

CONCEPTOS Y ALTERNATIVAS PARA LA REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL*

Dr. Carlos Pucheu R.**

Definiciones y conceptos de rehabilitación

El objetivo de la rehabilitación es reincorporar al individuo a la comunidad, ya sea a su actividad anterior o a otra en la que pueda desempeñarse lo más satisfactoriamente posible. Se inicia dentro del hospital y debe ser continuada extramuros por medio de programas de supervisión preventiva o de seguimiento del estado de salud a fin de favorecer el desarrollo de las potencialidades del paciente en las áreas vocacional, educativa, laboral, recreativa y ocupacional, las que implican distintas modalidades de resocialización del enfermo mental. Sin embargo, este intento por definir a la rehabilitación tiene el defecto de situar al hospital psiquiátrico como eje de los actos rehabilitatorios y supone que todo enfermo mental deberá llegar inexorablemente al hospital. En la actualidad esto no es indispensable si se sigue la tendencia de la psiquiatría preventiva en el sentido de desarrollar una serie de medidas oportunas que eviten la hospitalización del mayor número posible de enfermos.

Freeman y Simmons señalan que el paciente rehabilitado con éxito es aquel que puede vivir en un ambiente no médico, a un nivel de rendimiento ocupacional y social comparable al de otros adultos de la comunidad (8). Maxwell Jones entiende por rehabilitación el intento de proporcionar al paciente los medios para su mejor desempeño en la comunidad, que le permitan llevar a cabo el mayor número de actividades compatibles con su personalidad y con los intereses para los cuales está capacitado (14). Bellak afirma que el objeto principal de la rehabilitación es la reconstrucción de la fuerza del ego del paciente, a fin de que éste pueda volver a encontrarse mentalmente capacitado y listo para trabajar y enfrentarse a los factores emocionales de las relaciones interpersonales (34).

Es difícil trazar una línea divisoria definida entre el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales. El tratamiento tiende a corregir las manifestaciones de la enfermedad en tanto que la rehabilitación intenta devolver al paciente a sus originales roles afectivos y sociales. Greenblatt considera a la rehabilitación desde el punto de vista del tratamiento integral del paciente, e incluye dentro de la rehabilitación psicológica a las medidas que atenúan la angustia (12). Para Barton, no existe un límite definido entre el tratamiento y la rehabilitación, puesto que ambos proceden simultáneamente desde el principio, aunque hace la distinción de que el tratamiento se orienta hacia los problemas primarios, en tanto que la rehabilitación enfatiza el empleo de capacidades vocacionales que disminuyan las deficiencias y superen el impedimento (2).

Gerald Caplan dice: "Al término *rehabilitación* le doy una categoría exclusivamente individual y utilizo la expresión *prevención terciaria* para designar la acción comunitaria. Así como la prevención secundaria incluye la prevención primaria, la prevención terciaria abarca a las dos, puesto que el impedimento debido al trastorno mental incluye la incapacidad provocada por el funcionamiento alterado del paciente así como el grado de invalidez que subsiste después de eliminado el trastorno. En el uso común, sin embargo, la prevención terciaria se limita a reducir la proporción del defecto residual, para contribuir a la vida laboral y social de la comunidad" (6).

Como puede apreciarse, la rehabilitación en psiquiatría tiene diferentes connotaciones. Las definiciones y conceptos que se enuncian, reflejan por lo general la ideología de quienes las proponen.

Rehabilitación y sociedad

Sustancialmente, lo que ocurre es que la filosofía del tratamiento del paciente psiquiátrico ha cambiado. Se pone cada vez mayor énfasis en la atención comunitaria en comparación con la asistencia a los hospitales psiquiátricos. Hemos sido testigos de la cruzada mundial que se ha desatado para denigrar a los hospitales para enfermos mentales con el objeto de eliminarlos poco a poco. Diversos análisis sociales han mostrado que con demasiada frecuencia el hospital psiquiátrico presenta una estructura social que favorece entre los pacientes hospitalizados un síndrome caracterizado por la apatía, el aislamiento, la resignación y la pérdida de la individualidad. Los factores que propician esta situación son la pérdida de contacto con el mundo externo, la inactividad forzosa, el personal autoritario, la pérdida de las pertenencias personales, el exceso de psicofármacos y la ausencia de perspectivas futuras. En este ambiente, las posibilidades de rehabilitación disminuyen considerablemente debido a que existe una relación inadecuada entre los diferentes miembros del equipo de tratamiento, particularmente entre el personal profesional y los empleados que permanecen en los pabellones con los pacientes del hospital la mayor parte del día. Los símbolos de cautiverio, tales como los muros altos, los barrotes de hierro y las llaves, han hecho más daño que bien.

La tendencia actual parece inclinarse más en favor de que el hospital psiquiátrico sólo se emplee en caso de que la magnitud de la crisis sea de tales proporciones que lo haga inevitable o porque las condiciones familiares y sociales así lo exijan, pero tomando en cuenta que no es conveniente mantener al paciente en el hospital hasta que hayan desaparecido todos sus síntomas. Por tanto, desde finales de los años sesenta, los esfuerzos rehabilitatorios a largo plazo han cambiado y siguen cambiando de escenario; del hospital a los programas o servicios de postratamiento basados en la comunidad.

*Trabajo presentado en el simposio "Rehabilitación Médica". Instituto Sintex. México, D.F. Mayo, 1981.

**Subdirector General del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Se considera que existe un derecho inherente en cada individuo a participar al máximo de sus capacidades dentro de la sociedad y ser lo más autosuficiente que sea posible. La filosofía de la rehabilitación del enfermo mental en su esencia, defiende al ser humano, que en el caso de sufrir una merma de sus facultades mentales y sociales, tiene el derecho de volver a integrarse como persona a la sociedad y de que se le devuelva, hasta donde sea posible, su dignidad y utilidad en el mundo de sus congéneres. Subyace a estos principios la idea de que la sociedad pronto tendrá que elevar su umbral de tolerancia ante la conducta desviada, le guste o no le guste. Estas son las tendencias actuales; si son válidas o no está aún por verse (5).

Rehabilitación intrahospitalaria

La rehabilitación del enfermo mental y su reincorporación a un mayor nivel de funcionamiento personal, social y ocupacional, se remonta al pasado. Se intentaron varios métodos; algunos dignos de tomarse en cuenta, otros inútiles, algunos humanos y otros inhumanos. La historia de los tratamientos y de la rehabilitación del enfermo mental es al mismo tiempo la historia de la actitud y de los prejuicios de la sociedad hacia la enfermedad mental. Debido a lo impredecible de su conducta, el enfermo mental fue visto con horror por su supuesta vinculación con los demonios, y por consiguiente, se le destruyó por medio de la purificación del fuego; se le ha visto con desprecio y como prototipo de la degeneración, por lo cual se le ha obligado a vagar y a vivir de la limosna. Visto como peligro para la sociedad, se le ha aislado de ella y encadenado, de preferencia en lugares alejados de las ciudades. Sujeto también de compasión y caridad, dio origen al tratamiento moral que, esencialmente, consistía en la rehabilitación. Era practicado por quienes consideraban al enfermo mental como miembro de la familia humana e intentaban lograr que las facultades del paciente que se mantenían intactas predominaran por encima de las que estaban afectadas. El tratamiento moral enfatizaba el valor de la ocupación, la educación y las influencias sociales y obraba dentro de una atmósfera de grandes expectativas. En un principio, los terapeutas morales reportaron excelentes resultados en casos de enfermedades recientes, y aunque menos optimistas en lo relativo a enfermedades crónicas, ocasionalmente les era posible anunciar que alguien había recuperado la salud. Durante el siglo XVIII y las primeras décadas del XIX, señalaron el camino para mejorar la suerte de los pacientes psiquiátricos mal tratados y poco comprendidos. Desafortunadamente, el equilibrio que permitía que el tratamiento moral floreciera, se vería obstaculizado más adelante cuando un gran número de enfermos mentales empobrecidos llegó e invadió los hospitales. El tratamiento moral sucumbió ante la plétora de enfermos que acudió a los hospitales y el entusiasmo que produjo jamás se ha repetido. El culto a la incurabilidad fue apareciendo gradualmente, ya que se creía, y la creencia era muy justificada, que una vez que las puertas del asilo se cerraban detrás de un paciente, éste ya nunca volvería a salir de ahí; no se tomaba en cuenta que la enfermedad del paciente, por lo general, ya era crónica cuando se decidía internarlo.

No fue sino hasta la década de los años cuarenta cuando apareció una esperanza real para el tratamiento y rehabilitación del enfermo mental. Esta fue la época en que el choque insulínico y el ahora tan vilipendiado electrochoque hicieron su aparición y sacudieron a la psiquiatría de su actitud de desaliento.

En 1953, el concepto de "comunidad terapéutica" fue aceptado ampliamente y expuesto en el tercer informe del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS (25). En él se hace referencia a que ciertos tipos de trastornos mentales surgen o se exacerban por el desajuste de las relaciones interpersonales, y se parte de la idea de que las características de un hospital o pabellón pueden emplearse deliberadamente para ayudar al individuo mediante experiencias de grupo y trato social. Para ello, se recurre a reuniones frecuentes a las que asisten el personal del hospital y los pacientes. Se discuten abiertamente y de manera informal los sucesos, quejas, tensiones y malentendidos. Los problemas personales y la mala conducta se consideran como responsabilidad de la comunidad. Desde luego, el personal también se reúne por su cuenta y es necesario que exista una cierta unidad en el enfoque de los problemas. Médicos y enfermeras asignan tareas rehabilitatorias a las distintas categorías de asistentes, y se le enseña al personal a manejar su propia angustia.

Bien intencionado en sus principios, este plan de transformación del hospital psiquiátrico ha resultado de difícil aplicación en la realidad, y aunque han habido hospitales que han obtenido resultados notables, el problema ha consistido en resolver las dificultades que implica el mantener el ambiente terapéutico logrado. Sin embargo, este plan ha permitido valorar en toda su dimensión la importancia de las relaciones interpersonales como factor que favorece la rehabilitación.

El modelo médico-psiquiátrico tradicional, que incluye desde los años cincuenta el empleo de psicofármacos, ha demostrado una sorprendente ineficacia, especialmente en aquellos pacientes que no responden rápidamente a los esfuerzos del tratamiento (16, 21, 23). Las probabilidades que tiene el enfermo mental crónico de ser externado son muy bajas y el índice de reinstitucionalización de los pocos que logran salir es muy alto (20).

Barton critica los programas de actividades de muchos hospitales psiquiátricos y considera que la preparación para la vida real no puede lograrse mediante un programa de juegos y de actividades artesanales (1).

Situación en México de los enfermos mentalmente incapacitados

En nuestro país existe una política de discriminación institucionalizada hacia el enfermo mental. Cierto es que cuando las condiciones de abandono han llegado a límites intolerables, se han alzado voces en su defensa y las autoridades del Estado han respondido al llamado mediante reformas que, desgraciadamente, han sido fragmentarias e interrumpidas al poco tiempo de haberse iniciado. Baste señalar como ejemplo, que instituciones del Sector Salud tan poderosas económicamente como el IMSS o el ISSSTE y que tienen bajo su responsabilidad a millones de derechohabientes, hasta ahora no poseen recursos físicos directos para la atención hospitalaria de los enfermos mentales. Han seguido la política de subrogar estos servicios a instituciones privadas y oficiales mediante pagos raquíticos que favorecen la mala calidad de la atención médico-psiquiátrica. Es más, de acuerdo a sus propios reglamentos, el enfermo mental crónico, al cabo de 52 semanas de evolución de su padecimiento, pierde el derecho a continuar recibiendo atención. Por esta razón, inevitablemente llegarán, el enfermo o sus familiares, a solicitar atención en los hospitales de la SSA; situación paradójica que origina el que la institución oficial con menos recursos económicos y mayor proporción de habitantes a los que se supone debe dar ater-

ción, sea el único organismo del Estado que posea instalaciones para este tipo de enfermos.

En 1977, la Dirección General de Salud Mental de la SSA y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (antes CEMESAM*) decidieron hacer un censo de los enfermos internados en los hospitales psiquiátricos federales. Destacaba un hecho: cerca del 50% de las camas disponibles (4 406) se hallaba desocupado. Se había pasado por un largo periodo en el que las restricciones presupuestales habían orillado a los directores de hospitales a cerrar pabellones completos como única alternativa a la utilización óptima de los recursos económicos disponibles. La mayor parte del gasto (85%) se empleaba en el pago de nómina al personal que obviamente resultaba insuficiente en cantidad y capacidad técnica. Muchas de las instituciones diseñadas como hospitales-granja autofinanciables habían fracasado, habiéndose llegado al absurdo de que la producción de algunos alimentos resultaba más costosa que los precios a los que podían ser adquiridos estos productos en el mercado. Prevalecía un ambiente

de deterioro que favorecía las conductas regresivas en los pacientes, los promedios de estancia eran excesivamente prolongados y el número de recaídas de los pacientes externados no dejaba duda de que la mayor parte de ellos estaba condenada a la condición de la puerta giratoria que los externa y los vuelve a admitir.

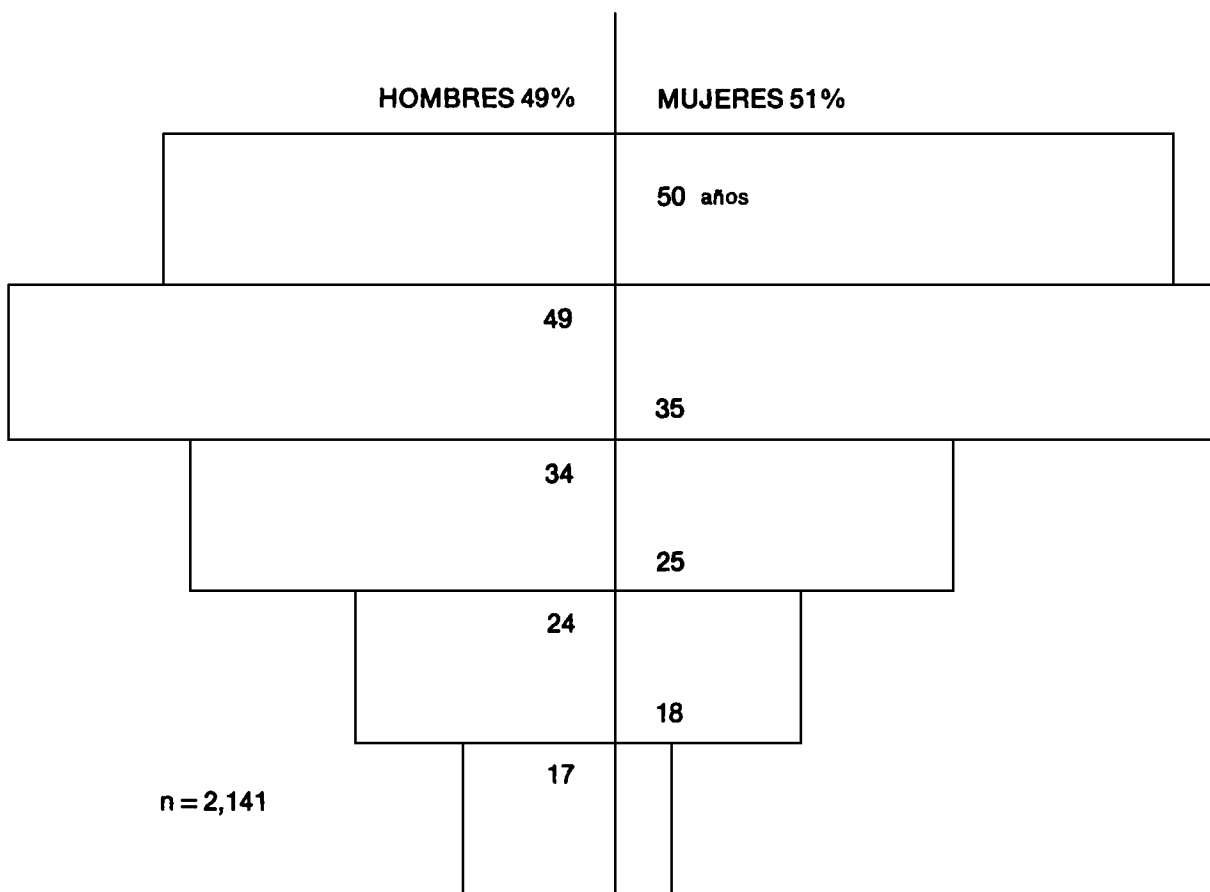
En nuestros hospitales psiquiátricos federales, la proporción más alta de camas está ocupada por enfermos mentalmente incapacitados debido a diferentes trastornos crónicos.

Del censo (17), se obtuvieron entre otros los siguientes datos:

I. Aspectos demográficos

El número de pacientes censados fue de 2 141, que corresponde al 86% de la población registrada originalmente.

FIGURA 1
ENFERMOS CRONICOS HOSPITALIZADOS. SSA 1977
EDAD Y SEXO



FUENTE: De la Parra A y cols: Censo de pacientes crónicos hospitalizados. Reporte interno. CEMESAM, 1978.

Figura No. 1. El 51% correspondió al sexo femenino y el 49% al masculino. La edad estaba distribuida de la siguiente manera: menores de 13 años, 2%; entre los 13 y los 17 años, 2%; entre los 18 y los 24 años, 11%; entre los

25 y los 34 años, 20%; de los 35 a los 49 años, 31%; mayores de 50 años, 28%.

*Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental.

Figura No. 2. El 58% proviene de un nivel socioeconómico bajo; el 15%, de un nivel medio y el 0.3%, de un nivel alto. En el 26% no fue posible determinarlo, aunque se supone que éste sea bajo.

<u>NIVEL SOCIOECONOMICO</u>	
Bajo	58 %
Se ignora*	26.7%
Medio	15 %
Alto	.3%
	100%

*Por abandono

FUENTE: De la Parra A y cols: Censo de pacientes crónicos hospitalizados. Reporte interno. CEMESAM, 1978.

Figura No. 3. Escolaridad: el 46% es analfabeto y el 40% cursó estudios incompletos de primaria.

<u>ESCOLARIDAD</u>	
Analfabetos	46%
Primaria Incompleta	40%
Secundaria Incompleta	5%
Preparatoria-Profesional Incompleta	5%
Se ignora	4%
	100%

FUENTE: De la Parra A y cols: Censo de pacientes crónicos hospitalizados. Reporte interno. CEMESAM, 1978.

Figura No. 4. Estado civil: El 74% es soltero, el 16% casado y el 7% viudo, separado o divorciado.

<u>ESTADO CIVIL</u>	
Solteros	74%
Casados	16%
Viudos o separados	7%
Se ignora	3%
	100%

FUENTE: De la Parra A y cols: Censo de pacientes crónicos hospitalizados. Reporte interno. CEMESAM, 1978.

Figura No. 5. Ocupación fuera del hospital: El 46% está desocupado permanentemente; el 11% se dedica a actividades no remuneradas; casi un 10% ha sido empleado doméstico y el 6% es de obreros.

<u>OCUPACION EXTRAHOSPITALARIA</u>	
Desocupados	46 %
Actividades no remuneradas	11 %
Empleados domésticos	9.5 %
Obreros	6.5 %
Se ignora	27 %
	100 %

FUENTE: De la Parra A y cols: Censo de pacientes crónicos hospitalizados. Reporte interno. CEMESAM, 1978.

II. Características físicas

La exploración física mostró que el estado general de nutrición es bueno en el 34%, regular en el 49% y malo en el 14%. El 19% sufre de algún grado de invalidez física que en mayor o menor grado le impide participar en las actividades del hospital. En el 80% de los estudios electroencefalográficos se registraron trazos anormales.

III. Capacidad de comunicación y relación social

El 46% entabla relaciones ocasionales con sus compañeros, el 29% evita las relaciones sociales y sólo el 23% busca compañía espontáneamente.

IV. Diagnóstico

Figura No. 6. El diagnóstico principal fue el de esquizofrenia, seguido por el de epilepsia, retardo mental y psicosis orgánica. En porcentajes menores se diagnosticó demencia, farmacodependencia y alcoholismo.

ENFERMOS CRONICOS HOSPITALIZADOS SSA 1977

<u>Diagnóstico</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Esquizofrenia	726	34
Epilepsia	515	24
Retardo mental	456	21
Psicosis orgánica	248	12
Demencia	60	3
Farmacodependencia	44	1
Alcoholismo	48	1
Otros	44	4
	2 141	100

FUENTE: De la Parra A y cols: Censo de pacientes crónicos hospitalizados. Reporte interno. CEMESAM, 1978.

Figura No. 7. El diagnóstico en relación al sexo mostró que entre los hombres predominan la farmacodependencia, el alcoholismo y la psicosis orgánica. La deficiencia mental y la esquizofrenia prácticamente son iguales para ambos sexos mientras que la epilepsia y la demencia predominan entre las mujeres.

DIAGNOSTICO-SEXO

	<u>Relación</u>	
	♂	♀
Esquizofrenia	1	: 1
Epilepsia	1	: 2
Retardo mental	1	: 1
Psicosis orgánica	1.5	: 1
Demencia	1	: 2.5
Farmacodependencia y alcoholismo	17	: 1

FUENTE: De la Parra A y cols: Censo de pacientes crónicos hospitalizados. Reporte interno. CEMESAM, 1978.

Figura No. 8. La esquizofrenia y la psicosis orgánica predominan en los mayores de 32 años, la epilepsia es igual y el retardo mental es mayor en los menores de 32 años.

DIAGNOSTICO-EDAD

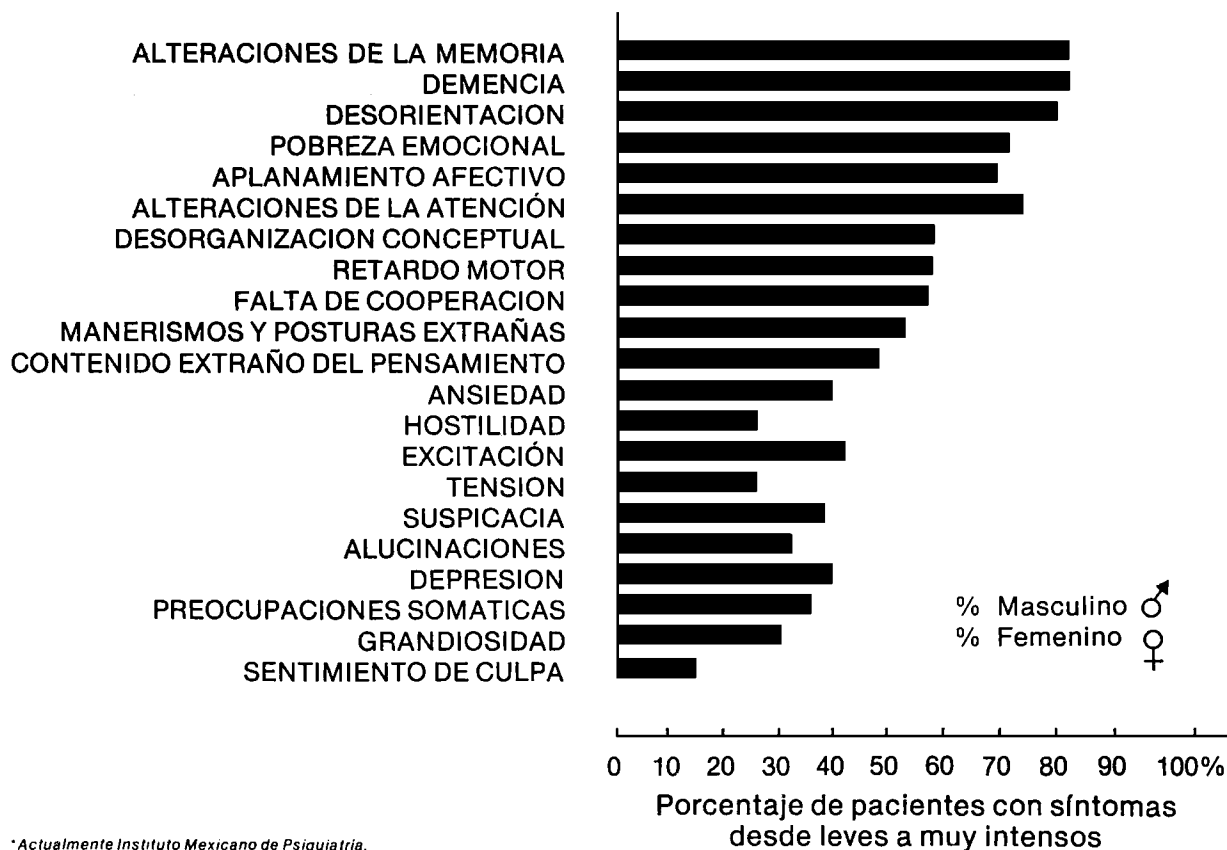
< 32 años %		> 32 años %
20	Esquizofrenia	80
33	Psicosis orgánica	67
50	Epilepsia	50
66	Retardo mental	34

FUENTE: De la Parra A y cols: Censo de pacientes crónicos hospitalizados. Reporte interno. CEMESAM, 1978.

Figuras Nos. 9 y 10. Los datos de la escala breve de apreciación psiquiátrica muestran en conjunto lo que los distintos síntomas tienen entre sí para discriminar unos síntomas de los otros. Esto se explica, porque como se sabe, muchas de las enfermedades mentales, en sus etapas tardías, tienen como manifestación común el deterioro gradual que conduce a una condición demencial.

FIGURA 9

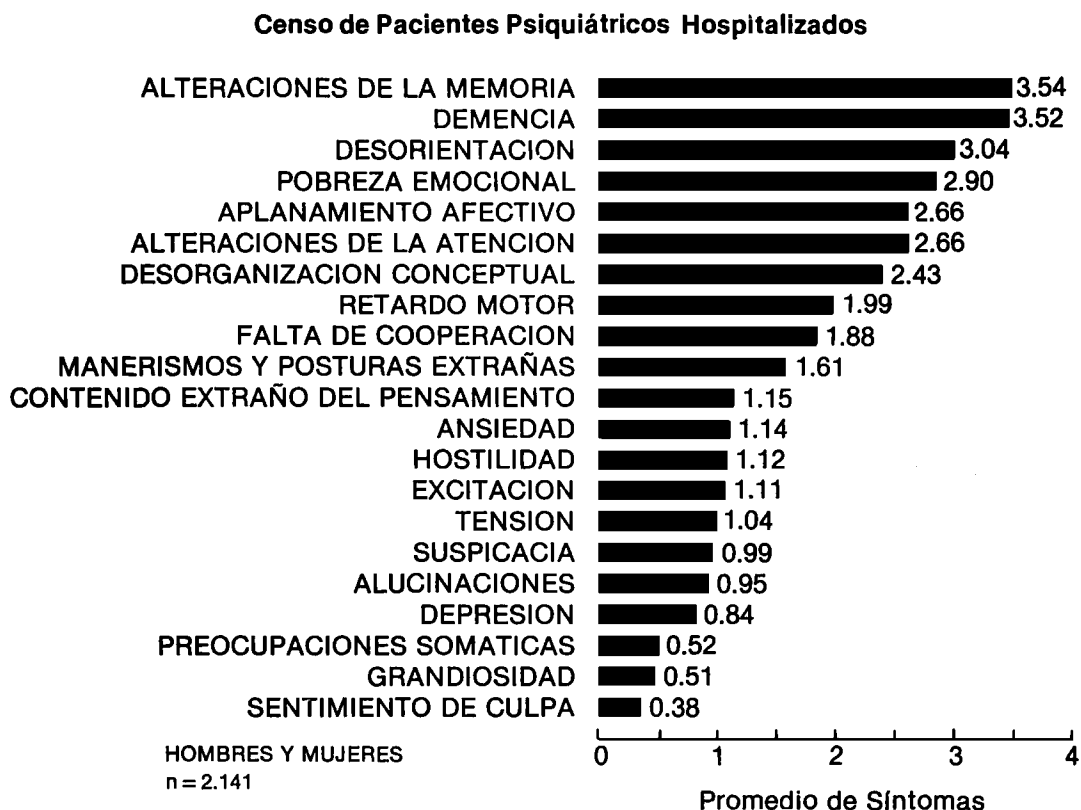
UNIDAD INFORMATICA CEMESAM* ESCALA BREVE DE APRECIACION PSIQUIATRICA Censo de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados



* Actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatría.

FIGURA 10

ESCALA BREVE DE APRECIACION PSIQUIATRICA. UNIDAD INFORMATICA CEMESAM*



V. Posibilidades de rehabilitación

Figura No. 11. El 20% de los pacientes es rehabilitable y susceptible de ser dado de alta y manejado en consulta externa, ya que la familia acepta hacerse cargo del paciente. La gran mayoría (80%) debe permanecer internada por ser incapaz de cuidar de sí misma. De este 80%, sólo el 48% es rehabilitable parcialmente como para dedicarlo a actividades de servicio y agropecuarias, y una mínima parte, a las artesanías. El 32% no es susceptible de ninguna rehabilitación, por lo que la asistencia consistirá en custodiarlos. Esto significa que 1 700 camas deberán mantenerse ocupadas permanentemente.

Estos datos condujeron a que a partir de 1978, y hasta la fecha, se estén realizando una serie de medidas tendientes a mejorar la condición de los pacientes internados en estos hospitales, lo cual ya ha sido objeto de otras comunicaciones (18, 19).

El Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Dirección General de Salud Mental de la SSA, también están coordinando sus esfuerzos con el objeto de ensayar por medio de proyectos piloto, diferentes alternativas de modelos de rehabilitación psiquiátrica. Entre ellas vale la pena destacar las aplicaciones del modelo no médico, tipo analítico-conductual que ha mostrado evidencia de mayor eficacia sobre los programas tradicionales médico-psiquiátricos y los programas de tratamiento *Milieu*. Es-

tas también se están llevando a cabo en cuatro diferentes hospitales psiquiátricos de la SSA. La descripción de las mismas y los resultados alcanzados serán motivo de otra comunicación.

Figura No. 11	
POSIBILIDAD DE REHABILITACION	
En consulta externa	20%
Dentro del hospital	48%
No rehabilitables	32%
	100%
FUENTE: De la Parra A y cols: Censo de pacientes crónicos hospitalizados. Reporte interno. CEMESAM, 1978.	

Alternativas a la hospitalización psiquiátrica

El servicio nacional de salud de la Gran Bretaña, que nació en las postrimerías de la Segunda Guerra Mundial, hubo de confrontar el problema del reingreso de los pacientes psiquiátricos y del incremento en el número de admisiones. Debido a que no poseían los recursos económicos suficientes para construir nuevos hospitales, se

*Actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatría.

vieron en la necesidad de improvisar alternativas para el cuidado de los enfermos de los hospitales psiquiátricos. Una de ellas consistió en emplear familias que ayudaran en sus propios hogares al cuidado de los enfermos mentales, que de otra manera hubieran requerido del internamiento. Se trataba de evitar la hospitalización y poner el mayor cuidado en la rehabilitación. El esfuerzo preventivo inicial permitió que posteriormente surgieran otras innovaciones que evitaron el incremento de ingresos a los hospitales psiquiátricos.

En la actualidad, los especialistas de la salud mental se adhieren al concepto de que la enfermedad mental es un episodio de la vida, más que el destino manifestado de una persona y que los pacientes, por medio del tratamiento y la rehabilitación, tanto dentro como fuera del hospital psiquiátrico, deberán avanzar paso a paso de una fase a la siguiente hasta obtener el grado óptimo de su recuperación.

La perspectiva para la rehabilitación del enfermo mental se visualiza hoy en día con mucho mayor optimismo que nunca antes en el pasado. Cuando el paciente abandona el hospital psiquiátrico es frecuente que deba pasar por una etapa intermedia o de transición en forma de hospitalización parcial, ya sea ésta de día, de noche, o de fin de semana. El hospital de día es una alternativa eficaz para la atención poshospitalaria o para evitar el reinternamiento, pues permite al paciente obtener los beneficios del constante cuidado psiquiátrico y a la vez mantenerse unido a la familia y a la comunidad. La respuesta a la pregunta sobre si la hospitalización parcial es mejor que la total, depende de los pacientes, de la enfermedad y de la disponibilidad de este tipo de servicios. Herz (13), en un estudio controlado relativo a la hospitalización diurna comparada con el internamiento, encontró clara evidencia de superioridad en la primera. En cambio, Glasscote (9, 11) advierte que debe tomarse en cuenta sólo como un diferente tipo de servicio o simplemente como *status* del paciente.

Otra alternativa que se ha desarrollado es la de las llamadas casas intermedias implantadas por los ingleses desde el siglo pasado y a las que denominaron *hostels*. Glasscote (10) las define como un establecimiento residencial no médico, creado específicamente para mejorar las incapacidades causadas por la enfermedad mental, con el objeto de que los pacientes permanezcan en la comunidad y en donde la intervención médica sólo deberá ser de tipo consultivo y reforzadora del tratamiento. Un buen número de enfermos puede recibir tratamiento en un centro de día, mientras reside en una casa intermedia.

Para personas que ya no necesitan vivir en hospitales psiquiátricos, pero que no llenan los requisitos para hacerlo en la comunidad o para trabajar en un empleo sin ayuda especial, se han ideado algunos centros de ambiente rural en donde los proyectos de trabajo, la vida al aire libre y los programas recreacionales planificados ofrecen otro tipo de alternativa. Observadores más escépticos sobre este tipo de programas (2), han cuestionado aspectos del costo-beneficio, ya que las evaluaciones disponibles no muestran una diferencia significativa entre los éxitos rehabilitatorios de las casas intermedias y los de los programas asociados con una situación directa en la comunidad. Cooper y Early (7) advierten que los pacientes, a no ser que se tomen medidas efectivas, pueden simplemente cambiar de una institución a otra.

Otra innovación puesta en marcha se refiere a los talleres protegidos, en donde los enfermos mentales trabajan al lado de otro tipo de enfermos o con personas que

tienen invalidez física. Su objetivo es facilitar la transición hacia la vida comunitaria autónoma de los pacientes.

Potencialmente eficaces para superar el aislamiento y la soledad son los clubes para expacientes. Se genera una forma de socialización y de espíritu de grupo que resulta beneficiosa, pero que depende mucho de la forma de liderazgo y orientación que posean. Algunos de ellos se especializan en ayudar, por ejemplo, a los esquizofrénicos, en tanto que otros se dedican a personas de edad avanzada. Habitualmente son manejados por estudiantes y por personas interesadas en la salud mental y el personal profesional interviene exclusivamente como asesor.

Desde hace siglos, los enfermos mentales de varias partes de Europa acuden a un santuario de Gheel, Bélgica, a solicitar el milagro de su curación, lo que ha propiciado que las familias de esta comunidad adopten a los pacientes por razones humanitarias, económicas y rehabilitatorias. Actualmente, gran parte de los habitantes de este lugar son enfermos mentales; algunos trabajan y muestran escasa evidencia de su enfermedad, mientras que otros lo manifiestan de manera obvia sin causar alarma entre los habitantes de la comunidad, quienes en caso necesario conducen al enfermo hasta un pequeño hospital psiquiátrico en donde se le proporciona la atención necesaria para resolver la acentuación de su sintomatología y ser reinstalado en la familia con la que convive habitualmente. Inspirados en esta costumbre tradicional, han surgido una serie de programas parecidos en Alemania, Francia, Noruega y los Países Bajos. Los pacientes reciben la visita periódica de una enfermera, y cuando es necesario darles cierto tipo de tratamiento se les hace ingresar a un centro para pacientes internos. La trabajadora social selecciona los hogares, adiestra a quienes atenderán a los enfermos y ubica a los pacientes que estén dispuestos a cambiarse del hospital a una de estas casas adoptivas. Se mantiene a los enfermos bajo supervisión médica preventiva. Los resultados son alentadores, pero la expansión de este tipo de programas se ve obstaculizada por el cada día más reducido espacio que poseen los hogares modernos y por la escasez de trabajadores profesionales para desarrollarlos.

Lo que priva hoy en día en la mayoría de los países del mundo es la atención del paciente por su propia familia. Los pacientes son externados de los hospitales lo más pronto posible y se instruye a las familias sobre las características del padecimiento con el objeto de que mantengan al paciente en programas de seguimiento del estado de salud y soliciten ayuda oportuna de tipo médico a fin de evitar su reingreso al hospital. Si éste llega a ser indispensable, se tratará que el internamiento sólo dure el tiempo necesario para suprimir los síntomas más importantes. El hecho de que la mayoría de los enfermos regrese al ambiente en el cual se manifestó su enfermedad por primera vez, sigue siendo un problema por resolver. Diferentes estudios han demostrado que la probabilidad de recaída de los pacientes está íntimamente vinculada con el comportamiento de su familia. Las familias patológicas propician las recaídas, mientras que las familias sanas o funcionales las minimizan (15, 22). Esto orilló a que se hiciera un diagnóstico de la familia y se pensase en proporcionarle terapia de grupo, lo cual suponía el alcance de resultados exitosos, pero la conclusión a la que se ha llegado es que esto es más difícil de lo que parecía, pues mientras que la trabajadora social visita regularmente a la familia cuando las dificultades familiares o conyugales representan parte importante de la problemática del paciente, el psiquiatra se encarga solamente del enfermo.

El panorama no es tan alentador porque en los países en donde se ha desarrollado activamente este tipo de programas, ha ocurrido que las trabajadoras sociales son ahora psicoterapeutas y en Estados Unidos e Inglaterra los hospitales se están vaciando con demasiada rapidez, al mismo tiempo que sus servicios de salud mental en la comunidad no resultan todo lo eficaces que sería de desear para atender a un flujo tan acelerado de pacientes.

Por lo anterior, han surgido voces autorizadas que insisten en que no deben abandonarse los hospitales psiquiátricos, en tanto los servicios intermedios no estén administrativa y técnicamente capacitados para hacerse cargo de los enfermos.

De acuerdo a lo reportado por Wing (24), aún se está lejos de que los pacientes esquizofrénicos se restablezcan en su comunidad. La investigación de una serie de pacientes esquizofrénicos egresados de hospitales psiquiátricos de Londres mostró que después de 4 meses sólo un 27% estaba libre de los síntomas cuando se le dio de alta, en tanto que un 34% eludía dar la información. Un año después, 56% de los pacientes presentó deterioro clínico y 43% fue readmitido al hospital casi siempre tras una urgencia en la que intervinieron la policía, los bomberos, los vecinos o el público en general. La mitad de los pacientes a quienes se recetó psicofármacos dejó de tomarlos y la mitad de aquellos que encontró trabajo fue despedida o abandonó su labor después de poco tiempo.

Comentario final

La enfermedad mental existe; no es una invención de la psiquiatría o de los psiquiatras, como pretenden hacerlo ver algunos críticos dentro del llamado movimiento anti-psiquiátrico. Ciertamente es que se manifiesta de muy diversas maneras y que va desde simples y tolerables síntomas de conducta desviada hasta conductas francamente patológicas. También tenemos que considerar que es un campo de la medicina que aun no alcanza el grado de precisión que poseen otras especialidades médicas. Se insiste en que el hombre es una unidad bio-psico-social y que en el proceso salud-enfermedad mental se ponen en juego una serie de factores multicausales que interactuando entre sí, desencadenan y favorecen la permanencia del padecimiento. No se niega la importancia que tienen los factores sociales tanto para precipitar y mantener, como para atenuar la enfermedad mental y sería ilógico pretender que no existen factores culturales y económicos que matizan la actitud de la sociedad hacia el enfermo mental y los distintos métodos de tratamiento y rehabilitación de los pacientes. Se trata en realidad de la historia de la salud y de la enfermedad de los seres humanos. El hacer énfasis sobre los aspectos sociales y culturales de la enfermedad, constituye un aspecto enriquecedor del modelo científico que pretendemos seguir en cada uno de nuestros actos médicos, pero sobrevalorar a los factores sociales convirtiéndolos en explicación etiológica por sí mismos, denota, a pesar de una supuesta "buena voluntad" hacia el enfermo mental, ignorancia de los acontecimientos en el proceso de salud-enfermedad; y en ello va incluida toda la medicina, no sólo la psiquiatría.

En los Estados Unidos y en muchos otros países, el número de pacientes hospitalizados disminuye día a día, pero ¿a dónde van los pacientes? ¿se trasfiere o se oculta un problema grave? La mayoría podemos estar de acuerdo en que la hospitalización psiquiátrica no es una solución ideal y que sería muy deseable la atención comunitaria, pero el hecho de que muchos pacientes que han sido dados de alta no tomen sus medicamentos, ni busquen la

ayuda de la comunidad, es algo que requiere de mayor reflexión e investigación (5).

Antes de que hubiera hospitales psiquiátricos, los enfermos mentales eran responsabilidad de la comunidad. Se les podía encontrar recorriendo los pueblos, pero siempre terminaban en cárceles y en casas de caridad. Fue por este motivo que se construyeron los hospitales del Estado; para dar a los pacientes mejor atención. Hace una generación, Mayer Gross advirtió que la falta de sensatez al dar de alta a los enfermos mentales podría tener repercusiones graves en la familia y en la sociedad.

Vemos ahora las consecuencias de festinar una "moda" de supuestos intelectuales "salvadores mesiánicos" del enfermo mental. Se escandalizan de las condiciones que privan en los hospitales psiquiátricos y no se quiere a los enfermos mentales en ellos, pero tampoco se les quiere en la comunidad, aunque de hecho algunos, por sus condiciones particulares, ni siquiera podrán permanecer en ella. El problema no es sencillo; la calidad de la atención médica psiquiátrica en una economía como la nuestra, se puede desarrollar tanto como se quiera dependiendo de los costos. Precisemos: la atención personal no tiene economías de escala y no se puede producir más que una hora de atención por hora. El enfermo mental es tanto más rehabilitable mientras más horas de atención personal se le brinden, pero las requiere de manera multi e interdisciplinaria. No es que nuestros conocimientos actuales nos permitan decir que sabemos todo sobre la enfermedad mental y que sólo se necesite más dinero para poder resolver el problema de los trastornos mentales. Sabemos bastante y podemos investigar aún más, pero necesitamos recursos físicos, humanos y financieros, así como también tiempo para desarrollar los niveles de atención que la sociedad, a través del Estado, esté dispuesta a sufragar.

Hablar de rehabilitación del enfermo mental desde el punto de vista de la psiquiatría individual, implica la aplicación de una serie de medidas bastante conocidas que incluyen procedimientos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, recreacionales, vocacionales, ocupacionales y laborales, así como la eliminación, en lo posible, de los problemas derivados de las relaciones interpersonales con la familia y la comunidad. Pero al hablar de la prevención terciaria, es decir, de las medidas que la psiquiatría social tiene que aplicar para favorecer la práctica de la rehabilitación, se incluye la epidemiología, por un lado, y la organización de servicios para la salud mental, por el otro. El objetivo de la epidemiología consiste en descubrir y eliminar factores que son fundamentales para las enfermedades específicas, en tanto que la organización e investigación de los servicios de salud busca hacerlos más eficaces en su objetivo de mantener y mejorar la salud mental. De aquí se derivan los programas de seguimiento del estado de salud o de supervisión preventiva, la atención domiciliar, la capacitación para el trabajo y los talleres protegidos, así como otra serie de innovaciones susceptibles de ser implantadas.

En lugar de pensar en eliminar nuestros hospitales psiquiátricos, debemos tratar de mejorarlos en lo que se refiere a la administración, a las finanzas, a la capacitación de su personal y a sus programas de trabajo. Estos dos últimos incisos se pueden ver muy favorecidos mediante la adopción de distintos modelos de tratamiento y rehabilitación que ofrezcan diferentes tipos de alternativas a diferentes tipos de pacientes. Cada hospital representa una comunidad en sí y por tanto priva en ellos una condición sociológica particular. Por tanto, cada una de

estas instituciones debe buscar sus propios modelos rehabilitatorios a través de la investigación y de su aplicación a escala piloto, antes de pretender que se generalicen sus procedimientos en el mismo hospital y en otros semejantes.

Los programas comunitarios de salud mental han

abierto nuevos horizontes para los enfermos mentales, pero hay que tomar en cuenta que el buen hospital psiquiátrico será la base de la curación y de la rehabilitación durante muchos años más, porque siempre habrá pacientes cuya recuperación se llevará más tiempo del que los médicos, la familia y la sociedad consideren conveniente.

BIBLIOGRAFIA

1. BARTON WE: *Administration in Psychiatry*. C. Thomas, Springfield, Ill., 1962.
2. BARTON W, ST JOHN W: Family care and out-patient psychiatry. *Am J Psychiatry* 117: 644-647, 1961.
3. BELLAK L (ed). *Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health*. Grune y Straton, Nueva York, 1964.
4. BELLAK L, BLACK BJ, LURIE A Y COLS: Rehabilitation of the mentally ill through controlled transitional employment. *Am J Orthopsychiatry* 26: 285-296, 1956.
5. BRACELAND F: Rehabilitation. En: *American Handbook of Psychiatry*. Basic Books Inc. 5:693-689. Nueva York, 1975.
6. CAPLAN G: *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, Inc. Nueva York, 1965.
7. COOPER A, EARLY D: Evolution in the mental hospital. En: *Trends in the Mental Health Services*. A Freeman and J Farndale (eds). MacMillan 79-86. Nueva York, 1963.
8. FREEMAN HE, SIMONS OG: *The Mental Patient Goes Home*. Wiley, Nueva York, 1963.
9. GLASSCOTE RM: *Rehabilitating the mentally ill in the community: A study of psychosocial rehabilitation centers*. The Joint Information Service of the American Psychiatric Association and the National Association for Mental Health, Washington, DC, 1971.
10. GLASSCOTE RM, GUDEMAN J, ELPERS R: *Halfway houses for the mentally ill*. The Joint Information Service of the American Psychiatric Association and the National Association for Mental Health, Washington, DC, 1971.
11. GLASSCOTE RM, KRAFT A Y COLS: *Partial hospitalization for the mentally ill: A study of programs and problems*. The Joint Information Service of the American Psychiatric Association and the National Association for Mental Health, Washington, DC, 1969.
12. GREENBLATT M, LEVINSON D, KERMAN G: *Mental Patients in Transition*. C. Thomas, Springfield, Ill., 1961.
13. HERZ M, ENDICOTT J, SPITZER R Y COLS: Day versus inpatient hospitalization: A controlled study. *Am J Psychiatry* 127: 1371-1382, 1971.
14. JONES M: *Social Psychiatry, A Study of Therapeutic Communities*. Tavistock, Londres, 1952.
15. LIDZ T: *Schizophrenia and the Family*. International Press, 1965.
16. LUDWING PM: *Treating the Treatment Failures: The Challenge of Chronic Schizophrenia*. Grune y Straton, Nueva York, 1971.
17. PARRA DE LA A y COLS: La enfermedad mental bajo una perspectiva social. *Reporte interno. CEMESAM*, México 1978.
18. PUCHEU C: *Panorama actual de la psiquiatría y la salud mental en México* (en prensa).
19. PUCHEU C: Panorama del campo de la psiquiatría social. Trabajo presentado en el Simposio: *La psiquiatría en la medicina actual*. Instituto Syntex, México 1980 (en prensa).
20. TAUBE CD: *Readmissions to inpatient services of State and County mental hospitals 1972*. Statistical Note 110, National Institute of Mental Health, Division of Biometry; Survey and Reports Branch, febrero, 1974.
21. ULLMANN LP: *Institution and Outcome: A Comparative Study of Psychiatric Hospitals*. Pergamon Press, Nueva York, 1967.
22. VAUGHN CE, LEFF JP: The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 129: 125-137, 1976.
23. WING JK, BROWN G: *Institutionalism and Schizophrenia: A Comparative Study of Three Mental Hospitals*. Cambridge University Press, Cambridge, 1970.
24. WING JK, MONCK E, BROWN G: Morbidity in the community of schizophrenic patients discharged from London mental hospitals in 1959. *Br J Psychiatry* 110: 10-21, 1964.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Expert Committee on Mental Health. *World Health Organization Technical Report Series 73*. OMS, Ginebra, 1953.