pero cualquiera que sea su última causa, la enfermedad mental, es a su vez, una perturbación en las relaciones interpersonales.

Como siempre está presente una interacción entre los procesos, afectando las relaciones sociales de un individuo y su proceso intrapsíquico, su felicidad debe depender, en última instancia, del grado de habilidad para relacionarse con su medio ambiente. Si él es incapáz de establecer relaciones satisfactorias, perderá gradualmente su autoconfianza, sintiéndose incomprendido por sí mismo, lentamente separado mas y mas del grupo, en su propia piel; volverá la espalda al mundo de la realidad que él puede sentir indiferente y aún hostil. Entonces derivará la mayoría de sus satisfacciones de la regresión hacia su propio mundo de la fantasía.

Un neurótico luchará por conservar algún contacto con su medio social y con la realidad. Será incapáz de hacerlo satisfactoriamente; se sentirá infelíz y no participará de la vida de su comunidad al límite-máximo de sus habilidades.

En tanto el neurótico puede mostrar así, antisocialización y antiparticipación, el psicótico puede renunciar completamente a participación alguna dentro de su grupo social.

Así, la enfermedad mental siempre lleva a la soledad, tanto subjetiva como objetivamente. La familia y amigos le verán al principio - como una persona extraña; se irán alarmando gradualmente en función de no poder "manejarlo" más, o sentirán que se está volviendo "peligroso" y sugerirán la hospitalización. Aún en la actualidad, existe en la mente de muchas personas, la idea de que, una vez que un paciente entra a un hospital mental, éste ha perdido su libertad, y piensan que el aislamiento es un lugar de secuestro permanente.

Los que sufren males mentales, no pueden venir a buscar ayuda en un estado primario suficiente para recuperarse y tener resocialización efectiva.

Sin embargo, a principios del siglo XIX se puso en boga en los Estados Unidos de América, el tratamiento "moral" (1842, Boston State Hospital) que hacía énfasis en el ambiente hogareño, las actividades recreativas y el trato amable a los pacientes, con quienes se propiciaban las conversaciones acerca de sus problemas y dificultades íntimas, como parte integrante del tratamiento.

En los últimos 20 años la psiquiatría se ha desarrollado -- muy ampliamente en tres direcciones fundamentales:

- 1) En el campo biológico, hay muchas contribuciones de la - biología molecular, la neurofisiología, la bioquímica, - la experimentación y sobre todo en la psicofarmacología, con el descubrimiento y aplicación de medicamentos psicotrópicos, ansiolíticos y antidepresivos muy importantes.
- 2) En el campo psicológico, se han desarrollado investiga-ciones sobre el estudio y tratamiento de la conflictiva-intrapsíquica, dentro del individuo mismo, y diversas corrientes psicológicas como: la experimental, la existencial, la psicodinámica; las cuales han fundamentado diferentes técnicas psicoterápicas y psicoanalíticas (individuales y de grupo).
- 3) En el campo social y antropológico, las contribuciones - son estudios del origen social de las enfermedades mentales; las relaciones interpersonales, la terapia de grupo, la terapia familiar, la psiquiatría social, la psicología y la antropología sociales.

Esos tres campos corresponden implícita o explícitamente, a otras tantas posiciones filosóficas que postulan un concepto del hombre, - de su naturaleza y de sus necesidades, así como de la sociedad. Si una de las posiciones aludidas reclama para sí la verdad, negando a las otras -- dos, no se hace justicia a la realidad del hombre, ni se procede cientficamente. Es un error pensar que porque el objeto de estudio, el hombre, - es uno solo, su conducta, su salud y enfermedad han de implicar o requere--

rir de una sola ciencia; también es un error pensar que existe una sola causa que explique la salud o la enfermedad mental. La complejidad del hombre solo puede comprenderse a través de un conjunto de ciencias (biológicas, psicológicas, sociales) que estudian múltiples fenómenos causales; ciencias que emplean conceptos operacionales y métodos propios, pero que no pueden jerarquizarse ni subordinarse unas a otras. No tener en cuenta esta diversidad de enfoques, conceptos y métodos, ocasiona muchos fracasos.

Desde luego, el psiquiatra trata a los enfermos del cerebro o perturbaciones orgánicas de diversos tipos y ha obtenido grandes progresos con el uso de nuevos medicamentos; pero atiende cada vez con más frecuencia a muchas personas cuyos males están determinados por fenómenos sociales y familiares, como por ejemplo: neuróticos de carácter, los psicosomáticos, que representan el 30% de los enfermos tratados por los médicos; una creciente cantidad de deprimidos no psicóticos, alcohólicos y drogadictos, así como suicidas frustrados.

Se solicita al psicólogo para que aconseje en problemas familiares, psicopedagógicos, de orientación, de deserción escolar; o de relaciones en la industria, de selección y orientación profesional; o para proyectar campañas de prevención en la organización familiar, socio-económica y política, de las pautas sociales y de los ideales y valores; factores que también modelan y troquelan la estructura del carácter y la personalidad de los llamados "normales", y que constituyen el ambiente social en que vive el hombre, que es más importante que el medio físico o el clima. Los conocimientos cada vez mayores sobre la influencia del ambiente social en la formación, aparición y desarrollo de los trastornos menta---

les han repercutido forzosamente sobre la organización y funcionamiento de los centros de tratamiento. Aquí, el psicólogo debidamente preparado y entrenado, puede (y debe) participar de manera importante en la prevención de la enfermedad mental, con su intervención a nivel familiar, escolar, industrial, etc. En el campo clínico, deberá ayudar a modificar el funcionamiento de los hospitales con una actitud profesional intensa, y con una mayor participación directa.

El hospital psiquiátrico moderno no puede limitarse a la administración de medicamentos, ya que su influencia ambiental por sí misma puede ser benéfica o perjudicial. Se comprende que no se trata solamente de un ambiente físico que ha de ser más o menos acogedor, sino esencialmente del ambiente social. Los manicomios a la antigua, verdaderas cárceles blancas, organizados con métodos estrictos de seguridad y separación radical, aunque se encuentren en flamantes construcciones, van siendo sustituidas por centros de tratamiento más abiertos, más permisivos, organizados de manera que las relaciones entre enfermos y personal, y las actividades dentro y fuera del sanatorio, formen parte del programa terapéutico.

Se trata de curar y ayudar a personas, es decir, unidades bio-psico-sociales, por medio de programas terapéuticos que abarquen esos tres campos: a la medicina tomada o inyectada ha de agregarse el ambiente acogedor, más hogar que hospital. Su organización interior, su funcionamiento, que pueden ser benéficos o perjudiciales, útiles o estorbosos para la atención adecuada, rápida y eficaz de los enfermos.

Es por esto que diversos autores en las últimas décadas han

hecho esfuerzos por crear sistemas terapéuticos integrales; desde los trabajos de Main (1946) quien hizo un intento deliberado de usar el hospital como una comunidad, cuyo fin sería la de promover la participación de sus miembros en las actividades diarias y con esto, eventualmente, lograr la resocialización de los neuróticos para la vida diaria.

Se vió que la estructura así formada mediante la organización espontánea y emocional del personal y los pacientes, era potencialmente terapéutica. Los neuróticos se socializaron y modificaron sus conductas al enfrentarse con demandas sociales que les hicieron adoptar conductas reales, fortalecer su ego e incrementar su capacidad para la sinceridad y las relaciones sociales.

Durante los años de guerra, Maxwell Jones trabajó en Mill - Hill (Inglaterra). Posteriormente a esta experiencia creó la unidad de rehabilitación social en el hospital Belmont en 1947. La mayoría de los pacientes en esa unidad, tenían severos desórdenes de carácter o eran sociópatas.

En sus estudios sobre comunidad, Rapaport hace la distinción entre tratamiento y rehabilitación. El definió tratamiento como las medidas encaminadas a ayudar la alteración de la personalidad individual, mediante el mejoramiento de la integración intrapsíquica. Al respecto, la definición de Rapaport se semeja a lo hecho por Main.

Por otro lado, fué definida la rehabilitación como el conjunto de medidas capaces de ayudar a la personalidad alterada, para poder auto-satisfacer las demandas inmediatas que el sistema social le hace. Cu

ming ve la terapia ambiental como la posibilidad de desarrollo en los pa-
cientes, de habilidades específicas para la interacción social.

Estas experiencias proveen métodos de ayuda para que los pa-
cientes aumenten su habilidad para la vida diaria. La terapia ambiental -
trabaja más para el desarrollo de experiencias o conocimientos, para mejo-
rar el nivel de las relaciones interpersonales y la efectividad de las ac-
tividades, que con el desarrollo de insight y de modificaciones intrapsí-
quicas. Los trabajos de Harry Stack Sullivan (1929), demostraron la impor-
tancia de los factores ambientales en los pacientes esquizofrénicos; pero
quizá la contribución más significativa para el entendimiento de dichos -
aspectos, fueron los trabajos de Stanton y Schwartz; ellos hicieron un --
cuidadoso análisis de la interacción entre los miembros del personal y de
mostraron sin lugar a dudas que los conflictos y/o fallas en la comunica-
ción entre éstos, se refleja en toda la organización, afectando la conduc-
ta de los pacientes.

b) Definición y Objetivos.

Herz hizo notar que en todos los pacientes existe una cier-
ta clase de ambiente y que es importante distinguir cuáles factores de --
ese ambiente, son terapéuticos y cuáles no lo son y aún anti-terapéuticos.

La terapia por el ambiente, consiste precisamente en hacer-
que la mayoría de los factores del medio ambiente controlables, favorez-
can el tratamiento y rehabilitación del enfermo mental.

Lo anterior se logra haciendo énfasis en la interacción social y de grupo, proporcionando un clima favorable en que los pacientes - adquieren mayor conocimiento de sus sentimientos, pensamientos, impulsos y comportamiento; ensayando nuevas posibilidades para el trato interpersonal en un ambiente relativamente seguro; aumentando o incrementando estimación y logrando que aprecien en forma realista, los aspectos potencialmente favorables y destructivos de su conducta. Para esto, es muy importante el uso de comunicaciones verbales y no verbales procurando que éstas sean honestas, abiertas y con un objetivo definido.

Para el éxito de este tipo de terapia, es de fundamental importancia, que tanto los miembros del personal, como el paciente individual, se den perfecta cuenta de sus papeles, limitaciones, responsabilidades y autoridad; disminuir la posible ambigüedad y que el paciente conozca bien la situación y sepa lo que se espera de él; se sienta cómodo y libre de una sensación de peligro, tanto por sus propios impulsos, como por los de sus compañeros; se sienta libre de tomar decisiones por encima del nivel de su responsabilidad actual, se sienta respetado como individuo, - con el reconocimiento de sus derechos, necesidades y opiniones.

Asimismo, se trata de producir experiencias de aprendizaje para los pacientes y el personal; haciéndose hincapié en la parte de responsabilidad que los pacientes tienen en su propio tratamiento, y en la obligación del personal de dar ejemplos a los pacientes. Una parte muy olvidada, pero muy importante para el tratamiento y rehabilitación de los pacientes, es la de aprovechar los aspectos sanos de éstos; ya que habitualmente se mira al paciente como "enfermo", enfocándose así la atención en los aspectos negativos o alterados de su personalidad; se olvida lo --

enormemente terapéutico que puede ser su aspecto sano, para mejorar la -- alteración existente.

Objetivos Terapéuticos:

Reestructurar al paciente: realidad, tiempo, espacio y persona.

Ayudar al auto-descubrimiento: asistiendo al paciente y pro moviendo sus expresiones.

Fortalecimiento del ego: descubriendo y desarrollando en -- los pacientes sus fuerzas y potencialidades.

Identificación sexual: A través de la utilización de activi dades propias.

Confrontación de ciertos problemas de conducta a través del trabajo: poner de manifiesto conductas obsesivas, agresivas, dependientes, competitivas, susceptibles a la crítica.

Objetivos de Rehabilitación:

Ayuda y evaluación de los hábitos de trabajo: usando los si guientes índices: tolerancia al trabajo, uso de equipo, relaciones interpersonales, calidad y cantidad del producto - final y responsabilidad.

Desarrollo de auto-suficiencia: eliminando los factores de dependencia de los pacientes hacia otros o hacia el personal; permitiendo que el paciente conozca y desarrolle sus -

potencialidades y sepa sus limitaciones..

Para crear un ambiente terapéutico que esté de acuerdo con la definición y objetivos antes mencionados, es necesario antes que nada, que haya en la mentalidad del personal del hospital, la convicción de que el enfermo mental es un ser humano cuya conducta más o menos enferma, es la expresión de sus necesidades, que éstas deben ser satisfechas y aquellos eventualmente re-orientados,

c) Ambiente físico.

El ambiente físico que sirve de receptáculo, y medio en el cual el tratamiento se lleva a cabo, es sumamente importante, por cuanto puede pavorecer o entorpecer los objetivos terapéuticos.

Obviamente no es necesario la construcción de flamantes y - lujosos edificios para que éstos sean funcionales; más bien se necesitan construcciones modestas, bien iluminadas, que permitan mantenerse limpios con facilidad; que tengan un aspecto hogareño y acogedor.

En vez de grandes dormitorios y comedores, es recomendable la creación de dormitorios de cuatro personas como máximo y otros individuales, para tener la opción de la convivencia o la soledad, de acuerdo con las necesidades y gustos de los pacientes. Es también importante, la existencia de habitaciones grandes para la convivencia de grupos de tera-

pia o de trabajo, así como otras pequeñas, que permitan la privacia y ase-guren la necesidad ocasional de aislamiento de los pacientes. Los baños, regaderas y excusados, no deben ser grandes corredores donde los pacientes sientan perturbada su intimidad; sino cuartos pequeños con puertas, - que si bien no es recomendable que tengan chapas, sí es bueno que permitan el total aislamiento de sus ocupantes.

El comedor es preferible que esté formado por pequeñas mesas donde puedan comer cuatro o cinco pacientes, con una enfermera o asistente, convirtiendo de este modo la hora de comer, no en el momento de -- "empacar comida", sino de un rato agradable donde se promuevan las interacciones sociales.

Estas construcciones es mejor que sean hechas en un plano horizontal y rodeadas de zonas verdes. Es importante que las habitaciones que conformen la construcción sigan un plano sencillo y no esten conectados entre sí por pasillos o en forma de laberinto, para así simplificar la orientación y desenvolvimiento de los pacientes.

En términos generales, la mayoría de los hospitales han --- adoptado la separación por sexos, de los dormitorios y baños, pero se ha visto que es mejor que el resto de las habitaciones, usadas para talleres, centros recreativos y de terapia, así como de los comedores, tengan un -- componente mixto, donde los hombres y las mujeres convivan libremente, -- con el sentimiento de vivir una sociedad más cercana a la realidad.

Las diferentes habitaciones deben ser cómodas y estar pro--vistas de ceniceros, basureros y el material necesario. Parte del trata--

miento, consiste en impulsar al paciente para que trate de sentirse a gusto en su nuevo ambiente, para lo cual es bueno que él mismo, se encargue de mantenerlo limpio y adornado.

Es importante que los cuartos destinados a diferentes servicios, sean claramente diferenciables; así como los dormitorios de hombres y mujeres o las áreas del hospital, propias del personal. Para lograr esto, algunos hospitales pintan de diferentes colores las distintas áreas, o les ponen nombres. Un aspecto con frecuencia olvidado de promover y que luego se intenta tomar como un índice de mejoría en los pacientes, es su relación con el ambiente cercano (orientación temporoespacial) y su interés social. Generalmente los pacientes viven aislados, y sin saber siquiera en que día viven, menos lo que acontece en el exterior. Para mejorar este aspecto es importante que haya calendario, relojes en las habitaciones y que los pacientes reciban periódicos diarios y publicaciones semanales, así como que tengan acceso a la radio y T.V. como innegables medios de comunicación.

También debe existir una área pequeña formada por cuartos individuales, donde se asegure la protección y cuidado de pacientes convalecientes y los que pasan por un episodio psicótico agudo.

La mayoría de los hospitales psiquiátricos actualmente, tienden a integrarse al concepto de hospital abierto, al cual los pacientes entran por su voluntad, por lo que el antiguo sistema carcelario de dobles y triples llaves, está en desuso.

d) Comunicación.

Como se mencionó anteriormente en definición y objetivos, uno de los ejes centrales de la terapia ambiental, es la concepción del enfermo como un ser humano con necesidades, obligaciones y expectativas.

Como es de suponerse, estos aspectos generalmente se encuentran alterados en una personalidad enferma; por lo que promover la comunicación libre y sincera que clasifique estos aspectos, es fundamental.

La comunicación como expresión del ser humano, es de esperarse dañada ampliamente en los enfermos mentales; por lo que es necesario el entrenamiento y la sistematización continua de ésta en el tratamiento. Para lograr lo anterior, los hospitales que han adaptado la terapia ambiental, realizan diariamente, de ser posible o cada tercer día, juntas a las que asiste todo el personal; médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, terapistas, asistentes, afanadores, y cocineros junto con los pacientes. En estas juntas se discuten los asuntos de la vida diaria, administrativos o de otro tipo que conciernen al bienestar de la comunidad; se llevan a cabo en un lugar y a una hora fija, para que sean tomadas en serio. Se trata de que no degeneren en un departamento de quejas, o en lo que el hospital debería hacer por los enfermos, sino más bien, que se tenga participación y responsabilidad conjunta para tomar decisiones en cuanto a los reglamentos y normas que regirán la vida hospitalaria, como por ejemplo: establecer los permisos de fumar en la sala, la hora de acostarse, las salidas o visitas nocturnas, las salidas de fin de semana, las actividades sociales, el control de la radio, los menús, el

horario de comidas, etc. También se considera terapéutico, hacer que los pacientes tomen parte en las decisiones de la conducta de otros enfermos y acerca de las relaciones entre los habitantes de la sala. Así, la participación de los pacientes en su propio gobierno, puede incluir la responsabilidad de emitir juicios sobre la infracción de las reglas de la sala; arreglar disputas entre enfermos, etc. De ésta manera se promueve la comunicación entre los pacientes y el personal.

Para estimular la comunicación entre los pacientes, se han adoptado los grupos de psicoterapia, que pueden organizarse en base a --- diagnósticos dinámicos, grupos de edades, estancia hospitalaria, o cualquier otra forma con tal que se consiga obtener grupos más o menos homogéneos, en donde pueden tratarse problemas generales que interesen a la mayoría de los pacientes y que le permitan borrar esa sensación de soledad y "exclusividad" que como enfermos cada uno tiene; al darse cuenta -- que otras personas comparten su problema distinguir los diferentes ángulos de enfoque y las soluciones propuestas. Otros mecanismos se usan para el desarrollo de la comunicación entre pacientes; tal vez menos sistematizados, pero no por eso menos afectivos: durante el tiempo empleado en los talleres, los grupos recreacionales, las comidas, las salidas y cualquier actividad de conjunto, se organizan éstas en pequeños grupos, en donde -- las interacciones sean posibles. De preferencia éstas actividades, así como los grupos de psicoterapia, deberán ser dirigidos o supervisados, para poder manejar en forma más favorable las comunicaciones. Es importante -- propiciar que éstas sean sinceras, claras y profundas y que se saquen conclusiones prácticas adecuadas, evitando la agresión y confusión que éste tipo de comunicaciones suelen suscitar.

La comunicación entre el personal mismo, es un punto que había sido borrado por mucho tiempo, partiendo del principio de que el otro es el enfermo, al que hay que ayudar; se olvidaba que el personal está -- formado de seres humanos también, con iguales necesidades, obligaciones y expectativas y cuya conducta también está motivada por presiones. Esto -- provocaba que los conflictos entre el personal o la falta de comunicación entre el mismo, repercutiesen grandemente en la conducta de los pacientes, así como en su tratamiento. Stanton y Schwartz lo demostraron ampliamente y es a partir de sus estudios que se ha puesto énfasis en la sistematización de la comunicación entre el personal, con dos objetivos principales:

- 1) Que todo el personal conozca el estado de cada uno de -- los pacientes y siga una línea congruente en las actitudes terapéuticas, que deba tener.
- 2) Mejorar el conocimiento y confianza entre los miembros -- del personal y limar las aperezas o malos entendidos que puedan surgir con el trato diario.

De esta manera, cada miembro del personal, influirá sobre -- los pacientes con su propia personalidad, pero como parte de un conjunto armónico y bien dirigido.

Igualmente importante, como resultado de la mejor comunicación, es que los miembros del personal desarrollen su trabajo en un medio de respeto y libertad, donde saben que tratan con seres humanos y que sus opiniones serán tomadas en cuenta, lo que propicia la satisfacción labo--

ral y el interés de aprender y mejorarse.

Este ambiente de comunicación se logra mediante juntas exclusivas del personal, que se llevan a cabo en forma periódica dos o tres por semana, a una hora y en un lugar fijos; en ella se hace la valoración diagnóstica dinámica de los pacientes recién ingresados, mediante la recopilación de los estudios clínicos hechos por médicos y psicólogos, los tests psicológicos practicados por éstos, las entrevistas familiares realizadas por las trabajadoras sociales, y los estudios de observación de conducta llevados a cabo por las enfermeras.

También mediante este tipo de trabajo en equipo, se valoran la efectividad de los tratamientos de los pacientes, la necesidad de cambiar o aumentar cierto tratamiento, la conveniencia de otorgar visitas, permisos o la posibilidad de alta.

Otro tipo de juntas se dedicará a la solución de problemas de tipo administrativo, que a su vez han planteado los pacientes o que surgen del mismo personal.

En otras juntas, el fin principal es elevar el nivel académico del personal y la actualización de conocimientos, para tal efecto, se revisa bibliografía y se presentan los resultados de las investigaciones que se hagan. Estas presentaciones son hechas por los médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, dietistas, etc.

Para estimular la comunicación que propicie la confianza y la ruptura de conflictos, las reuniones se hacen generalmente fuera del

hospital, en un ambiente más familiar y relajado, semejando más un ambiente social que académico, pero sin perder sus objetivos.

e) Trabajo.

El trabajo fué reconocido como el eje central de la terapia, por los inventores del "tratamiento moral" en el siglo XIX. Maxwell Jones comenta: "una necesidad fundamental del ser humano es la de usar su cuerpo y su mente en un trabajo constructivo. Dar al hombre la oportunidad de hacer ésto, es particularmente importante si en el proceso logra adquirir nuevas habilidades que le ayuden a aumentar su auto-estima y a tener el sentimiento de poder controlar su medio ambiente".

Los antiguos hospitales, en los que los pacientes, abandonados a sí mismos, pasaban el día entero sentados en los pasillos tomando el sol, o caminando entre la basura de un lado para otro, tienden a desaparecer. Y la razón fundamental es que de esa manera solo se lograba que el aislamiento, el abandono, el desuso de las capacidades del paciente, lo llevaran cada día en una forma más efectiva a la pérdida total del contacto con la realidad, el deterioro irreparable de su ego y la imposibilidad total de cualquier rehabilitación o del regreso del paciente a su comunidad.

En los estudios llevados a cabo para demostrar el valor terapéutico del trabajo, se ha descubierto que éste proporciona diversos factores indispensables para el adecuado desarrollo de la personalidad.

El primero y tal vez el más importante, es el incremento de la auto-estima que se logra a través de la realización adecuada de un trabajo, ya --- que esto implica el uso de las potencialidades físicas y psicológicas del paciente, que anteriormente inmerso en su enfermedad había abandonado y - creía perdidas.

Otro factor importante, es la adquisición de nuevas habilidades y el enriquecimiento de las existentes, lo que dá al paciente un -- sentimiento de fortaleza, al contar con un buen caudal de recursos para - enfrentarse y controlar su medio ambiente.

Además de lo anterior, el trabajo provee de un ambiente organizado, poco ambiguo y preciso, que requiere del paciente el uso de su atención, esfuerzo, desarrollo de sus capacidades de interacción y colaboración social. Todo esto, hace que el paciente se sienta bien diferenciado como ser único y a la vez integrado a su grupo social. De esta manera, la clasificación del paciente en cuanto a lo que él es, sus capacidades, - la adquisición de habilidades, le da una cierta competencia social, que - permita al paciente integrarse de una manera digna y productiva a su comu nidad.

En varios hospitales se han probado diferentes tipos de actividades incluidas en los programas terapéuticos de los pacientes, dependiendo éstas del grado de enfermedad y deterioro de los mismos. Por regla general, se pueden hacer dos grandes grupos: el de pacientes agudos que - saldrán pronto del hospital y el de los crónicos, que posiblemente pasarán el resto de sus días dentro, y para los cuales el hospital mental, de be ser lo mejor para ellos.

El tratamiento y reeducación del primer grupo, se dirigirá a la total resocialización del individuo; en el segundo grupo, menos afortunado, la meta tendrá que ser mucho más limitada: capacitar al paciente para hacerlo que se sienta feliz y luchar por la vida tanto como le sea posible.

El tipo más elemental de trabajo que se ha puesto en práctica en diversos hospitales, es el llamado : "grupo-entrenamiento-hábito", - usado para pacientes sumamente desorganizados o deteriorados. Estos son - grupos pequeños, cada uno bajo la supervisión de un enfermero, que vigila sus actividades a todo lo largo del día. La constante repetición de las - actividades de los pacientes, está dirigida a hacerles hábitos, de tal manera que puedan ver por su higiene personal y realizar tareas simples sin necesidad de supervisión.

Otro grupo de trabajo, llamado generalmente: "terapia ocupacional", se lleva a cabo con pacientes fuera de su fase aguda y no deteriorados. Las actividades escogidas, son de las más variadas, desde el - aseo de pabellones, carpintería, costura, salón de belleza, lavandería, - dibujo, teatro, música, baile, artes manuales, artesanías, cocina, etc.

Unas de estas actividades irán encaminadas a la solución de las más elementales e inmediatas necesidades de los pacientes; tales como la limpieza, arreglo de su ropa y comida; y otras, al desarrollo de las - habilidades más creativas, donde el paciente ponga en juego sus capacidades e imaginación. Todas estas actividades deben de preferencia, llevarse a cabo en un lugar y hora fija, bajo la supervisión de terapeutas, en grupos de pacientes y en un ambiente cordial que promueva las interacciones-

sociales.

Otro tipo más de trabajo, se ha ensayado en algunos hospitales como el Netherne, que en 1960, de 1822 pacientes, 1457 trabajaban para diferentes industrias, tanto dentro como fuera del hospital. Los pacientes trabajaban cinco horas diarias y esto requería que estuvieran arreglados adecuadamente; a tiempo, que se sometieran a un horario y aprendieran las normas generales del trabajo, tanto técnicas como sociales.

Esto permitió que los pacientes adquirieran responsabilidad y su trabajo remunerado, les diera la oportunidad de auto-satisfacer sus demandas materiales. De este grupo, por lo menos un 10%, eran crónicos; antiguamente abandonados y que lograron de esta manera una resocialización efectiva.

f) Responsabilidad.

Pongo este inciso como un capítulo aparte, no por considerar que no ha sido tratado suficientemente en los anteriores, sino por la importancia que tiene.

En un hospital para enfermos mentales, podemos considerar la responsabilidad dividida en dos grupos: la del personal y la de los pacientes; siendo cada una de ellas clara, bien diferenciada e indelegable, si se quiere un máximo rendimiento terapéutico.

Cada uno de los miembros del personal, independientemente de su función, debe tomar conciencia de que es un elemento indispensable, importante y valioso para el buen funcionamiento de la totalidad de la comunidad en una forma integral.

Aceptando cada uno su completa responsabilidad, podrá permitir el libre funcionamiento de cada uno de los miembros y dará ejemplo terapéutico a los pacientes.

La conciencia de que esta cualidad en el comportamiento del ser humano es indispensable para su desarrollo, ha llevado a delegar en los pacientes, cada vez mayor número de responsabilidades, tales como suaseo personal, el cuidado de sus pabellones, el solicitar sus medicamen--tos, el asistir puntualmente a sus reuniones de terapia y ocupacionales, etc.

La frase: "yo no puedo curarte, sino solo ayudarte a que te cures" es la manifestación más clara del concepto respetuoso del ser humanano, en la que él es el único responsable del cuidado de su bienestar.

Lograr arraigar este concepto en los pacientes, conduce invariablemente a fortalecer su ego, a mejorar su auto-estima y a evitar -- las recaídas y entradas forzosas a los hospitales mentales.

g) Variaciones. (Sub-culturas).

Si bien es cierto que cada paciente es un individuo único, con características muy particulares, las necesidades básicas del ser humano, sano o enfermo son limitadas. Es por eso que la terapia ambiental ha podido establecerse en forma más o menos generalizada con grupos diversos de pacientes, y ha tenido éxito.

Sin embargo, existen grupos de pacientes con ciertas peculiaridades que han obligado a producir cambios de tipo práctico; a la aplicación de los principios generales de la terapia ambiental, con la elaboración de programas específicos de tratamiento.

Estas sub-divisiones se han hecho en base a características específicas de los pacientes, en cuanto a edad o diagnóstico que los engloba en ciertas subculturas con requerimientos diferentes al resto de la comunidad.

Uno de estos grupos es el de los sociópatas. No existe en el presente un tratamiento realmente satisfactorio para su condición, pero se hacen intentos de tratarlos en grupo, por medio de un programa basado sobre terapia ocupacional intensiva, ejercicio físico y grupos de discusión.

El tratamiento de pacientes alcohólicos ha sido muy discutido; se han hecho intentos basados en una combinación de terapia de grupo, y el programa de alcohólicos anónimos. Las discusiones de grupo tratan con el alcoholismo desde dos de sus principales aspectos: contemplándolo como la manifestación de un desajuste subyacente de toda la personalidad y como una enfermedad per se.

Los pacientes geriátricos forman un grupo especial que requiere de mayores atenciones físicas. Los programas terapéuticos van encaminados a:

1) Ayudar en su deterioro al paciente, mejorando su concentración, destreza manual, memoria y estado de ánimo.

2) Mejorar el nivel de su cuidado personal, resolviendo --- problemas acerca del vestuario, higiene personal, comida, transporte, haciendo que el paciente use sus propios recursos.

3) Ayudar al establecimiento de una rutina diaria para el paciente, que lo mantenga orientado en tiempo y lugar; que le dé la oportunidad de sentirse responsable; que le permita mantener sus habilidades antiguas y que incrementen su independencia de la familia y del hospital y así aumenten su auto-estima.

4) Dar una oportunidad de interacción social, a través de la convivencia en las actividades recreativas del hospital.

Otro grupo especial, lo forman los adolescentes para los -- que hay que establecer un programa diario que contenga oportunidades para la expresión individual de éstos; su participación dentro de expectativas y límites realistas, que les ayude al mejoramiento de los aspectos de la vida diaria, tales como la apariencia personal, la educación, la responsabilidad consigo mismo; con las cosas y con otras personas. Debe tratarse también de usar en forma constructiva, el enorme gasto de energía de este

grupo a través del ejercicio físico y actividades ocupacionales que les permitan desenvolver su personalidad a través del desarrollo de habilidades creativas, actividades recreacionales y sociales, promoviendo en todas estas, la adecuada identificación sexual.

Los pacientes psiquiátricos crónicos, forman un capítulo aparte por el grado de deterioro sufrido en la personalidad integral. En ellos es muy importante prevenir un deterioro mayor futuro, tanto físico, como mental y social. Esto se logra manteniendo hábitos de trabajo, removiendo a los pacientes mediante programas que abarquen actividades de grupo y estimulación sensorial máxima. También es muy importante mejorar los hábitos de apariencia personal e higiene, así como estimular su capacidad de expresión a base de discusiones. Aumentar la conciencia de ellos mismos y su medio ambiente, estimulándolos para que hagan artículos paralelos o para sus cuartos; acercándolos a la comunidad, haciendo que ellos planeen y organicen actividades generales. De vital importancia resulta, en este grupo, el desarrollo de habilidades en actividades realistas y de trabajo.

El grupo de pacientes retardados mentales, por sus propias características y necesidades, requiere oportunidades para el desarrollo funcional máximo de sus actividades, mediante la sistematización y estructuración de éstas, a través del uso de colores brillantes, actividades de pequeña duración, pero que requieran concentración y atención, así como su repetición frecuente y, de ser posible, en forma rítmica. Ayudar a la coordinación de juegos recreativos que usen música, ritmos y movimientos corporales gruesos. Proveer una situación con un bajo nivel stressante mediante la acción directiva del personal, el establecimiento de rutinas, y

la enseñanza a base de instrucciones simples y demostradas.

Por último quisiera referirme a los grupos de neuróticos y las ayudas planeadas para éstos. Se basan fundamentalmente, en la dificultad del neurótico para objetivar y relacionarse adecuadamente. Para tal fin, se usan grupos de psicoterapia, terapia individual y "clubes sociales" mixtos, en los que se promueven las interacciones sociales, tratando de que éstas sean claras, definidas y respetuosas. Estos "clubes" se mantienen aún después de que el paciente ha sido dado de alta, hasta que se sienta capaz de intentar relacionarse sin la supervisión médica. La mayoría de los acercamientos psicoterapéuticos con este grupo, tienden a ser psicoanalíticamente orientados.

III.- MATERIAL Y METODO. EXPERIENCIA CLINICA.

En los meses de abril, mayo y junio de 1974 en el Sanatorio Floresta, se formó un pabellón piloto en el cual se realizaron modificaciones substanciales en la orientación terapéutica de los pacientes, introduciendo la terapia ambiental y la psicoterapia, como ejes de dicho cambio.

La idea básica era hacer al paciente responsable y sujeto activo en su tratamiento, proporcionándole los medios necesarios para esto y mejorando la comunicación en todos los niveles, tanto entre los pacientes, entre ellos y el personal, y entre el personal mismo.

Los principales rectores generales eran:

- 1) Usar interacciones sociales y de grupo.
- 2) Usar comunicaciones verbales y no verbales.
- 3) Procurar que las comunicaciones fueran honestas, abiertas y con un objetivo definido.
- 4) Decir al paciente lo que está haciendo mal en el momento mismo de hacerlo.
- 5) Producir experiencias de aprendizaje para los pacientes y el personal.
- 6) Aumentar la auto-estimación del paciente.
- 7) Hacer que los pacientes tengan responsabilidades en su tratamiento.

- 8) Aprovechar los aspectos sanos de los pacientes.
- 9) Hacer que el personal dé ejemplos terapéuticos.
- 10) Promover interacciones entre ambos grupos y éstos entre sí.

a) Antes.

Hubo tres aspectos que preparar: el del personal por un lado, el del lugar físico y el de los pacientes.

Nos ocuparemos de lugar físico en primer lugar. Se eligió un pabellón aislado de todo el hospital, en donde se atendía anteriormente a pacientes del sexo femenino con problemas de agitación.

Este pabellón aislado por una barda, disponía de un jardín interior, una cocina, un comedor, cuatro salas de dormitorios con 7 camas cada una, sanitarios y regaderas; además de 4 antiguos cuartos de protección, a los cuales se les quitáron las chapas, y un consultorio médico. - Se mejoraron las condiciones del pabellón, para darle un aspecto más acogedor.

El personal se seleccionó de entre todo el existente en el hospital, quedando: dos psiquiatras, dos médicos residentes, dos psicólogos (uno de ellos como terapeuta familiar); dos enfermeras; tres asistentes (uno vespertino) y una veladora; una maestra de gimnasia; una maestra de manuales: un maestro de pintura y teatro y una enfermera psiquiátrica-

(como asesora).

Este personal se reunió durante las seis semanas anteriores al inicio del experimento, con una frecuencia de dos veces por semana. -- Las reuniones se llevaban a cabo bajo la supervisión de la enfermera psiquiátrica, quien anteriormente se había entrenado en el Allen Memorial -- Institute (Canada).

En tales reuniones, se explicó cómo se llevaría el control de los pacientes, por parte de los psiquiatras, psicólogos, enfermeras, - asistentes, veladores y maestros de terapia ocupacional. Se estableció el horario de juntas, de labores y salidas con los pacientes (ver cuadro No. 1), así como el planteamiento de una nueva experiencia para todo el personal, en cuanto al trabajo de equipo y responsabilidad, en donde surgirían conflictos y problemas, los cuales, como equipo, deberían plantearse y resolverse, para un funcionamiento adecuado dentro del pabellón.

Hubo dos puntos que se modificaron de la tradición hospitalaria, que fueron los siguientes:

- 1) Abolición del uniforme y de la bata blanca.
- 2) Tuteo de todo el personal entre sí, sin importar el rango laboral ni la edad.

Aspecto de pacientes.- Dada la situación anterior del hospital y especialmente la de dicho pabellón, algunas de las pacientes a quienes se invitó a participar, se resistieron, pensando que sería una treta

para pasarlas al lugar donde anteriormente se cuidaba a las pacientes agi-
tadas y seniles.

Al recibir la información del cambio de sistema, con una ma-
yor participación, tanto de ellas como de médicos, psicólogos, etc., con-
la advertencia de la desaparición de los cuartos de protección como tales,
y la libertad de acceso por todo el jardín del hospital, la tienda, la bi-
blioteca, y con esto la convivencia con el resto de los pacientes, tanto-
del sexo masculino como del femenino, la mayoría aceptó. Sin embargo, al-
gunas de las pacientes definitivamente rehusaron participar con nosotros,
sobre todo cuando se enteraron de las obligaciones que como pacientes ten-
drían, argumentando que estaban ahí para descansar. Otro factor determi-
nante para que estas pacientes se rehusaran, fué el de que ellas ocupaban
habitaciones individuales y el cambio significaba la convivencia en un --
dormitorio, hasta con seis personas.

Las pacientes que aceptaron participar, pertenecían en su -
mayoría a la clase media, y a la clase media baja.

b) Durante.

Se seleccionaron pacientes con padecimientos básicamente --
neuróticos y psicóticos, rechazando a pacientes crónicos, seniles y débi-
les mentales profundos,

Se formaron dos equipos (I y II) de mujeres, para atender -

cada uno a un máximo de 15 pacientes.

Cada equipo quedó integrado por:

Un psiquiatra, un médico residente, un psicólogo, una enfermera y una asistente.

De las pacientes que participaron en la experiencia, pueden verse los cuadros correspondientes a los diagnósticos (Cuadro No.2), la edad (cuadro No. 3), el estado civil (Cuadro No. 4), la escolaridad (cuadro No. 5) y la ocupación (cuadro No. 6). Se implantó un horario, especificando las actividades de las pacientes y el personal para toda la semana (Cuadro No. 1).

Explicación de cada una de dichas actividades:

Grupo Largo.- Estas sesiones donde se manejaba dinámica de grupo, consistían en reuniones, que se efectuaban tres veces por semana, que en un principio se fijaron de hora y media, reduciéndose más tarde a una hora (explicaré más adelante el porqué), en donde participaban todas las pacientes y todo el personal. Estas reuniones tenían lugar en el comedor del pabellón, formando un gran círculo.

Aquí se establecían temas de diversos tipos: se podía hablar de cómo se sentían en el pabellón, de sus relaciones con las demás pacientes y con el personal; de sus quejas y de sus proposiciones.

En un principio, las pacientes adoptaron una actitud de gran dependencia y temor hacia los psiquiatras, solicitando de ellos la

proposición de un tema (la educación de los hijos, la virginidad, el control natal, etc.) y que éste fuera desarrollado por ellos ya que eran las personas "doctas y versadas" en dichos asuntos. Se les explicó que este no era el propósito de las reuniones.

Como dije en un principio, cada sesión duraba hora y media resultando demasiado larga, pues las pacientes, en un principio, no se sintieron interesadas en exponer problemas de orden general, seguramente por falta de motivación. Se pasaron alrededor de 4 a 6 semanas de largos silencios, risas nerviosas, abandonos de la sala de juntas. Fué en este momento cuando se decidió reducir a una hora la duración de la junta, especificando la finalidad de ésta.

Esta decisión fué útil, pues agilizó las sesiones y dió oportunidad a las pacientes de expresar sus inquietudes y síntomas. Fué común la queja de pacientes de recién ingreso, cuando llegaban agitadas, hipomaniacas o deprimidas, que no dejaban dormir, bien a las compañeras de dormitorio o a todas la demás. Algunas pacientes se quejaron, otras, en cambio, cooperaron en calmar a la nueva compañera. Esto fué en aumento fomentandose un sentimiento de compañerismo más marcado que en el resto de los pabellones. Esta situación sufrió ciertos cambios en el transcurso del experimento, aproximadamente en la duodécima semana; se notó una marcada disminución en esta participación, que tuvo una relación directa con la dada de alta, casi simultánea, de varias pacientes que habían integrado el pabellón desde su inicio, las cuales de alguna manera, habían tenido con las demás pacientes, cierta preponderancia jerárquica.

En varias de éstas juntas, fué notoria la incomodidad y de-

esperación del personal, al esperar que las pacientes hicieran observaciones de su propio comportamiento y de sus compañeras, al mismo tiempo - que sugirieran posibles soluciones a los diversos problemas expuestos; y - modificaran así su actitud dependiente, al esperar que el personal diera las soluciones e hiciera las interpretaciones o comentarios de estas sesiones.

Grupo Corto.- Estas sesiones, llevadas a cabo también tres veces por semana, tenían una duración de una hora. Las pacientes se subdividían a su vez en tres grupos:

- I.- Grupo de recién ingreso.
- II.- Grupo de estancia media.
- III.- Grupo de próxima alta.

En el grupo I se informaba a las pacientes recién llegadas; de todas las actividades que se realizaban, así como de sus horarios. También se obtenía información de las pacientes, del motivo de su internamiento, de sus problemas y de cualquier situación que fuera difícil expresar en la junta de grupo largo, ya sea por un temor íntimo o por timidez. También servía como primer paso para relacionar a las de nuevo ingreso con las demás.

En el grupo II se promovía básicamente la interacción entre las pacientes para obtener y observar los avances terapéuticos.

En el grupo III, las pacientes que serían dadas de alta con

cierta proximidad, exponían generalmente conflictos y temores ante esta nueva situación; entonces se buscaba entre las mismas pacientes y bajo la dirección del psiquiatra o del psicólogo, una solución práctica a sus conflictos, ya fueran matrimoniales, familiares, laborales, etc., aún cuando no siempre se llegara a una solución definitiva.

Cada uno de estos grupos siempre era dirigido por el médico, el residente, la psicóloga o la enfermera.

Juntas Generales del Personal.- Estas juntas se llevaban a cabo dos veces por semana; tenían como fin, revisar los expedientes de cada una de las pacientes para que, con la información obtenida de las anotaciones de su conducta dentro del pabellón, con sus compañeras, durante la visita familiar y la terapia ocupacional, planear el tratamiento más adecuado. También se discutía el paso de las pacientes de grupo corto I a II o a II, según su evolución.

También servía para discutir los propios problemas o conflictos del personal, el funcionamiento inadecuado, en donde se efectuaba una supervisión y corrección de las reacciones del personal en general.

Junta General de Pacientes.- Esta sesión se llevaba a cabo una vez por semana; se realizaba en la tarde y era observada por un miembro (o más) del personal. En ella las pacientes discutían los problemas del pabellón, cualquiera que fuera el tema: descontento con la comida, mal funcionamiento del pabellón o del personal. También decidían el lugar

o los posibles lugares para el paseo semanal; sugerencias o cambios para la terapia ocupacional; planeaban alguna receta de cocina y hacían la lista de los ingredientes que requerían (aparte de la comida proporcionada por la cocina central), etc.

En estas juntas, las pacientes tenían la oportunidad de expresar todas sus inconformidades más libremente y proponer entre ellas -- cambios y soluciones, los cuales serían expresados en la siguiente junta de grupo largo.

Salidas con las Pacientes.- Durante la junta de grupo largo las pacientes proponían los lugares previamente discutidos por ellas en su junta. La selección definitiva se hacía en base a la cercanía del lugar y al costo. Se eligieron lugares como: Museo de Ciencias Naturales, Museo de San Carlos, Zoológico del Pedregal, Basílica de Guadalupe, Xochimilco y Contreras.

La selección de las pacientes que saldrían al paseo, la hacía el personal, previo análisis del estado de las pacientes. Sólo a pacientes que se encontraban agitadas, se les limitaba la salida.

Normalmente fueron grupos que oscilaron entre 4 y 17 pacientes como máximo. Según el número de pacientes, era el número del personal que las acompañaba. Siempre iba alguno de los médicos, psicólogas, enfermera o asistente. Cuando en ocasiones alguno de los médicos no podía ir, se le sustituía con un asistente hombre, del hospital.

En general las pacientes y el personal se sintieron contentos y satisfechos con estas experiencias. Las pacientes mismas se responsabilizaban de ellas y de sus compañeras. Posteriormente se hacían comentarios, en grupo, de los lugares visitados y de sus impresiones.

Sólo en una ocasión se presentó el problema de la fuga simultánea de dos pacientes. Aprovechando la distracción de una de las enfermeras, que se había hecho cargo de tres pacientes, se fugaron por lados separados. Esto obviamente consternó todo el paseo; las demás pacientes se mortificaron al grado de sentirse responsables de dichas fugas. -- Una de las pacientes fugadas regresó en la tarde por su propio pié; la -- otra llegó a su casa y negándose a ser nuevamente internada, desertó. Sin embargo, un mes más tarde ingresó nuevamente al hospital y a nuestro pabellón.

Estos paseos resultaron de gran utilidad terapéutica, pues facilitaba la convivencia no solo entre las pacientes, sino también entre el personal y las pacientes y para el personal mismo.

Terapia Ocupacional.- La terapia ocupacional consistía en: labores manuales, pintura (dibujo libre), gimnasia, deportes, teatro (psicodrama) y guiñol.

Al principio hubo poca participación de las pacientes, pero a medida que hubo una mayor información y observación de los talleres, se fueron interesando y participando más. Esto estuvo íntimamente ligado a dos factores: el primero, en relación a las pacientes de tipo líder, que en ocasiones casi obligaban a las compañeras a asistir; entonces hubo au-

mento en la actividad de las pacientes; y el segundo, cuando aumentaban - en número las pacientes psicóticas, la asistencia disminuía, situación -- que se modificaba a medida que las pacientes mejoraban.

Otras de las actividades de las pacientes, no propiamente - del tipo arriba señalado, consistía en acudir a la lavandería (en un hora - rio previamente fijado) a lavar su ropa; en arreglar el jardín y cooperar en el aseo del pabellón (hacer sus camas, limpiar los dormitorios, el co - medor, el patio y lavar los trastes). En estas actividades colaboraban ex - clusivamente las pacientes que así lo deseaban, no obligándose a ninguna. Sin embargo es importante señalar, que la mayoría de las pacientes colabo - raron voluntariamente, algunas en mayor y otras en menor proporción.

Visitas Familiares.- Estas visitas se fijaron todos los días por las tardes, con una duración de hora y media. Podían acudir todos --- los familiares que así lo desearan (padres, esposo, hijos, hermanos, ami - gos, etc.). Los jueves y los domingos de 10 a 12 y de 16 a 18 horas, para los familiares que no podían acudir en las tardes y para las pacientes -- que no tuvieran todavía la autorización de salir de visita a su casa.

Estas visitas familiares se llevaron a cabo en el jardín, - en el patio o en el comedor del pabellón, bajo la observación de un miem - bro del personal en turno (médico, residente o psicóloga).

La observación directa de esta visitas familiares, fué de - gran utilidad tanto terapéutica como diagnóstica, pues nos permitía, en - lo posible, ver como se desenvolvían las pacientes con su familia y vice-

versa. En ocasiones resultaba benéfico para la paciente y en otras negativo. Esto abría la puerta para proponer (cuando era necesario) la necesidad de acudir a terapia familiar.

El miembro del personal que estuviera de guardia, tenía la obligación de rendir un informe en la junta de personal, acerca de estas visitas y las entrevistas realizadas con los familiares.

Salidas de las pacientes a sus casas.- Estas eran determinadas por el médico tratante y el psicólogo y se establecían en cuanto la mejoría de la paciente lo permitiese.

Actividades específicas del personal.- Además de las ya anteriormente explicadas, tanto médicos, como psicólogas y enfermeras, tenían la obligación de hacer anotaciones en los expedientes de todas y cada una de las pacientes de su equipo, referentes a la evolución, la participación y colaboración en el pabellón.

Este experimento duró 17 semanas; al aproximarse la terminación del experimento, se preparó a las pacientes para la fase siguiente, la cual consistiría en ser integradas a los equipos de mujeres que se formasen.

Se les recordó que esto había sido un ensayo, para ver las-

ventajas en el tratamiento y readaptación de los pacientes en general a su vida laboral y familiar; que se haría extensivo a todo el hospital y - tanto los pacientes como el personal, se distribuirían en todos los equipos.

Esto provocó serios cambios en las pacientes llegando a ocasionar un caos en las juntas de grupo largo; en las que difícilmente se centraban en un solo tema, sin tocar el punto de desmembramiento del pabellón. Las pacientes histéricas recrudecieron sus síntomas y en general todas las pacientes disminuyeron la velocidad de su mejoría, mostrando enojo y depresión por el cambio inevitable. El personal también sintió en su interior, tristeza por la terminación de una nueva experiencia, agradable y satisfactoria.

c) Después.

Al concluir las 17 semanas del experimento, la terapia ambiental se hizo extensiva a todo el hospital, quedando distribuidas las pacientes entre los dos equipos de mujeres, además de los tres equipos de hombres que se formaron. El personal que había intervenido en el pabellón piloto se mezcló en cada uno de los equipos, para servir de guía, ejemplo y orientación.

El pabellón piloto quedó destinado a la atención de los pacientes seniles, o en recuperación física.

La extensión de este nuevo sistema al resto del hospital, implicó resolver dos problemas básicos:

1) El personal se encontrába inconforme, pues este sistema implica mayor responsabilidad y cooperación en su trabajo. Así como que cualquier falla en el mismo, o mal trato hacia los pacientes, sería informado en las juntas de grupo largo o en la junta de pacientes.

La implantación del uso de charolas para las comidas, ya -- que de ésta manera los pacientes se auto-servían, con la obligación de dejar nuevamente la charola con los trastes sucios en el retorno de la cocina. Esto modificaba completamente la costumbre del hospital, y así, los cambios de este tipo fueron difíciles de ser aceptados.

2) Los pacientes también presentaron cierta resistencia al cambio; por una parte desaparecían las distinciones de los pabellones (1º, 2º y 3er departamento de hombres y mujeres), diferencia anteriormente hecha en relación al grado de salud y a la posición económica del paciente. Esto fué muy importante, ya que se resistían a convivir con todos los pacientes indistintamente de posición económica y de nivel de "salud". Desaparecía la distinción de habitaciones y comedores, pudiendo los pacientes sentarse donde mejor les acomodara. Los pacientes que presentaron más objeciones fueron los económicamente mejor establecidos.

Otro problema de los pacientes, fué el referente a la participación en el aseo de los pabellones; sobre todo en el sector de hombres, en donde se negaron rotundamente a hacer sus propias camas, y todo lo referente al aseo. Esto, pienso yo, está en relación directa a los aspectos socio-culturales de nuestro pueblo.

En el lado de mujeres esta resistencia fué menor, a excepción de algunas pacientes, que argumentaron que su estancia en el hospital era para reposar, para "descansar de los nervios", convirtiendo así su estancia en unas vacaciones en un hotel.

Para las labores de terapia ocupacional, los pacientes en general, presentaron cierta resistencia, a pesar de haber ampliado dichas actividades.

Las salidas de los equipos tuvieron que suprimirse, ya que cada vez eran más numerosos los pacientes y no se contaba con el personal necesario, ni con un medio de transporte adecuado.

Los nuevos equipos se formaron con un personal más reducido en relación al número de pacientes: un psiquiatra, un residente, una enfermera y un asistente para 30 pacientes. Los horarios generales que se habían llevado en el piloto, se mantuvieron más o menos iguales, salvo ciertas modificaciones que cada equipo consideró pertinentes.

IV.- R E S U L T A D O S.

En las pasadas dos décadas se han producidos más cambios en los métodos y técnicas terapéuticas, que los vistos en la historia previa de la psiquiatría. No han sido sólo las poderosas drogas, las que han producido un dramático control de los síntomas, sino las nuevas técnicas que difieren marcadamente de los modelos médicos tradicionales y de la psicoterapia individual.

Cuando los médicos descubren un nuevo tratamiento, que ellos creen pueden ayudar a cierto tipo de enfermedad, sobre las bases de sus observaciones clínicas, deciden si los pacientes responden más completamente y rápidamente con su tratamiento, que lo que sucediere previamente con otros tratamientos. Este estilo de evaluación sólo es efectivo en limitadas circunstancias. En psicología la verdadera evaluación debe involucrar técnicas más sutiles, debido a la gran variedad de los tipos de pacientes y a los cambios espontáneos que se producen en muchas enfermedades; la influencia de factores ambientales fuera de nuestro control y más significativamente, el entusiasmo del terapeuta que a menudo duda de la necesidad de cualquier evaluación fuera de su opinión.

Por estas razones, procedimientos más complicados y a veces aparentemente necesarios se han introducido. El primero de ellos, es el seleccionar un grupo con una patología uniforme y en el cual las variables que puedan influir, sean reconocidas y de ser posible, controladas. Este grupo debe ser comparado con otro semejante que no esté recibiendo tratamiento. También pueden compararse con diferentes grupos que a la vez

sean grupos con diferentes tipos de padecimiento. Estos grupos deben ser cuidadosamente semejantes en cuanto a las variables que puedan influir la observación en cualquier sentido.

Aunque la evaluación de muchos procedimientos terapéuticos es difícil, no hay ninguno que no pueda ser medido. Debe acercarse lo más posible a un estudio experimental, seleccionando un pequeño grupo de pacientes con semejanzas controladas y por medio de la evaluación objetiva de un número de cuestionarios bien desarrollados. En los años pasados, hubo un intento para evaluar los cuadros clínicos de una manera objetiva.

Así, numerosos estudios se han hecho para intentar evaluar la terapia ambiental en forma objetiva con diferentes tipos de resultados.

El sentir general, dado el ambiente de respeto y libertad en que ésta terapia se lleva a cabo, es de obvia mejoría, al facilitar la comunicación y las relaciones entre los pacientes y el personal. Sin embargo, las escalas clínicas intentadas, dan resultados un tanto variables en cuanto a la rapidéz de la mejoría y del grado de remisión de síntomas. Puntos específicos como la autoridad y la libertad han sido ampliamente discutidos sin que los autores se pongan de acuerdo.

En nuestro caso específico, desgraciadamente no contamos con una evaluación objetiva "rigurosamente científica", ya que no se usó ningún tipo de cuestionario, ni escalas clínicas, ni evaluación por parte del personal no involucrado en este experimento. Tampoco se llevó a cabo comparación alguna con un grupo control, ni se pudieron delimitar clara-

mente las variables no controladas, que interfiriesen nuestro estudio. Es por esto que los resultados se limitaron a ser descriptivos y cualitativos, intentando la mayor objetividad posible. En términos generales puede decirse, que el ambiente logrado tanto desde el punto de vista físico, como del psicológico, cambió por completo el concepto del paciente, del tratamiento y del personal.

El primer punto que se modificó, fué el de la comunicación. Anteriormente, los pacientes veían a su médico, una vez por semana y la entrevista estaba matizada de manifestaciones de síntomas, peticiones administrativas y quejas, siendo muy limitado el conocimiento real que se tenía del paciente y viceversa. Esta experiencia nos dió la oportunidad de sistematizar la comunicación y abrir diversos canales de información y acercamiento al paciente; con lo cual éste ha podido ser visto más integralmente como un ser humano; con sus necesidades, limitaciones y expectativas y no sólo como "una esquizofrenia", "una histeria", o "una manía".

Para el psicólogo se abren nuevas perspectivas en el campo clínico, ya que su participación se vuelve más activa y profesional, reduciendo su limitada acción como psicómetra.

Mediante los grupos largos o cortos, que se reunían seis veces por semana, se tenía la oportunidad de observar en los pacientes: su puntualidad, arreglo personal, interés, inquietudes, problemas, temores, comunicación, progresos y retrocesos, etc. Además de éstas sesiones, existían las entrevistas individuales, que ahora resultaban más fluidas, y con material clínico mejor observado, ya que había la oportunidad de ventilar los problemas en diferentes situaciones.

Las salidas con los pacientes en un ambiente extra-hospitalario, permitía la manifestación de otras conductas, difícilmente observables dentro del hospital, así como una convivencia más íntima o cercana con las pacientes, lo que daba pie al estrechamiento de vínculos afectivos, así como al establecimiento de una mayor confianza y por lo tanto se ampliaban los canales de comunicación.

La convivencia con los familiares de las pacientes, durante las visitas de éstos, lograba la sensación de pertenencia a una gran familia; permitía la observación de las relaciones de las pacientes con su familia y viceversa, aumentándose con esto la comunicación, no solo con los pacientes que se sentían apoyados o respaldados frente a sus familiares, sino con los familiares mismos, pudiendo hablar con ellos de los factores que pudieran influir en la enfermedad de la o las pacientes y aquellos que sería conveniente modificar a su salida y en lo futuro.

La comunicación clara, sistematizada y definida entre los miembros del personal, fué una nueva y estimulante experiencia de trabajo. Como psicólogas, nos dimos cuenta que cuando, se les dá oportunidad de hablar a las enfermeras y a las asistentes, ellas tienen mucho que decirnos sobre nuestras actitudes y sobre los pacientes, ya que conviven la mayor parte del día con ellos. También fué obvio que de esta manera, se logró formar un verdadero equipo de trabajo, con lo que éste resultó más agradable, más sencillo y sobre todo satisfactorio.

Otro aspecto importante a mencionar, es el sentido comunitario y de cooperación que se creó en el pabellón. El cuidado de su limpieza y buena apariencia, era algo que atañía no solo a las asistentes, sino --

que era de interés común para todos los que "vivían en esa casa". Cuando una paciente se agitaba, se llegaba a aislar o se le notaba triste, todas las compañeras trataban de ayudarla, lo mismo sucedía en cuanto a la asistencia y a la terapia ocupacional, dónde se estimulaban mutuamente para trabajar.

Las situaciones mencionadas anteriormente, dieron como resultado que las relaciones interpersonales mejoraran ampliamente, tanto entre las pacientes, como entre éstas y el personal, y entre el personal mismo. La responsabilidad de las pacientes en su curación, fué uno de los puntos que se modificó sustancialmente; ahora, el interés de ellas, no tanto ya de sus familiares o del personal del sanatorio. En la mayoría de las enfermedades mentales, se encuentra una gran inclinación hacia la dependencia, por la enfermedad misma y porque es una situación que siempre ha sido propiciada por la familia y el hospital, como representantes de la sociedad.

Ahora se trata de hacer conciencia en los pacientes, de que las curaciones no son mágicas, que es "su problema" y de que ellos deben hacer mucho esfuerzo para lograrlo. Así, ellos mismos deberían solicitar su medicamento, asistir puntualmente y sin que nadie les llamara a sus sesiones y grupos de trabajo; tomar parte activa en la comprensión e interpretación de sus problemas, exceptuando a las pacientes que pasaban por un episodio psicótico agudo, por lo cuál necesitaron más ayuda.

Como datos aislado que pueden ser significativos, en cuanto a la efectividad de la terapia ambiental, pero que necesitarían de comprobación y estudios estadísticos más profundos, quisiera mencionar que la

curva de estancia media de las pacientes, tiende a inclinarse a la izquierda, o sea a ser más corta (cuadro No. 7). También en un 8% de las pacientes que estuvieron en el estudio, han reingresado en el lapso de seis meses.

Sin embargo, independientemente de los estudios estadísticos y rigurosamente científicos, que nos permitieran evaluar el grado de mejoría clínica observable en la terapia ambiental o como resultado de ésta, quisiera mencionar un comentario de uno de los psiquiatras que intervinieron en este estudio y que representa en mucho, el sentir de los demás miembros del personal: "yo no sé si esta terapia logre realmente una gran mejoría clínica, pero cuando voy a otros pabellones y me encuentro a 'mis' esquizofrénicos sentados en el pasillo o metidos en la cama, totalmente inmersos en sus fantasías y aislados del mundo circundante, sucios y desarreglados; y después vengo al pabellón piloto y otra esquizofrénica me recibe con una sonrisa, la encuentro bien arreglada, trabajando con sus compañeras y me ofrece un café antes de iniciar la entrevista, me siento inclinado a pensar que aquí se trabaja mejor".

En general, todos tuvimos la sensación de que es posible -- otra dimensión en el tratamiento del paciente psiquiátrico; en la que se le vé como un ser humano en todas sus dimensiones, en un ambiente de libertad y respeto; donde la comunicación y la responsabilidad compartidas sean la base terapéutica, donde se les permita a los pacientes usar y desarrollar sus aspectos sanos y enfrentarse valerosamente a los menos sanos.

V.- CONCLUSIONES.

La terapia ambiental permite un tratamiento más racional y humano del paciente psiquiátrico, que se basa en la concepción de éste como ser humano en toda la extensión de la palabra, o sea, libre, capáz de decidir, responsable; como un ser cuya enfermedad ha alterado su homeostásis física, psicológica y social en forma global, por lo que es necesario crearle un ambiente que propicie el desarrollo de sus capacidades y provea la satisfacción de sus más inmediatas necesidades.

Es por esto que los pilares de la terapia ambiental son la comunicación, el trabajo y la responsabilidad, ya que el ejercicio de estas funciones permiten fortalecer el ego, mediante el aumento de la autoestima y el desarrollo de sus capacidades. También es de importancia mencionar que la comunicación ayuda a disminuir la sensación de soledad y -- que abre la posibilidad de un mayor entendimiento personal.

Esto a su vez, abre una perspectiva individual, médica y social de mejoramiento del enfermo mental, que puede así reintegrarse en -- forma productiva a la sociedad, viviendo menos solo y menos atormentado.

Tal vez la experiencia terapéutica ha sido la primera oportunidad que el paciente haya tenido en su vida de alcanzar un sentimiento de pertenencia, seguridad, confianza y de incremento en su auto-afirma--ción y bienestar. Viviendo, trabajando, disfrutando de la vida; discutiendo problemas desde diferentes ángulos con otras personas que tienen más o menos dificultades semejantes, todo esto, en un ambiente de libertad y --

respeto.

Esta posibilidad difícilmente será abandonada por quienes - la hayan disfrutado y experimentado como una nueva y diferente forma de - vida, más digna.

Para que ésta situación pueda darse, debe haber un cambio - radical en la mentalidad del personal de los hospitales psiquiátricos; -- una mejor preparación de todas las personas que aquí intervienen, para -- que conozcan mejor su función y responsabilidad, así como el tipo de pro- blemas con los que se enfrentan y las posibilidades para resolverlos.

También es importante, el adecuado aprovechamiento de los - recursos naturales y humanos con que cuenta una comunidad como hospital - psiquiátrico. Objetivos terapéuticos y funciones claras y definidas, son- indispensables para éste y cualquier otro tipo de terapia que desee ser - exitosa.

Creo que la terapia ambiental, es una técnica que debiera - implantarse en todos los centros interesados en la higiene mental, ya que partiendo de una concepción más amplia y humana del enfermo, tiende a au- mentar sus posibilidades de desarrollo y re-adaptación.

Este nuevo enfoque, implica una reestructuración de las instituciones existentes, ofreciendo una mayor acción terapéutica, con todas- las comunicaciones que se establecen entre los enfermos por una parte y -- entre éstos y el personal médico y para-médico por otra.

Es preciso insistir en que la psiquiatría y la psicología - llamadas sociales sustituyan cuanto antes, a la tradición del asilo. El - hospital psiquiátrico se debe convertir cada vez más, en un instrumento - de re-adaptación social y no en un medio que favorezca la cronicidad.

La comunidad terapéutica, sus conflictos y contradicciones - deben ser abordados dentro de la perspectiva psicoterapéutica, al mismo - tiempo, para los problemas que representa el retorno del enfermo a la vi - da normal, son de proponerse los medios de una asistencia extra-hospital - ria. Todo esto con el fin de devolverle al enfermo, su salud, es decir, - su libertad mental, inyectándole así, el deseo de curarse, y que esto a - la vez, le permita restablecer su contacto con la realidad.

La carrera del psicólogo se hace cada vez más indispensable dentro de muchas ramas profesionales, siendo definitivamente de gran im - portancia en el campo del hospital psiquiátrico, dejando atrás el papel - tradicional del psicólogo como aplicador de pruebas. Es de desearse que - con un entrenamiento adecuado, podrá participar en una verdadera rehabili tación del enfermo mental.

VI.- T A B L A S.

Horas	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
7.30	LEVANTARSE	LEVANTARSE	LEVANTARSE	LEVANTARSE	LEVANTARSE	LEVANTARSE	LEVANTARSE
7.45	ARREGLO	ARREGLO	ARREGLO	ARREGLO	ARREGLO	ARREGLO	ARREGLO
8.00							
8.15	MEDICAMENTO	MEDICAMENTO	MEDICAMENTO	MEDICAMENTO	MEDICAMENTO	MEDICAMENTO	MEDICAMENTO
8.30	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO
8.45							
9.00							
9.15							
9.30	GRUPO LARGO	TERAPIA OCUPACIONAL LABORES MANUALES	SEMINARIO del PERSONAL	GRUPO LARGO	TERAPIA OCUPACIONAL LABORES MANUALES	ATENCIÓN A FAMILIARES	GRUPO LARGO
9.45							
10.00							SALIDA DE PACIENTES AL HOGAR
10.15							
10.30	LAVANDERIA	TERAPIA OCUPACIONAL	SALIDA	LAVANDERIA	VISITA de FAMILIARES	Y ENTREVISTA DE PACIENTES	LAVANDERIA
10.45	CAFE JUNTA PERSONAL			CAFE JUNTA PERSONAL			CAFE JUNTA PERSONAL
11.00							
11.15	TERAPIA OCUPACIONAL						
11.30	PINTURA	TEATRO	CON PACIENTES	TERAPIA OCUPACIONAL de GIMNASIA			VISITA FAMILIAR
11.45	ENTREVISTA PACIENTES			ENTREVISTA de PACIENTES			
12.00							
12.15	GRUPOS CHICOS	PSICODRAMA		GRUPOS CHICOS	TERAPIA OCUPACIONAL GIMNASIA		GRUPOS CHICOS
12.30							
12.45							
13.00							
13.15							
13.30							
13.45	COMIDA	COMIDA		COMIDA			COMIDA
14.00							
14.15							
14.30							
14.45							
15.00							
15.15	TERAPIA OCUPACIONAL MANUALES I	TERAPIA OCUPACIONAL COCINA		TERAPIA OCUPACIONAL GUINOL			TERAPIA OCUPACIONAL PINTURA DIBUJO LIBRE
15.30							
15.45							
16.00							
16.15							
16.30	TIEMPO	TIEMPO		JUNTA de los PACIENTES			TIEMPO LIBRE
16.45							
17.00	LIBRE	LIBRE					
17.15							
17.30							
17.45							
18.00							
18.15							
18.30	CENA	CENA		CENA			CENA
18.45							
19.00							
19.15	VISITA	VISITA		VISITA			VISITA
19.30							
19.45							
20.00	FAMILIAR	FAMILIAR		FAMILIAR			FAMILIAR
20.15							
20.30							
20.45	MEDICAMENTO	MEDICAMENTO		MEDICAMENTO			MEDICAMENTO
21.00							

CUADRO N° 1
HORARIO
DE
ACTIVIDADES

REGRESO
DE
PACIENTES

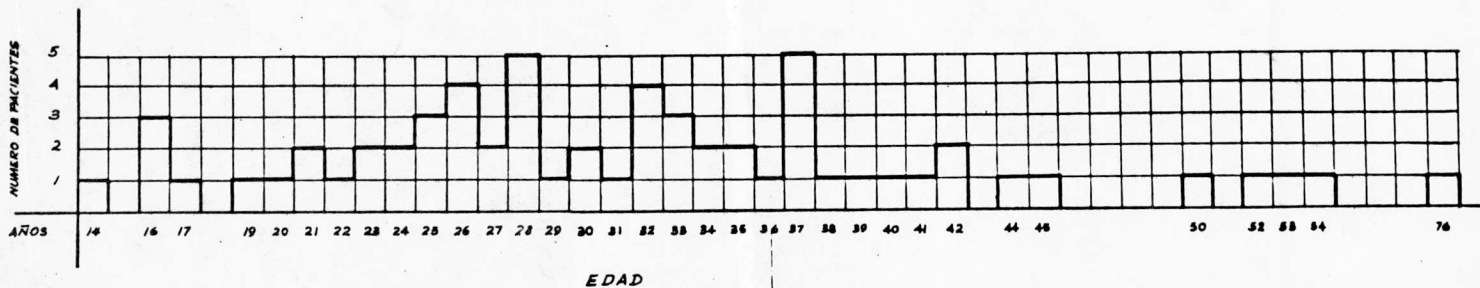
CUADRO # 2

DIAGNOSTICO DE
LAS PACIENTES.

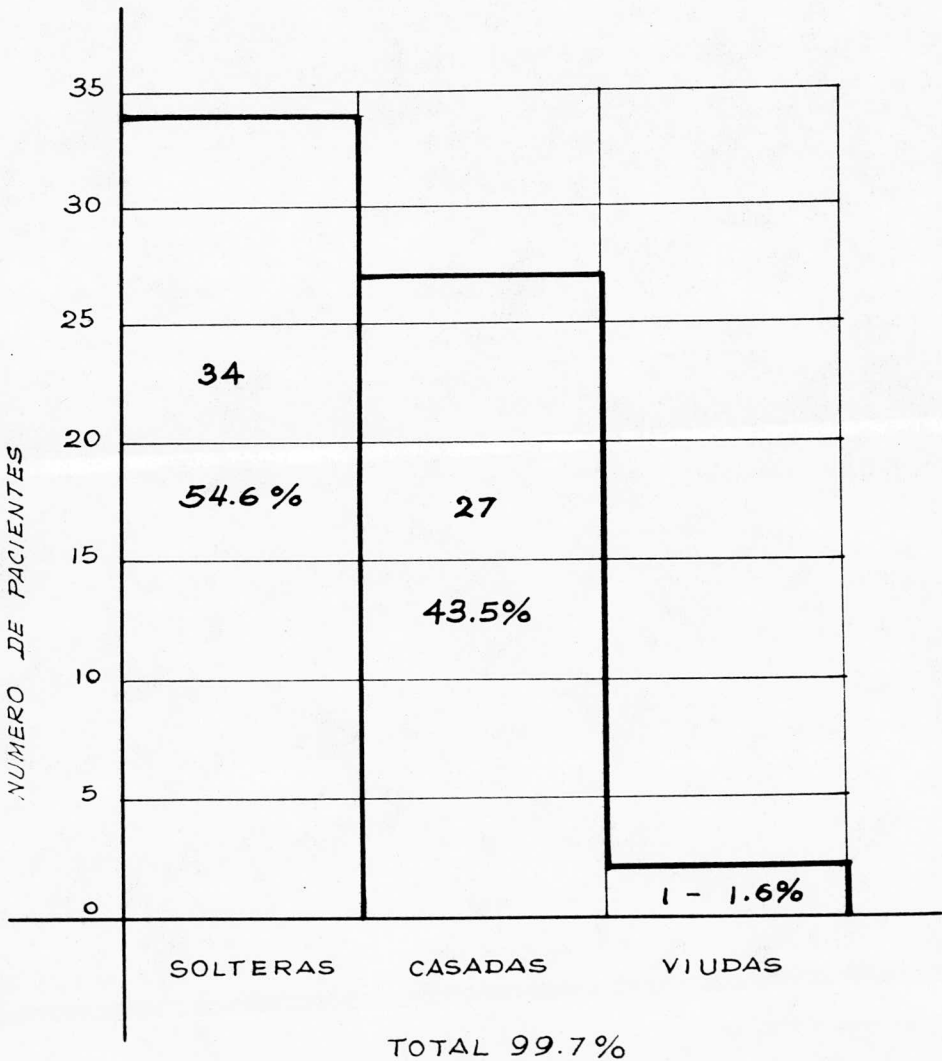
Según la Asociación Psiquiátrica Americana, publicada en la sección 2 de la última edición de su manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (1968).

		No. de Pac.	%
293.9	Psicosis con padecimiento cerebral de otro tipo. (Debilidad mental).....	5	8.0
294.3	Psicosis con intoxicación debido a una droga o a un veneno.....	1	1.6
295.1	Esquizofrenia, tipo hebefrénico.....	3	4.8
295.3	Esquizofrenia, tipo paranoide.....	10	16.1
295.7	Esquizofrenia, tipo esquizoafectivo.....	3	4.8
295.99	Esquizofrenia, otros tipos.....	5	8.0
296.1	Psicosis Maniaco Depresiva, tipo maniaco.....	6	9.6
297.9	Estado Paranoide.....	1	1.6
298.3	Reacción Paranoide Aguda.....	1	1.6
298.9	Psicosis Reactiva no especificada.....	1	1.6
300.0	Neurósis de Angustia.....	1	1.6
300.1	Neurósis Histérica.....	4	6.4
300.13	Neurósis Histérica tipo conversivo.....	3	4.8
300.14	Neurósis Histérica tipo disociativa.....	5	8.0
300.3	Neurósis Obsesivo-Compulsiva.....	2	3.2
300.4	Neurósis Depresiva.....	3	4.8
300.7	Neurósis Hipocondriaca.....	1	1.6
301.5	Personalidad Histérica.....	3	4.8
303.0	Libación excesiva episódica.....	1	1.6
309.3	S.O.C. No psicótico con alteración circulatoria	1	1.6
309.4	S.O.C. No psicótico con epilepsia.....	2	3.2
TOTAL		62	99.3%

CUADRO N° 3

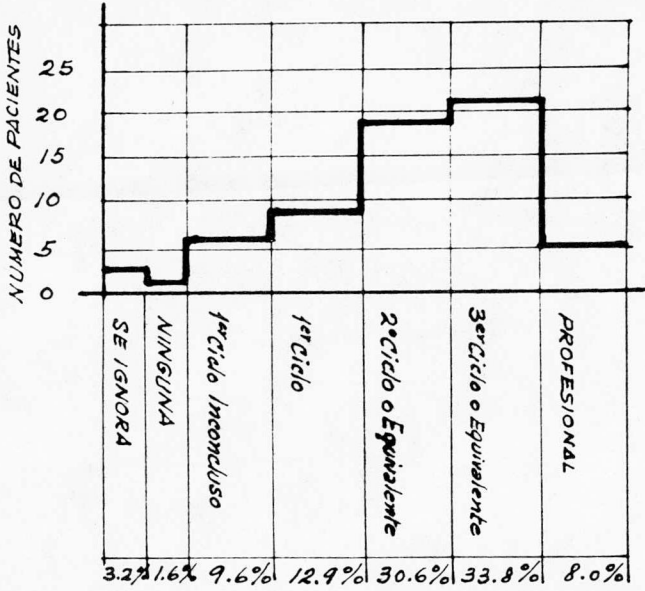


ESTADO CIVIL



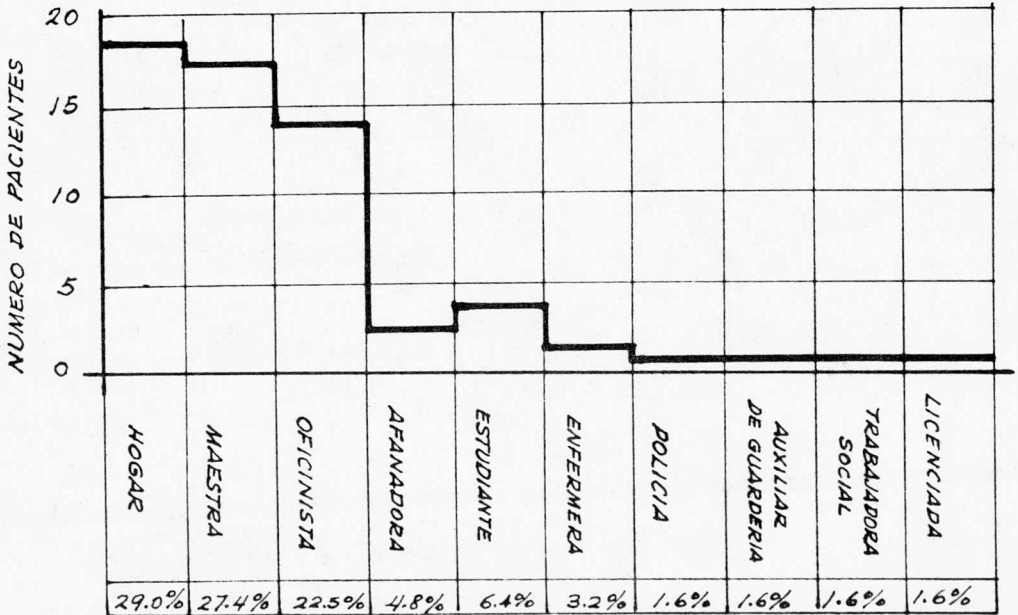
ESCOLARIDAD

CUADRO N° 5

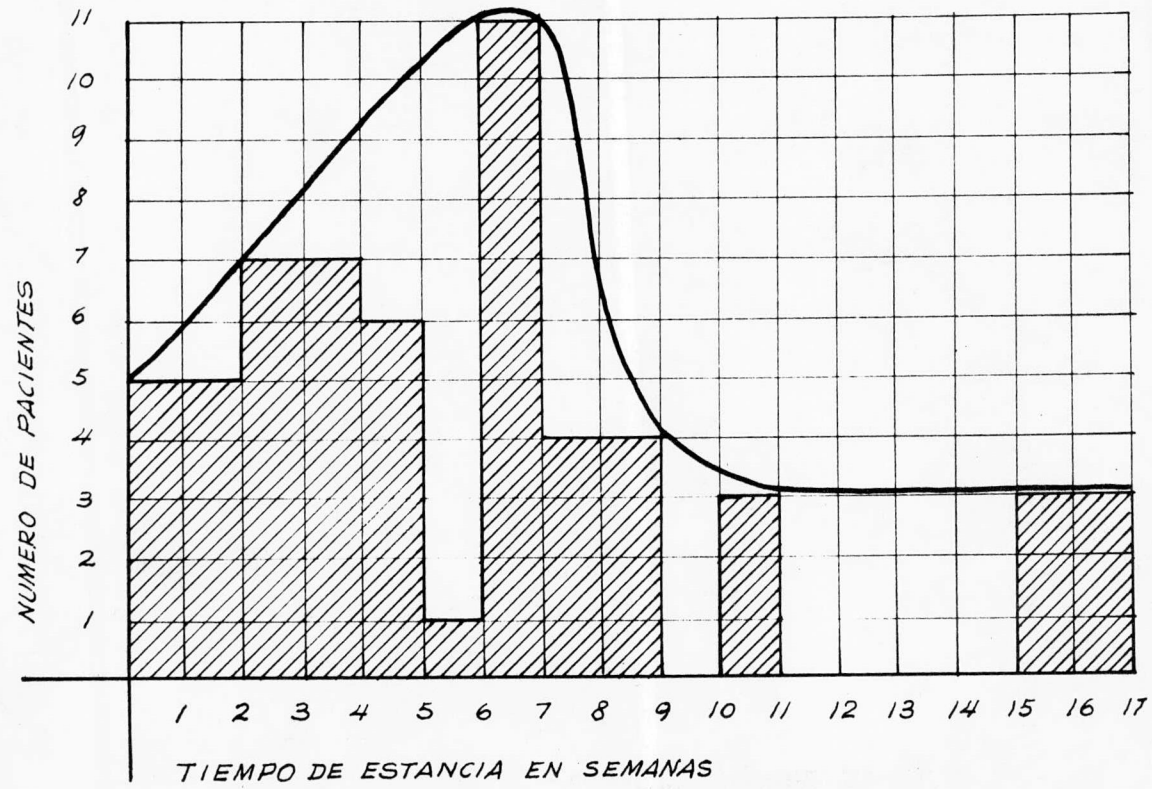


OCUPACION

CUADRO N° 6



CURVA DE DISTRIBUCION DE ESTANCIA MEDIA



VII.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Anderson, T. Psychiatric consultation in the local milieu, with an evaluation of the place of depot neuroleptic in this work. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 246; 48-5, 1973.
- 2.- Bland, R.C. et al. A social rehabilitation programme for the long-stay mental hospital patient. Br. J. Psychiatr. 121 : 641-5, Dec. 1972.
- 3.- Borgeat, F. Milieu therapy; treatment by the milieu or treatment of the milieu. Union Med. Can. 102; 2301-4, Nov. 1973.
- 4.- Chien, C.P. et al. Psychiatric treatment for nursing home patients: drug, alcohol and milieu. Am. J. Psychiatr. 130: 543-8, May 1973.
- 5.- Cumming, J.E. Ego and milieu. Atherton Press. 1962.
- 6.- Ellsworth, R. et al. Milieu characteristics of successful psychiatric treatment programs. Am. J. Orthopsychiatr. 41: 427-41, Apr. 1971
- 7.- Idem. Characteristics of psychiatric programs and their effects on patient's adjustment. J. Consult. Clin. Psychol. 38: 436, 1971.
- 8.- Elizondo, Huerta Aurora. Establecimiento de los objetivos y estrategias para implementarlos en un sistema instruccional aplicado para la rehabilitación del enfermo mental hospitalizado. Tesis Profesional. UNAM. 1974.
- 9.- Freedman, A.M. and Kaplan, M.L. Comprehensive textbook of psychiatry. The Williams and Wilkins company, Baltimore. 1967.
- 10.- García Bolaños, Juana Leticia. Estudio Psicológico de la Terapia ocupacional en hospitales psiquiátricos. Tesis Profesional. UNAM. 1967.
- 11.- Gauthier, R. et al. Comparative therapeutic factors in schizophrenia. Can. Psychiatr Assoc. J. 17: Suppl 2 : S145, 1972.
- 12.- Grass, W.F. et al. Appraisal of a milieu therapy environment by treatment team and patients. J. Clin. Psychol. 26: 541-5, Oct. 1970.
- 13.- Heap, R.F. et al. Behavior-milieu therapy with chronic neuropsychiatric patients. J. Abnor. Psychol. 76: 349-54. Dec. 1970.

- 14.- Hofling, C. and Jeininger, M. Basic Psychiatric concepts in nursing. J.B. Lippincott. Philadelphia. 1960.
- 15.- Jones, M. The therapeutic community, a new method in psychiatry. -- New York. Basic Books. 1953.
- 16.- Kraft, A.M. The therapeutic community in Arieti, S (Ed). American - Handbook of Psychiatry, New York, Basic Books. 1966.
- 17.- Jewis, D.J. et al. Some approaches to the evaluation of milieu therapy. Can. Psychiatr. Assoc. J. 16: 283-8, Jun. 1971.
- 18.- Lain, Entralgo. Historia Universal de la Medicina. Tomo III. Editorial Salvat. 1972.
- 19.- Mayo, P.R. et al. Relevance of repretion-sensibilization to neurotic patients in milieu treatment. Psychol. Raport. 28: 794, Jun. 1971.
- 20.- Pélacier Yves. Histoire de la Psychiatrie. Presses Universitaires de France. 1971.
- 21.- Quijano Mijares, Ma. Luisa. Concepto de la Enfermedad Mental a través de la historia. Tesis profesional. UNAM. 1967.
- 22.- Rapaport, R.N. Community as doctor, new perspectives on a therapeutic community. London Tavistock Publications. 1960.
- 23.- Ristich de Groote, Michele. La Locura a través de los siglos. Ed. -- Bruquera, S.A. 1972.
- 24.- Rivera Melo, Vázquez Vicente. Salud Mental Pública en el D.F. Tesis-Profesional. UNAM. 1968.
- 25.- Sandi, I.B. et al. Hospitalized adolescents and therapeutic milieu: - denial of conflicts versus normality as average. Can. Psychiatr. --- Assoc. J. 17: Suppl 2: 5541. 1972.
- 26.- Stanton, A.H. and Schwartz, M.S. The mental Hospital. New York, Basic Books. 1954.
- 27.- Stawble, W.J. Evaluation of psychiatric services. Milieu therapy and the therapeutic community. Can. Psychiatr. Assoc. J. 16: 197-202, -- Jun. 1971.

- 28.- Truax, C.B. et al. Effects of the therapeutic conditions of accurate empathy, non possessive warmth, and genuiness on hospitalized mental patients during group therapy. J. Clin. Psychol. 27: 137, Jan. - 1971.
- 29.- Van Putten, T. Milieu therapy; contraindications?. Arch. Gen. Psychiatr. 29: 640-3, Nov. 1973.
- 30.- Wolff, W.M. et al. Integration of an instructional program with a psychotherapeutic milieu: developmental redirection of seriously disturbed children. Acta. Paedopsychiatr. 39: 83-92, 1972.

