

ALTERNATIVAS PARA EL HOSPITALISMO

Psic. Peter Ryan*
Psic. Marcelo Valencia*
Psic. Blanca Rosa Otero*
Psic. Mariana Núñez*
Psic. Néstor Raymundo González*
Psic. Ma. Luisa Rascón*

Introducción

El hospital mental tiene una larga historia en la sociedad, pues el primero de ellos se fundó en Valencia, España, en 1409, por inspiración de Fray Juan Gilberto Jofre (23). El soldado español Bernardino Alvarez inició el primer hospital mental del Nuevo Mundo, el Hospicio de San Hipólito, en 1666 (24). Sin ninguna duda este tipo de hospital es la forma más común y universal de cuidar al enfermo mental. Nada más en América Latina, hoy en día se encuentran más de doscientos hospitales mentales (1).

No cabe duda que una función imperante y desafortunada, pero bastante común del hospital mental, ha sido la custodia, es decir, mantener y disciplinar al paciente mental, en ocasiones, para toda su vida, en un sitio aparte y separado de la sociedad, en donde éste vive una vida restringida e inactiva. En otras palabras, el problema central del hospital mental siempre ha sido el del "hospitalismo", cuyas características centrales fueron analizadas por Belnap (6), Dunham y Weinberg (12). La función más importante de los hospitales estudiados era prevenir que el paciente se hiciera daño a sí mismo o a otros, así como evitar la posibilidad de su fuga. Es por ello que todas las rutinas de la institución se dedicaban a estas metas: todas las puertas se cerraban con llave, ninguna ventana se abría más de dos centímetros y altas paredes rodeaban el hospital. Dado que el personal del nosocomio era escaso en comparación con el número de pacientes, inevitablemente las precauciones tomadas para los enfermos crónicos y más difíciles eran extensivas a todos. Esta tendencia de trato global, sin individualizar las necesidades, se amplió a todos los asuntos del hospital; por ejemplo, la ropa sucia se lavaba toda junta, por tamaño aproximado, y no existía ropa individual para cada paciente.

Entonces ¿en qué consiste el hospitalismo? En lo que se refiere al paciente, podemos decir que es una condición de dependencia que aumenta constantemente en un ambiente protegido, hasta que el estilo de vida institucional desplaza y anula cualquier participación que aquél pueda tener en la comunidad. Este ambiente es el descrito por Goffman (18) como "institución total", en donde sin duda ocurre esta condición de aislamiento y dependencia del enfermo.

Quizás el concepto más importante de Goffman sea el de la "institución total", la cual se caracteriza por un estrecho control sobre todas las actividades del paciente y por una restricción absoluta de su acceso al mundo exterior. Su vida se desarrolla en forma grupal y global, ocurre una disminución marcada de su privacidad, y las relaciones entre el personal y los pacientes son sumamente estereotipadas y limitadas. La "institución total" se

caracteriza también porque, a diferencia de la gente "normal" que realiza su vida (trabajo, diversión, etc.) en diferentes lugares, las actividades de los pacientes se desarrollan dentro del mismo ambiente.

Desde el punto de vista de Goffman, el nuevo interno entra en un "proceso de mortificación", el cual trae como consecuencia una disminución catastrófica de su sentimiento de autoestima. Para empezar, el paciente pierde la identidad social que tenía en la comunidad (de padre, de trabajador, etc.), obteniendo la identidad de "paciente" que la institución le otorga. Es entonces cuando el interno se encuentra con que está ocupando la categoría y el *status* más bajo de su nuevo ambiente social: tiene que mendigar para obtener cigarrillos, un vaso de agua o para utilizar el teléfono; debe ponerse la ropa que la institución le da; para comer sólo puede utilizar una cuchara o sus propias manos; tiene que pedir como un favor, o lujo especial, jabón o un peine para cuidar su higiene personal. Además, muchas veces la condición sanitaria de la institución es inadecuada: la comida está mal preparada, los baños y los dormitorios están sucios, etc.

Otro problema que experimenta el paciente es lo que Goffman define como "la violación de la reserva informacional": el expediente del enfermo incluye todos los hechos desacreditables de su vida anterior, mismos que pueden ser leídos por cualquier miembro del personal clínico, y es en este sentido que pierde su vida privada. Todo su pasado es materia prima de interpretación y análisis en el llamado "proceso terapéutico" del paciente. Por ejemplo, si alguno pide constantemente su alta al personal o quiere utilizar su propia ropa, puede ser interpretado como "demandante".

Para finalizar, podemos decir que, para Goffman, dicho "proceso de mortificación" traerá como resultado la privación de la imagen que el paciente tiene de sí mismo como una persona adulta y responsable en su propio campo de acción. Asimismo, el autor plantea tres estilos adaptativos a través de los cuales el paciente responde al proceso mortificador: *la evasiva social*, en la cual el enfermo entra en una regresión sintomática; *la intransigencia*, cuando éste se niega a dar ningún tipo de cooperación con el hospital y *la colonización*, en la cual se identifica totalmente con las normas y valores de la institución, volviéndose un "buen paciente" que respeta todas las expectativas de ésta.

Desde la perspectiva teórica de Etzioni (15), el hospitalismo ocurre en un tipo especial de organización, la cual se caracteriza básicamente por un uso de poder en forma coercitiva, y una respuesta básica de los participantes de manera alienante. Es decir, el hospitalismo es una característica de las organizaciones de tipo coercitivo-alienante.

Meyerson (31) describe a los pacientes institucionalizados como aislados, pasivos, apáticos, viviendo en un vacío motivacional, donde no existe un sistema coherente y apropiado de castigo y reforzamiento para sus actos. Barton (5) inventó el concepto de la "neurosis institucional" para describir los cambios que ocurren en los pacientes adaptados a una "institución total". Los pacientes institucionalizados se caracterizan por una "pérdida de individualidad, apatía, falta de iniciativa y una aceptación resignada a todo lo que los rodea". Las causas de la neurosis institucional, según este autor, incluyen: pérdida de contacto con el mundo exterior, falta de actividad, sumisión a una autoridad coercitiva del personal, pérdida de amistades y propiedades personales, así como falta de esperanza en el futuro.

Alternativas para el hospitalismo

Como se puede ver, el hospitalismo es el problema clásico y más severo del hospital mental. ¿Qué se puede hacer para mejorar o evitar el problema? En los últimos años se han hecho muchos intentos para buscar alternativas, que podemos conceptualizar según las que se ofrezcan al hospitalismo, dentro o fuera del hospital.

Por lo que respecta a las alternativas dentro del hospital, quizá las más importantes y de mayor influencia hayan sido "la comunidad terapéutica" y "la economía de fichas". De aquellas fuera del hospital, las más importantes han sido las alternativas del hospital mental mismo, como el "hospital parcial", la "casa de medio camino", la "casa grupal" y la "familia sustituta".

Sin embargo, antes de describir estas alternativas vale la pena examinar el impacto que sobre el hospitalismo ha tenido la innovación más importante en la historia reciente de la salud mental: la quimioterapia.

La quimioterapia

La importancia de este tratamiento reside en que disminuye el tiempo de hospitalización de los pacientes que toman la medicación, en comparación con pacientes controles que no lo hacen. En una investigación importante, May (30) estudió a los enfermos hospitalizados sometidos a cinco tipos distintos de tratamiento (terapia de *milieu*, terapia individual, quimioterapia, quimioterapia en combinación con psicoterapia, etc.) y realizó un seguimiento comunitario de 2.5 años. Encontró que el periodo de hospitalización era más breve para el grupo que recibía quimioterapia y psicoterapia, y que los pacientes que recibieron estos tratamientos tuvieron menos recaídas. No cabe duda la importancia que tiene la medicación en el seguimiento comunitario para prevenir la recaída. Hogarty y Goldberg (22) encontraron que los pacientes que habían recibido medicación experimentalon menos índices de recaídas que aquellos controlados con placebo, en un periodo de seguimiento de dos años. Dichos autores calcularon que los riesgos de recaída en los pacientes con placebo son entre dos y tres veces mayores que para quienes recibieron medicación. En apoyo a esto, Davis (11) encontró en una revisión de 24 estudios controlados con una población total de 3 195 pacientes, que 65% de los que recibieron tratamiento con placebo recayeron, en comparación con el 30% de aquellos que recibieron medicación.

Alternativas dentro del hospital

La comunidad terapéutica

La comunidad terapéutica recibió del Dr. Maxwell Jones su primer impulso como una clase de tratamiento psicosocial, hace unos treinta años, en el Hospital Belmont, de Londres (25). En este sentido, fue un retorno a

los valores del tratamiento moral, pero con un énfasis mucho mayor sobre la participación democrática de los pacientes. También, en un sentido mucho más amplio que antes, se estableció un mayor énfasis sobre el ambiente social, considerado como un elemento esencial en el tratamiento, por lo que tuvo lugar todo tipo de actividad dentro de un contexto de grupo; esto incluyó los grupos de trabajo y los de elección de nuevos pacientes, así como los grupos de terapia y de retroalimentación.

Típicamente, la comunidad terapéutica ha sido utilizada para pacientes cuyo diagnóstico es el de neurosis crónica, desórdenes de la personalidad y psicosis agudas. Rapoport, en su libro clásico "La comunidad como médico" (40), propuso cuatro criterios para definir la comunidad terapéutica: la democracia, la confrontación, la permisividad y el comunalismo. La democracia, en una institución burocrática como un hospital mental, da un enfoque sobre cómo, cuándo y por quién se toman las decisiones clave de la institución. Una democracia se define cuando el personal del hospital, así como sus pacientes, tienen una participación completa en la toma de decisiones de la institución. Los principios de la confrontación y de la permisividad están vinculados. La confrontación ocurre cuando el paciente recibe una retroalimentación del personal y de los demás enfermos frente a su conducta inadecuada. Finalmente, el comunalismo implica que se anulan, hasta el punto máximo posible, todas las diferencias entre el personal y los enfermos. Por eso, el personal no usa uniformes, come junto con los pacientes, etc.

Diversos estudios refieren la efectividad terapéutica de este estilo de tratamiento, incluyendo los de Ball (4), Martin (29), Miller y Clancy (32), y Rashkiss y Smarr (41), los cuales han reportado mejorías en el contacto social y disminución en la manifestación de síntomas de los pacientes. En otros estudios se han reportado incrementos en el número de egresos después de la implementación de un programa de este tipo (30,32).

Algunas disquisiciones con diseños experimentales han demostrado una mejoría en el funcionamiento hospitalario de grupos de pacientes que reciben tratamiento experimental, en comparación con los grupos controles. Trabajando con pacientes crónicos, Clark (8) encontró que podía mejorar la frecuencia de los egresos en un 50%, en comparación con el grupo control. Ellsworth (14) encontró que el 59% de sus pacientes en el programa experimental había salido a la comunidad en el primer año de operación, en comparación con el 25% de los pacientes controles. Asimismo, solamente el 13% de los pacientes experimentales recayó en el primer año después de su egreso, en comparación con el 36% de los pacientes controles.

Por otro lado, Letemendia (28) descubrió que no hubo ninguna diferencia entre los psicóticos funcionales del grupo experimental (la comunidad terapéutica) y los del grupo control que recibió un tratamiento normal. Craft (10), por su parte, reveló que los psicóticos de baja inteligencia tuvieron más recaídas que en un programa control. Lentz y Paul (37) encontraron que en los pacientes psicóticos crónicos, "la economía de fichas" dio mejores resultados terapéuticos que "la comunidad terapéutica"; Rapoport (40) informó que del 44% de los pacientes del Hospital Belmont que tenía un bajo ajuste social ocupacional, seis meses después de su alta, 22% tenía un ajuste adecuado y 34% un ajuste inadecuado.

Sin embargo, el impacto social de la comunidad terapéutica ha sido enorme, especialmente porque ha propiciado un acercamiento más humano en el tratamiento de la enfermedad mental. Si bien quedan ciertas dudas sobre su efectividad terapéutica, no puede negarse que su impacto social ha sido muy positivo para formar servicios que son más abiertos y sensibles a las necesidades de sus pacientes.

La economía de fichas es un programa complejo en el que están involucrados tanto el personal como los pacientes de la sección mental de un hospital. Su finalidad es la elaboración de técnicas de capacitación para el personal, que hagan reaccionar a los pacientes con el propósito de mejorar al máximo la presentación de conductas apropiadas y adaptativas.

La economía de fichas reúne las siguientes características: primero, una observación sistemática de la conducta del paciente y las consecuencias que ésta tiene en el contexto del medio ambiente hospitalario. Segundo, la designación de ciertas conductas como adaptativas, deseables y, en consecuencia, reforzables. Entre éstas puede estar el vestirse, rasurarse, hablar, etc.: cualquier conducta adaptativa y de baja frecuencia. Tercero, la determinación de los sucesos ambientales que sirven para reforzar el comportamiento del paciente. Esto último puede incluir la comida, una sonrisa, una oportunidad de ver al personal, etc. Cualquier cosa que haga el paciente por su propia cuenta, puede servir para reforzar una conducta de menor frecuencia (38). Cuarto, un medio o símbolo de intercambio, la ficha, para integrar la conducta adaptativa designada y los reforzamientos apropiados. Quinto, el cálculo de la proporción de fichas para cada conducta.

El primer uso sistemático de la economía de fichas se reportó en 1965 (Ayllon y Azrin, 2,3), enfocándose hacia las conductas típicas y apropiadas dentro del contexto hospitalario, como servir la comida, limpiar los pisos, lavar los trastos, y el autocuidado. Se seleccionaron como reforzadores algunos elementos típicos del ambiente hospitalario, enfocándolos especialmente hacia las conductas, preferencias y deseos personales de los mismos pacientes: la oportunidad de ver la televisión, fumar o comer dulces; la ocasión de hablar con el personal del piso; aquella otra de poder rentar un cuarto privado.

La ficha servía entonces como un puente entre la aparición de la conducta deseada y el reforzamiento escogido por el paciente.

En los últimos 15 años han aparecido muchos estudios en la literatura que tratan de evaluar la efectividad terapéutica de este tratamiento para varios tipos de sujetos, incluyendo alcohólicos (33), farmacodependientes (36), criminales (3), delincuentes (7), alumnos de escuelas primarias y secundarias (26), retrasados mentales (46) y pacientes psiquiátricos (2).

Específicamente sobre el paciente mental existe evidencia de que la economía de fichas puede tener los efectos siguientes: disminuir la manifestación de verbalización psicótica (47), minimizar la manifestación de delirios (41) e incrementar la conducta social apropiada (32).

En resumen, podemos decir que es evidente que la economía de fichas es capaz de mejorar la socialización, reducir la frecuencia de la manifestación de síntomas e incrementar el funcionamiento ocupacional en el contexto hospitalario. Sin embargo, hay que reconocer que la evidencia es menos impresionante (36) cuando se generalizan estas mejorías a nivel comunitario.

Los grupos autónomos de Fairweather

En los últimos 20 años, Fairweather (17) ha estado trabajando con pacientes psicóticos crónicos, con el propósito de poder aumentar su nivel de autonomía, tanto dentro como fuera del hospital, y de incrementar la proporción de pacientes crónicos que regresan a vivir en la comunidad.

En la primera etapa de observación de este problema, Fairweather inició una nueva forma de tratamiento en la cual pequeños grupos de pacientes crónicos tomaban

sus propias decisiones con respecto a la estructura básica de su vida hospitalaria; la labor del personal era proporcionar la información que los pacientes necesitaban para tomar decisiones apropiadas y adecuadas. Con este reforzamiento, las decisiones que el personal consideraba adecuadas recibieron una retroalimentación positiva, y las decisiones inadecuadas, una retroalimentación negativa. Fairweather hizo una comparación experimental entre esta forma de tratamiento y un programa control en el cual el personal ejercía su papel normal de supervisión. Encontró que el programa experimental de grupos autónomos era más efectivo que el programa control; la estancia hospitalaria era más breve; la satisfacción, tanto del personal como de los pacientes, era mayor, y la interacción social y la cohesión del grupo entre los pacientes era de mayor calidad. También, el programa experimental era más barato. Por otro lado, descubrió que una vez que salieron los pacientes a la comunidad, las mejorías obtenidas desaparecieron después de 18 meses de seguimiento comunitario.

Debido a esto, Fairweather (16) implementó otro experimento en el cual los grupos autónomos que se habían formado en el hospital seguían viviendo y trabajando juntos en la comunidad. Estos grupos resultaron más baratos y más efectivos que los grupos controles en términos de la frecuencia de recaída.

En comparación con la comunidad terapéutica y la economía de fichas, los grupos autónomos de Fairweather representan un avance teórico importante: mientras que los dos primeros son netamente programas hospitalarios, los grupos autónomos representan la integración íntima de un proyecto hospitalario con un programa comunitario en el que los pacientes del grupo viven y trabajan juntos en la comunidad, como una familia artificial.

De esta manera, la cohesión y el apoyo grupal que se desarrolla en el hospital se mantiene en la comunidad.

Alternativas al institucionalismo fuera del hospital

Hace 30 años, la situación para el paciente mental era muy sencilla: o se quedaba en el hospital o regresaba a vivir con su familia. Si el paciente no tenía familia, o si ésta no lo aceptaba, tenía que permanecer forzosamente en el hospital, experimentando todos los efectos negativos del hospitalismo. Hoy día se ha desarrollado en distintas partes del mundo una variedad de alternativas al hospitalismo en la comunidad.

La casa de medio camino

La casa de medio camino se inició en la Gran Bretaña en 1879 por el reverendo Hawkins, del Hospital Colney Hatch (45). Cien años después, en 1979, la organización que inició el reverendo Hawkins tenía ocho casas comunitarias con 248 pacientes. Sin embargo, fue solamente en la década de los 60, después del "Acto" de Salud Mental" de 1959, cuando se popularizó a nivel nacional el uso de la casa de medio camino.

En 1975, las autoridades locales de Gran Bretaña sostenían 2 595 camas en casas de medio camino (34). Sin embargo, esto era solamente el 28% de la cantidad de las plazas recomendadas por el gobierno como las mínimas necesarias (9 291 camas).

El propósito básico de la casa de medio camino es el de actuar como un puente entre el hospital y la comunidad. Se esperaba que el proceso de rehabilitación se iniciara en el contexto hospitalario y se continuara en la casa de medio camino, permitiendo así un flujo constante de pacientes entre uno y otra, para facilitar así el regreso del paciente a su propia comunidad, donde pudiera per-

*Acto de legislación del parlamento británico que favoreció el desarrollo de la salud mental comunitaria.

manecer viviendo normalmente luego de haber terminado exitosamente el largo proceso de rehabilitación. Es decir, se veía la casa de medio camino como una inoculación social que daría a los pacientes una inmunización a las tensiones y conflictos de la vida normal comunitaria.

Características básicas de la casa de medio camino

La meta clave de la casa de medio camino, al menos en Inglaterra, siempre ha sido el trabajo: el paciente tiene que trabajar diariamente en un oficio fijo, pagando con su sueldo una parte proporcional de la renta de dicha casa.

Hewett y Ryan (21) descubrieron que 80% de los pacientes que habitaba en las casas estudiadas estaba trabajando. También encontraron que el personal de algunas casas relacionaba el trabajo con la rehabilitación: si sus pacientes estaban trabajando entonces, por definición, habían terminado exitosamente el proceso de rehabilitación.

Por otro lado, el personal de algunas de estas casas había elaborado elementos adicionales en sus programas de rehabilitación. Hewett y Ryan encontraron que en una casa se fomentaban mucho los grupos de discusión en los que se enfatizaba la importancia de tener buenas relaciones interpersonales. En las juntas de discusión se esperaba que los pacientes hablaran de sus dificultades con otros, y por este medio, las mejoraran. En otra casa se ponía el mayor énfasis en una "terapia doméstica" (higiene personal, cocinar, hacer compras, ahorrar, etc.), para lo cual los pacientes asistían cada semana a talleres de capacitación práctica para adquirir la capacidad de vivir de manera independiente después de salir de la casa de medio camino.

Quizá la pregunta más importante con respecto a la casa de medio camino sea si funciona o no funciona. Es decir ¿quienes salen de casas de medio camino están más adaptados a la comunidad y permanecen en ella durante más tiempo sin recaer? Hewett y Ryan encontraron que es posible lograr una adaptación adecuada a la comunidad, sin recaídas, pero que esto requiere de una estancia bastante prolongada de entre uno y cinco años. De los pacientes que salieron a la comunidad después de una estancia de menos de un año, el 33% regresó al hospital al año siguiente.

El problema básico de la casa de medio camino es que existen algunos conflictos entre las metas principales de la casa y las necesidades de sus pacientes. En primer lugar, este tipo de institución brinda un acomodo temporal a sus enfermos, la mayoría de los cuales no están conformes con esta limitación: muchos de ellos quieren, y necesitan, una estancia permanente en estos sitios.

En un estudio reciente, Ryan (44) encontró que el 70% de los pacientes que vivían en casas de medio camino deseaban quedarse permanentemente. En segundo lugar, la casa de medio camino usualmente exige que sus pacientes trabajen. Esto quiere decir que muchos enfermos crónicos que no son capaces de trabajar tiempo completo diariamente, están excluidos de la posibilidad de vivir en la comunidad. Ante esta limitación ya existen en Inglaterra más de 20 casas para el uso exclusivo de pacientes crónicos, en donde el personal no exige que éstos trabajen.

Como consecuencia de estos problemas, las casas de medio camino tienen dos limitaciones: dado que sus criterios de selección muchas veces son muy exigentes, sus niveles de ocupación de camas frecuentemente son muy bajos. En segundo lugar, muchos pacientes se vuelven muy dependientes y no pueden, o no quieren, regresar a vivir solos o con sus familias, en la comunidad.

La casa grupal

Se puede entender a la casa grupal como una compensación para las fallas y las limitaciones de la casa de medio camino. Básicamente, la casa grupal es para pacientes crónicos que necesitan acomodo permanente en la comunidad, que no pueden o no quieren regresar a vivir con sus propias familias, y que no están en condiciones de trabajar tiempo completo y diariamente. La casa grupal está formada por un número pequeño de cuatro o cinco pacientes que viven juntos en un departamento o en una casa en la comunidad. En la casa grupal, el personal no vive con los pacientes sino que los visita cada ocho o cada quince días para supervisarlos, por lo cual los pacientes disfrutaban de un grado de independencia mucho más amplio que los de las casas de medio camino: por ejemplo, hacen su propio mandado, cocinan, limpian la casa, toman su medicamento sin ninguna supervisión del personal, reduciéndose la labor de éste más bien a ver cómo están en términos globales; el personal normalmente mantiene una interacción mínima y sólo se involucra con mayor intensidad cuando ocurre una crisis, como sería, por ejemplo la posibilidad de una recaída en alguno de los pacientes.

Ryan (45) estudió recientemente los criterios de selección para la casa grupal. Encontró que el diagnóstico no era tan importante como los conceptos siguientes: la capacidad para integrarse socialmente con un grupo pequeño de pacientes; la posibilidad de mantener un nivel mínimo de actividad sin supervisión; la capacidad para tomar medicamentos sin supervisión y la ausencia de vínculos familiares estrechos.

En el mismo estudio, Ryan (45) reportó que dos tercios de los pacientes eran mujeres y que la gran mayoría (88%) tenía más de 45 años de edad, incluso el 22% se había jubilado. Treinta y cinco por ciento había pasado más de veinte años en el hospital, y un total de 71% había estado internado durante más de 5 años seguidos.

En términos económicos, Ryan encontró que la casa grupal era mucho más barata de mantener que la casa de medio camino: las casas grupales estudiadas costaban un promedio de una libra esterlina a la semana por cada paciente mientras que las casas de medio camino costaban entre cuarenta y dos y sesenta y una libras a la semana por cada paciente (precios de 1976).

Sin ninguna duda, la casa grupal presta a sus pacientes un estilo de vida más "normal" que el de la casa de medio camino: viven independientemente en la comunidad con una supervisión mínima por parte del personal. Por otro lado, quizá la desventaja más grande que tiene sea precisamente el alto grado de independencia que otorga a los pacientes si no quieren hacer nada durante todo el día. Si quieren quedarse en cama sin levantarse, pueden hacerlo sin ningún problema dado que el personal no vive con ellos, ni siquiera los ve diariamente. En este sentido, el paciente en la casa grupal tiene la libertad de poder mantenerse tan inactivo como en cualquier granja para pacientes crónicos.

La familia sustituta

El tipo de cuidado comunitario más antiguo es el de la familia sustituta. El pueblo belga de Gheel tiene una tradición de más de setecientos años de prestar ayuda a pacientes mentales, integrándolos a las familias del pueblo. En el año de 1800 había unos doscientos pacientes viviendo con las familias de Gheel, pero en 1850 este número se había incrementado hasta novecientos. En 1975, el número había subido hasta 1 863, mientras que la población total del pueblo era de 30 000 habitantes (Roosens) (43). Por supuesto que un número tan elevado de pacientes (la mayoría crónicos) no puede mantenerse en la comunidad sin un sistema adecuado de

apoyo profesional. El "Centrum voor Gezinsverpleging" (El Centro de Cuidado Familiar), divide al pueblo de Gheel en diez áreas administrativas; cada una tiene una enfermera que hace constantemente visitas comunitarias con el propósito de procurar un nivel de adaptación óptima entre el paciente y su familia.

El enfermo recibe una visita cada quince días. Además, el Centro de Cuidado Familiar ha elaborado un programa laboral y de actividades sociorecreativas que pueden ser implementadas bajo la supervisión de un profesor, dentro del contexto de las mismas familias. El centro ha organizado varios clubes deportivos y un club de pesca para los pacientes, y cada verano ofrece vacaciones en Francia y España. Cuando un paciente recae o cuando una familia ya no puede manejar la idiosincrasia de su paciente, el Centro posee la autoridad para mandarlo al hospital mental local, mientras se recupera.

Los 1 863 pacientes estaban viviendo con 1 007 familias distintas; casi la mitad de las familias (450) vivía en zonas rurales alrededor de Gheel, y las demás vivían en las zonas urbanas del pueblo. Algunos pacientes han vivido con la misma familia durante más de cincuenta años.

El nivel de funcionamiento social de los enfermos varía mucho: el 5% nunca habla con nadie y una tercera parte tiene niveles muy reducidos de interacción social; por otro lado, el 62% es capaz de iniciar una conversación normal y el 4% habla demasiado.

Por lo que respecta al patrón de actividad típica, el 40% hace las compras para sus familias; el 20% visita a sus vecinos al menos una vez a la semana, y el 27% va al cine al menos una vez al mes.

No existe ningún patrón fijo de actividades: algunos nunca hablan con sus familias y se pasan casi todo el tiempo adentro de la casa, mientras que otros están muy activos, hablan mucho con los vecinos, salen fuera de Gheel cada quince días con el equipo de *foot-ball* local, toman vacaciones con sus familias, visitan las cantinas locales, etc. Quizá la ventaja mayor de este sistema de cuidado comunitario es que cada paciente puede encontrar su propio nivel de interacción y adaptación con la comunidad: el propósito básico del sistema es que cada enfermo logre la mejor adaptación posible para sí mismo. Por otro lado, tanto las familias como las enfermeras del Centro de Cuidado Familiar que las visitan, procuran que los pacientes no se pasen de sus "límites". A un paciente agresivo, por ejemplo, no le está permitido salir solo a la calle. De esta manera ocurren muy pocos conflictos abiertos entre la población "normal" y los pacientes.

El sistema de la familia sustituta ha operado exitosamente en Gheel por más de setecientos años. ¿A qué se debe? Dice Roosens que los factores principales son económicos: "La mayoría de la gente de Gheel está convencida de que la razón principal para el éxito del sistema es económica. Cuando preguntamos si creían que el sistema podría continuar en el futuro, la respuesta más común era: el sistema va a continuar siempre que sea posible que las familias sigan obteniendo una ganancia por la estancia de los pacientes". Es decir, se acepta a los pacientes porque se espera obtener una ganancia. En casi todas las familias entrevistadas por Roosens, adoptar a un paciente era no tanto un acto de caridad cristiana, sino más bien un buen negocio. Por otro lado, existe una ética muy particular en Gheel: una vez que una familia adopta a un paciente, éste debe ser aceptado como un miembro de la misma, con derecho a quedarse con ella para toda su vida: come con la familia, tiene su propia recámara y habla libremente con los visitantes.

¿Qué piensan los pacientes acerca de poder vivir con una familia por el resto de su vida? El hecho de que todos los pacientes entrevistados vieran la posibilidad de regresar al hospital mental como el peor castigo posible, indi-

ca claramente sus preferencias.

El sistema de la familia sustituta ha tenido mucho éxito no solamente en Bélgica sino también en Noruega y en Holanda.

En Noruega, por ejemplo, Wing (50) encontró que el 39% de todos los enfermos mentales estaba bajo el cuidado de familias sustitutas. En la ciudad de Lier se estimó que más de 300 pacientes estaban viviendo en grupos de dos o tres, con familias de agricultores. En el valle de Lier había más de 1 000 pacientes viviendo con familias, en una población total de 14 000 habitantes. Hubo una buena aceptación por parte de la comunidad hacia los pacientes.

En Holanda, muchos hospitales mentales usan el recurso de la familia sustituta para sus pacientes. En Beilen, por ejemplo, ha existido un sistema de cuidado familiar desde 1922, cuando se colocaron ocho pacientes con familias de ese lugar. Hoy en día, más de 400 pacientes viven con familias sustitutas. Hay un centro que promueve actividades durante el día. Todas las familias viven a una distancia máxima de dos kilómetros del Centro, y cada una recibe una supervisión cuidadosa del personal del hospital.

Hasta hace poco tiempo, el uso sistemático y supervisado de la casa de huéspedes, como una alternativa al institucionalismo, fue poco común. Sin embargo, en 1976, más de 2 000 pacientes ingleses estaban viviendo en casas de huéspedes, bajo supervisión profesional.

La hospitalización parcial

Un proyecto de gran importancia en los últimos veinte años ha sido el uso flexible del hospital psiquiátrico para elaborar programas en los cuales los pacientes asisten al hospital durante periodos específicos del día, de la tarde, de la noche o en los fines de semana. Dichos programas reciben la denominación genérica de hospitalización parcial, y están diseñados para pacientes con problemas severos, pero que pueden mantenerse a un nivel mínimo en la comunidad sin hacerse daño a sí mismos ni a otros. Se trata de brindar una alternativa para la hospitalización tradicional y, como consecuencia, surgen formas de tratamiento de mayor flexibilidad y con menos restricciones.

En un reporte de la Asociación Americana de Psiquiatría, West y cols. (49) propusieron cinco metas primordiales para la hospitalización parcial:

1. Facilitar la resolución o la estabilización de síntomas agudos o subagudos.
2. Impedir el deterioro de la condición clínica en los pacientes de consulta externa.
3. Apoyar a los pacientes crónicos que solamente con este tipo de ayuda pueden permanecer en la comunidad.
4. Crear programas específicos para grupos de alto riesgo o con necesidades especiales, como farmacodependientes, alcohólicos, adolescentes con trastornos emocionales transitorios, etc.
5. Diagnosticar a pacientes que necesitan un periodo prolongado de observación antes de poder precisar un tratamiento adecuado.

El contenido de los programas de los hospitales parciales varía. Mucho depende de la experiencia y la iniciativa del personal. Puede incluirse casi cualquier método que conozcan como, por ejemplo, terapias individuales y grupales, psicodrama, terapia familiar, expresión creativa por medio de la danza, la pintura o la música, terapia ocupacional y quimioterapia. Generalmente, junto con actividades individuales o grupales, los hospitales parciales incluyen actividades globales, como juntas comunitarias a las cuales asisten todos, salidas recreativas, etc. Sin embargo, casi siempre la base del tratamiento es la quimioterapia, usualmente vinculada con

programas de orientación social y vocacional.

¿Qué tipo de pacientes puede utilizar el hospital parcial? Se pueden mencionar tres categorías: la primera es la de los pacientes agudos que necesitan intervención para resolver un problema crítico y evitar así la necesidad de una hospitalización de 24 horas. La segunda categoría está integrada por enfermos con varios internamientos previos, que ya están nuevamente en la comunidad pero que presentan síntomas de recaída. La tercera categoría es la de los pacientes crónicos cuyos síntomas están en remisión parcial pero que necesitan un tratamiento continuo para mantener su equilibrio.

¿Qué tan efectivo es el hospital parcial como modalidad de tratamiento? Desafortunadamente, la mayoría de los estudios al respecto no cuenta con una metodología científica adecuada: no incluye ni grupos controles ni medidas de evaluación confiables. Sin embargo, aunque este tipo de estudios no está bien controlado, al menos da una idea general del impacto que tiene esta modalidad de tratamiento sobre el paciente. Edwards y cols. (13) hicieron un seguimiento de 163 pacientes después de dos años de no asistir a un programa de hospitalización parcial. Encontraron que durante este tiempo solamente 7 (4% del total) regresaron como internados al hospital.

Dado que la frecuencia típica de recaída era entre el 30 y el 50% por año, ésta nos da una indicación de la utilidad preventiva que tiene el hospital parcial. En un estudio similar (sin grupos controles), Niskamen (35) hizo durante cuatro años un seguimiento de 100 pacientes que habían asistido a un hospital de día en Helsinki, Finlandia. Encontró que la condición clínica de 52 de ellos mejoró durante su tratamiento, mientras que en los demás casos quedó igual o empeoró. Cuatro años después descubrió que 40 de los 52 pacientes habían mejorado su funcionamiento, mientras que solamente 17 del grupo de 48, habían mejorado su condición.

En un estudio de 171 pacientes que asistieron al hospital parcial de San Diego, California, Zemlick y McMillan encontraron que el 69% manifestó mejoría en su funcionamiento laboral y familiar. En otro estudio similar, Zwerling y Wilder (53) evaluaron cambios sintomáticos en un grupo de 189 pacientes, en la Bronx Municipal Clinic de Nueva York. Las modalidades de tratamiento disponibles en este hospital de día incluyeron terapia familiar y grupal, así como terapia ocupacional y socio-recreativa, con las cuales el 81% de los pacientes mejoró en el transcurso del tratamiento. Estos autores hicieron también un seguimiento de dos años y encontraron que solamente el 15% del grupo había experimentado recaída.

Sin embargo, es muy difícil interpretar el significado de todos estos estudios, dado que ninguno intentó comparar la efectividad del hospital parcial con otros tipos de servicio, como la hospitalización completa. Uno de los pocos estudios comparativos con una metodología adecuada es el de Herz, Spitzer y cols. (20). Estos autores seleccionaron a 90 pacientes con diagnósticos y datos demográficos equivalentes, y los asignaron, aleatoriamente, a dos tipos de tratamiento: una hospitalización parcial o una hospitalización total. Ambos grupos de pacientes recibieron idéntico tipo de tratamiento (terapia individual, grupal y familiar) dado por el mismo personal. Encontraron que el tiempo de estancia era más corto en el hospital parcial (48.5 días), en comparación con los pacientes internados (138.8). La estancia más breve de los pacientes del hospital parcial no estuvo asociada con tasas más altas de recaída; al contrario, la proporción de éstas entre los pacientes internados fue casi del doble después de 9 meses de seguimiento. Asimismo, después del tratamiento, el grupo de pacientes del hospital parcial manifestó una mejoría clínica en las siguientes áreas: agitación (0.04 de significancia); apariencia

(0.07 de significancia); ideas suicidas (0.02 de significancia); ideas de persecución (0.05 de significancia). Sin embargo, estas diferencias importantes entre los dos grupos habían desaparecido en el seguimiento que se hizo después de dos años. Podemos concluir entonces que, a corto plazo, el hospital parcial era muy superior al tratamiento tradicional de hospitalización completa, pues los pacientes regresaron a una "vida normal" dentro de la comunidad más rápidamente y con mayor efectividad; también manifestaron menos sintomatología y una proporción menor requirió internamiento. Pero por otro lado, las diferencias entre ambos grupos disminuyeron marcadamente al paso del tiempo.

En conclusión, podemos decir que aunque la calidad inadecuada de la mayoría de los estudios sobre el hospital parcial no nos permite ninguna conclusión final, parece ser que para algunos pacientes es una alternativa valiosa de la hospitalización completa, y que indica un pronóstico igual o mejor a corto plazo.

Conclusiones

El impacto del hospitalismo

Muchos escritores se han referido al impacto negativo que tiene el hospital mental sobre sus pacientes. Psiquiatras como Meyerson (31) o Barton (5) han mencionado efectos como la apatía, el aislamiento social y bajos niveles de motivación; incluso, Barton inventó un nuevo término psiquiátrico: "la neurosis institucional", para describir estos efectos. Sociólogos como Etzioni (15) o Goffman (18) han descrito la manera en que la estructura institucional del hospital mental impone sobre los pacientes ciertos roles sociales deshumanizados.

Además de estos enfoques teóricos, existe evidencia empírica sobre el impacto del hospitalismo. En su famoso estudio acerca de tres hospitales mentales, Wing y Brown (51) probaron un vínculo etiológico entre la presencia de síntomas de "pobreza clínica" (apatía, aislamiento social, etc.) y la inactividad. Es decir, cuando los pacientes pasaban todo el día sin hacer nada (una condición típica en el cuidado custodial), manifestaban los síntomas típicos del hospitalismo. Por otro lado, cuando estos mismos pacientes recibían algunos programas de estimulación social supervisados por enfermeras, su condición clínica mejoraba significativamente.

Parece ser que tenemos una buena base empírica para apoyar los comentarios teóricos. Podemos concluir, entonces, que el fenómeno del hospitalismo existe, que causa efectos negativos en los pacientes, como la apatía y el aislamiento social, y que estos efectos pueden ser aminorados con programas efectivos de intervención, como la comunidad terapéutica, la economía de fichas o los grupos autónomos de Fairweather. Respecto al tipo de programas que deben de ser aplicados en cada hospital, los comentarios de Pucheu (39) parecen apropiados: "cada hospital representa una comunidad en sí y por lo tanto crea en él una condición sociológica particular. Así, cada una de estas instituciones debe buscar sus propios modelos rehabilitatorios a través de la investigación y de su aplicación a nivel piloto antes de pretender que se generalicen sus procedimientos en el mismo hospital y en otros semejantes".

Además de intentar minimizar el impacto del hospitalismo sobre los pacientes internados, parece ser de igual importancia el buscar alternativas comunitarias al hospital mental. Hemos revisado en este artículo una variedad de éstas, como la casa de medio camino, la casa grupal, la familia sustituta, y la hospitalización parcial. ¿Cuáles de estas alternativas parecen más viables y aplicables en México? Los comentarios de Pucheu también parecen relevantes en este contexto: "sería importante analizar la aplicabilidad de cada alternativa en México, en forma piloto, antes de poder juzgar su utilidad".

BIBLIOGRAFIA

1. ARGANDOÑA M, KIEV A: *Mental Health in the Developing World*. Free Press, 1972.
2. AYLLON T, AZRIN NH: *The Token Economy*. Appleton, 1965.
3. AYLLON T, ROBERTS M: *Behaviour Modification and Prison Rehabilitation*. Wiley, 1978.
4. BALL TS: The reestablishment of the social behaviour of mental patients in hospital community. *Psychiatry*, 19:230-234, 1968.
5. BARTON R: *Institutional Neurosis*. J. Wright, 1959.
6. BELNAP P: *Human Problems of a State Mental Hospital*. McGraw Hill, 1956.
7. BRINKMAN G J, FLYSSEN DL: Behaviour modification with delinquents. En: Ed. M. Hamser, *Progress in Behaviour Modification*. No. 1. Academic Press, 1975.
8. CLARK DH: The ward therapeutic community and its effects on the hospital cap. En: H. Freeman (Ed.) *Psychiatric Hospital Care*. London, Baillere, 1966.
9. CLARK DH, ORAM EG: Reform in the mental hospital. *Int J Social Psychiatry*, 12:98-108, 1966.
10. CRAFT RW: *Ten Studies of Psychopathic Personalities*. John Wright, 1965.
11. DAVIS JM: Overview of maintenance therapy in psychiatry. *Am J Psychiatry*, 132:1237-1245, 1965.
12. DUNHAM HW, WEINBERG SK: *Culture of the State Mental Hospital*. Detroit, Wayne State University Press, 1960.
13. EDWARDS DW, JARVIS RM, MUELLER DP: Evidence for efficacy of partial hospitalisation: Data from 2 studies. *Psychological Bulletin*, 30 (2), 1979.
14. ELLSWORTH RB: The psychiatric aid as rehabilitation therapist. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 17:81-86, 1974.
15. ETZIONI A: *A Comparative Analysis of Complex Organizations*. Glencoe, The Free Press, 1961.
16. FAIRWEATHER GW, SANDERS DH, MAYNARD H: *Community Life for the Mentally Ill*. Aldine, 1969.
17. FAIRWEATHER GW: *Social Psychology in Treating Mental Illness*. Wiley, 1964.
18. GOFFMAN J: *Asylums*, Penguin, 1959.
19. GUILLETTE W, CROWLEY B, SAVITZ SA: Day hospitalization as a cost effective alternative to inpatient care. *Hospital Community Psychiatry*, agosto, 1978. Press 325-527.
20. HERZ MI, ENDICOTT J, SPITZER RL, MESNIKOFF: A day versus inpatient hospitalisation: a controlled study. *Am J Psychiat*, 127:(10), Press 1371-1381, 1971.
21. HEWETT S, RYAN P: Living without the mental hospitals. *British Journal of Social Policy*, 291-304, 1975.
22. HOGARTY GE, GOLDBERG SC: Drugs and psychotherapy in the after care of schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 31:603-624, 1973.
23. LOPEZ IBOR: Spain and Portugal. En: Howells GH (ed). *World History of Psychiatry*, Cap. 3:90-119, Baillere, 1975.
24. LEON C: Latin America. En: Howells GH (Ed). *World History of Psychiatry*. Cap. 20:476-507, Baillere, 1975.
25. JONES M: *Social Psychiatry in Practice: The Idea of the Therapeutic Community*. Penguin, 1968.
26. KAZDIN AE: *The Handbook of Applied Behaviour Research: Social Instructional Processes*. Halstead 1975.
27. KING GF, ARMITAGE SG: A therapeutic approach to schizophrenics of extreme pathology. *J. Abnormal Psychology*, 61:276-280, 1970.
28. LETEMENDIA F, HARRIS AD, WILLIAMS PJ: The clinical effect on a population of chronic schizophrenic patients of administrative changes in hospital. *Brit J Psychiatry*, 113:959, 1967.
29. MARTIN MA: A practical treatment programme for a mental hospital backward. *Am J Psychiatry*, 10:758-764, 1970.
30. MAY P, TINNA AH, DIXON OW: Schizophrenia. A study of results of treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 33:481-488, 1976.
31. MEYERSON A: Theory and principles of the total push program for regressed schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 95:1198-1204, 1964.
32. MILLER DG, CLANCEY J: An approach to the social rehabilitation of psychotic patients. *Psychiatry*, 25:435-443, 1972.
33. MILLER PM, EISLER RM: *Alcohol and Drug Abuse in Behaviour Modification: Principles, Issues and Applications*. Ed. W.E. Craighead, Houghton, 1976.
34. MURRAY J: Community after care for the mentally ill. *Mind*, 1977.
35. NISKANEN P: Treatment results archived in psychiatric day hospital care: A follow-up of 100 patients. *Acta Psychiat Scand*, 401-409, (1974).
36. O'BRIAN JS, RAYNES AC: An operant reinforcement system for inpatient addicts. *Journal of Behaviour Therapy*, 2:239-242, 1971.
37. PAUL SL, LENTZ L: *Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patients*. Harvard 1977.
38. PREMACK P: Towards empirical behaviour laws: Positive reinforcement. *Psychological Review*, 66:219-233, 1959.
39. PUCHEU RC: Conceptos y alternativas para la rehabilitación del enfermo mental. *Salud Mental*, 4 (3): 4-13, 1981.
40. RAPOPORT R: *Community as Doctor*. London, Tavistock, 1959.
41. RASHKISS HA, SMART EK: Drug and milieu effects with chronic schizophrenia. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 98:89-94, 1977.
42. RICHARD HC, DIGMAN PS: Verbal manipulation in a psychotherapeutic relationship. *J Clinical Psychology*, 16:304-367, 1960.
43. ROOSENS E: *Mental Patients in town life*. SAGE 1979.
44. RYAN P: A pilot study of hostels for the mentally ill. *Social Work Today*, 6:774-778, 1976.
45. RYAN P: New forms of residential care for the mentally ill. En: Ed. Wing JK, Olsen R, *Community Care for the Mentally Disabled*. London OUP, 1979.

46. RYAN P, WING JK: Patterns of residential care. *BASW*, 1979.
47. THOMPSON T, GRABOWSKY J: *Behaviour Modification of the Mentally Retarded*, Oxford, 1972.
48. ULLMAN LP, KRASNER L: *Case Studies in Behaviour Modification*. Holt, 1965.
49. WEST OL, CASARINO JP, DIBELLA GAW, GROSS RA: Partial hospitalisation: guidelines for standards. *Psychiatric Annals*, 10, 8-15 agosto 1980.
50. WING JK, BROWN GW: *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge, 1970.
51. WING JK: Family care systems in Norway and Holland. *Lancet*, vol. 22:884-885, 1959.
52. WING JK: Medical and social care for the mentally disturbed. *MRC Unit Report No. 5*, 1978.
53. ZWERLING I, WILDER JE: An evaluation of the applicability of the day hospital in the treatment of acutely disturbed patients. *Israel Ann Psychiat*, 2:162-185, 1964.