

Revista de Psiquiatría y Psicología Médica.
Tomo XIII. (5) - 293-327.

294

Efectos de tres años de transformación asistencial sobre pacientes psiquiátricos de larga hospitalización

Por J. CASTILLÓN ZAZURCA, JOSEP CLUSA MATINERO, JUAN L. LINARES FERNÁN-
DEZ, RICARDO RAMOS GUTIÉRREZ, M.^a CARMEN TEJEDOR AZPEITIA y CAUDI
UDINA ABELLÓ

Instituto Mental de la Santa Cruz (Barcelona).

1978.

Contradicciones desde el inicio

Su vinculación orgánica con uno de los hospitales generales de más prestigio del país lo había convertido en un centro con una larga tradición médica. Ello se había traducido en una mayor riqueza de sus historias clínicas y en una serie de medidas reformadoras llevadas a cabo sobre todo en la década de los 60 (por ejemplo, desaparición de las celdas de aislamiento y de los más burdos métodos de contención) que, aunque insuficientes para provocar un cambio cualitativo de la asistencia, habían contribuido a humanizar el clima relacional.

Por otra parte, los avatares de la remodelación urbana han hecho que, desde hace unos diez años, se especule acerca de la desaparición del centro, habiéndose llegado poco antes del inicio de la reforma al derribo de medio edificio, con el consiguiente traslado de pacientes a la otra mitad. La amenaza de la destrucción total ha pesado desde entonces sobre el ánimo de pacientes y de personal.

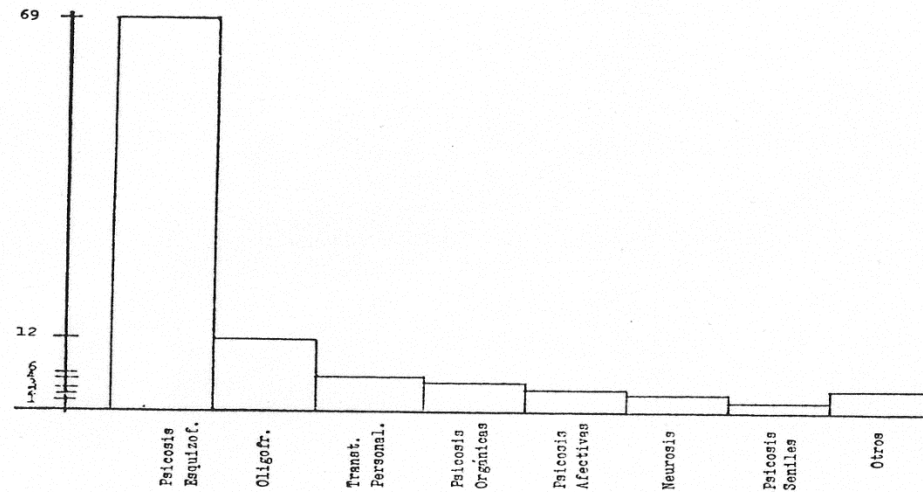
Es así como destrucción y reforma han llegado a ser dos conceptos contradictoriamente ligados al desarrollo de la experiencia de cambio, hasta el punto de que la contratación masiva de personal, primera condición posibilitadora de dicha experiencia, tuvo mucho de medida apaciguadora tendente a conjurar los efectos negativos de la primera mutilación del hospital.

Los médicos interesados en la reforma fueron contratados a plena dedicación, procediéndose igualmente a la incorporación de cuatro psicólogos y de otros tantos asistentes sociales, así como de 85 cuidadores psiquiátricos concienzudamente seleccionados y, muchos de ellos, con formación y experiencia psico-pedagógica. El antiguo personal auxiliar permaneció en sus puestos, incorporándose incluso algunos de ellos a las nuevas tareas de cuidador, pero las comunidades religiosas abandonaron la institución por decisión propia a poco de iniciada la reforma.

La asamblea como motor de la organización del cambio

El principal empeño de todos los equipos ha sido la creación de un ambiente comunitario dinámico y distendido, en el que la relación terapéutica fuera posible y a la vez posibilitadora de un despliegue de las potencialidades relacionales de los pacientes. En la mayoría de las secciones la asamblea comunitaria, reuniendo a pacientes y personal, ha pretendido ser el órgano motor y coordinador de la vida colectiva. Partiendo de las asambleas, en las que los equipos no han renunciado en ningún momento a la intervención activa, se ha facilitado la participación de los pacientes en importantes aspectos de la reforma institucional. Tales, por ejemplo, la modificación y adecuación del hábitat, la remodelación de la normativa hospitalaria y la organización y gestión de laborterapia, fiestas, etc.

Datos del año 1972



Histograma n.º 4: Diagnósticos (en porcentajes)

Los niveles «socioeconómico», «educacional» y «profesional», así como el origen geográfico, se recogen respectivamente en los Cuadros n.º 1, 2, 3 y 4).

Cuadro n.º 1: Nivel Socioeconómico

	N.º Enfermos	Porcentaje
Bajo (Subproletariado y proletariado)	107	46
Medio (Pequeña Burguesía)	90	38
Alto (Burguesías media y alta)	28	12
No hay datos	9	4

Cuadro n.º 2: Nivel Educacional

	N.º Enfermos	Porcentaje
Analfabetismo	21	9
Estudios Primarios	164	70
Estudios Medios	40	17
Estudios Superiores	5	2
No hay datos	4	2

Cuadro n.º 3: Nivel Profesional

	N.º Enfermos	Porcentaje
Sin Oficio	97	41
Oficio no cualificado	70	30
Oficio cualificado. Profesionales	65	28
No hay datos	2	1

Cuadro n.º 4: Origen Geográfico

	N.º Enfermos	Porcentaje
Autóctono	180	77
Inmigrante	54	23

Reforma, técnicas utilizadas

Ya han quedado señalados los principios generales que subyacen al proceso de cambio asistencial operado en nuestra institución. Las técnicas concretas que han constituido el dispositivo asistencial son las siguientes:

1. — Farmacoterapia. Según los criterios generales ya explicitados.
2. — Psicoterapia. Si entendemos por tal aquella forma de terapéutica que intenta modificar los procesos internos (motivación, sentimientos, etc.) y la conducta del paciente por medio de la relación interpersonal, esto es, por la utilización de estímulos verbales o preverbales, excluyendo en todo caso los instrumentales, habrá que decir que la psicoterapia ha estado presente en todo momento como forma de tratamiento. Ello ha ocurrido tanto a un nivel estructurado, con entrevistas médico-paciente de duración y frecuencia programadas, lo que ha sucedido en cierto número de casos, como a nivel más espontáneo, en los frecuentísimos contactos de los miembros del equipo con los enfermos. Esta última forma de psicoterapia, cuyos principios rectores para cada paciente se fijan en las cotidianas reuniones del equipo, se lleva a cabo en todas aquellas ocasiones en que ha lugar para la relación interpersonal, particularmente, en la situación de grupo estructurado.
3. — Terapia familiar. En sentido estricto ha sido realizada en un bajo número de casos. Sin embargo, las entrevistas con familiares de enfermos realizadas con una finalidad terapéutica han sido la regla.
4. — Reuniones de sección (realizadas en 4 de las 6 secciones). Según el modelo habitual que reúne a personal y enfermos, una o dos veces por semana.
5. — Reuniones de grupo. En forma de grupos de relación o de discusión; es una actividad que no se ha llevado a cabo en la totalidad de las secciones.
6. — Laborterapia. De acuerdo con las líneas directrices expuestas en el capítulo «trabajo».
7. — Ludoterapia. Actividades recreativas centradas en el grupo, v. g., bar-centro social.
8. — Grupos no estructurados, o lo que es o mismo, creación de un ambiente humano propiciador de relaciones interpersonales o de grupo, a través de la presencia continua y estimulante de la sociabilidad, de los miembros del equipo cerca de los enfermos. La existencia de este ambiente constituye la infraestructura posibilitante y potencializadora de actividades socioterápicas estructuradas como las señaladas en los cuatro apartados anteriores.

Salidas de la la Institución

Cuadro n.º 5: Salidas (en porcentajes)

	Situación de 1972		1973	1974	1975
	partida				
Solo	9	28	48	59	67
Con otro enfermo	7	17	14	12	8
Con cuidador	8	42	27	21	19
No quiere	—	13	10	8	6
Sin autorización	76	—	1	—	—

En síntesis, los datos analizados señalan:

- 1.º Aumento de la frecuencia total de las salidas desde un 24 % inicial a un 94 % actual. A la vez los enfermos «sin autorización» decrecen de un 76 % a 0.
- 2.º La distribución de las frecuencias de los diferentes permisos de salida es opuesta en 1975 a la de la situación de partida. Esta distribución de frecuencias tiene un eslabón intermedio en el que aumenta la frecuencia de las salidas «con cuidador» para disminuir progresivamente los años siguientes.

COMENTARIOS

Los permisos de salida en la situación de partida responden, en su distribución de frecuencias, al patrón típico del manicomio, sobreañadiendo a la enfermedad inicial la uatología del «institucionalismo». Es obvia la influencia que ello ha de ejercer en la cronificación e inadaptación social del enfermo (Recuérdese que el 76 % de ellos no puede salir de la Institución).

En 1975, tras varios años de experiencia transformadora, el régimen de hospital abierto permite el libre contacto del enfermo con el mundo exterior. La evolución del estado de sociabilidad señala una tendencia progresiva hacia la remisión de sus déficits con una autonomía y adaptación suficientes, en muchos casos, para la convivencia en la sociedad.

La figura del cuidador ha tenido un valor clave en el desarrollo de nuestra experiencia socioterapéutica. El tratamiento del enfermo mental crónico precisa la aplicación de técnicas muy diversas, pero en ellas la relación con el personal psiquiátrico tiene una función básica. Cabría afirmar que en el programa de salidas que acabamos de exponer, el cuidador ha actuado como catalizador. Su función, a

Mitos sobre la enfermedad mental

En ningún momento el incremento de la frecuencia de salidas y, particularmente, el que hace referencia a enfermos que salen solos ha dado lugar a incidentes (accidentes protagonizados por enfermos, alteración del orden público, peligrosidad, etc.). Los resultados de nuestra experiencia contradicen absolutamente los mitos sociales sobre la enfermedad mental: Incurabilidad, peligrosidad, incapacidad... La persistencia abstracta de estos mitos, fácilmente desmoronados ante situaciones concretas, sólo evidencia la actitud de rechazo de la sociedad hacia el enfermo mental.

Visitas en el hogar

En cuanto a las visitas rendidas al hogar por los pacientes, el aumento máximo lo experimentan las visitas regulares semanales, que pasan del 4 al 17 % con un índice de crecimiento del 325 %. Las mensuales pasan del 6 al 8 % con un índice de crecimiento de 33,3 %. Las esporádicas pasan del 11 al 15 %, con un índice del 36,4 %.

Los datos obtenidos creemos que están en relación con lo que ha sido la filosofía de nuestro trabajo. En líneas generales nuestro esfuerzo se ha centrado en estimular los aspectos relacionales de cada enfermo con el equipo terapéutico, con otros enfermos y con las familias de una parte, y de otra, en incrementar la autonomía personal de cada paciente. En este sentido, el que la evolución de las visitas tienda a concretarse en un incremento de las que los pacientes rinden a sus hogares (con unos índices de crecimiento superiores a los de crecimiento negativo de las visitas que reciben), creemos que conjuga la mayor sociabilización con la mayor autonomía por parte del paciente, para encauzar esta sociabilización.

C — ESTANCIAS EN EL HOGAR

Las estancias en el hogar constituyen un aspecto a veces muy contaminado por factores no manipulables de la relación familia-enfermo a los que aludíamos anteriormente. Por ejemplo, una estancia de días en el hogar puede estar muy vinculada a la lejanía de éste, lo que condiciona el alargamiento de la estancia.

Cuadro n.º 9: Estancias en el hogar

<i>Duración</i>	<i>Situación de partida</i>	<i>Situación actual</i>
Horas	14%	23%
Días	7	9
Semanas	3	8

La vinculación familia-enfermo que estudia el Cuadro n.º 9 es distinta a la que estudia el cuadro de visitas (n.º 8). Allí ella representa un modo de relación ocasional en un enfermo cuya máxima vinculación con la familia puede venir representada, por otra parte, por las visitas regulares realizadas dentro o fuera de la institución. Se trata muchas veces de estancias en fechas señaladas, como onomástica, Navidades, etc. Esto no excluye que en otros casos la estancia en el hogar represente la culminación de un proceso de mejoría que permite un intento de integración de cierta duración con su grupo familiar.

Nuevo tratamiento del trabajo

Los datos representados en el Cuadro n.º 9 indican que las estancias en el hogar tienden a aumentar a lo largo de la experiencia, en todas sus modalidades. El máximo de crecimiento lo experimentan las estancias de semanas (pasan del 3 al 8 %), seguidas de las estancias de horas (del 14 al 23 %) y estancias de días (7 al 9 %).

El panorama general de la relación de los pacientes con sus familias muestra una situación de base empobrecida por largos años de aislamiento y desconexión. Sus rasgos dominantes son la existencia de pocos y relativamente lejanos parientes cuyos contactos con los enfermos son superficiales y mediatizados.

Nuestro trabajo en este sector ha dado ciertos resultados de cara a reforzar la iniciativa de los pacientes: aumento de sus visitas y estancias en el hogar (del 21 al 40 % y del 24 al 40 % respectivamente). No obstante existe la impresión de que el tope en la responsabilización de los familiares puede alcanzarse fácilmente, lo cual plantea la necesidad de alternativas asistenciales que supongan una auténtica implicación social en el problema de los enfermos mentales crónicos.

TRABAJO

El trabajo de los pacientes en un hospital psiquiátrico suele cumplir, en mayor o menor medida según las características de cada centro, tres funciones principales:

- a) **Servicio:** la economía doméstica del hospital se beneficia del trabajo gratuito o semi-gratuito de los propios pacientes.
- b) **Justificación moral:** las largas estancias y el vacío ocupacional, relacional y terapéutico, han ido generalizando a la población de los hospitales psiquiátricos la idea de que el ocio es mal consejero. En este contexto, resulta un alivio mantener a los pacientes aplicados a unas tareas que les ocupan una serie de horas, sustrayéndoselas al simple deambular.
- c) **Terapéutica:** las distintas orientaciones giran en torno a algunos criterios clave, que consideran al trabajo potenciador de capacidades instrumentales y creativas, así como vehículo de importantes estímulos sociales. A estas tres funciones viene a añadirse una cuarta, referida básicamente al trabajo realizado fuera de la institución por los pacientes hospitalizados:
- d) **Independencia económica:** esta función fundamental del trabajo humano adquiere en este caso una importancia relevante al ser con frecuencia condición necesaria para que pueda producirse el alta.

A la vista de este esquema referencial, nuestra actuación se ha desarrollado según las siguientes directrices:

Nuevo tratamiento terapéutico del trabajo

1. Supresión del aspecto de coartada moral, haciendo desaparecer todo trazo de obligatoriedad de trabajar.
2. Dignificación de los servicios prestados por los pacientes al hospital, teniendo en cuenta que la actitud y expectativas de aquéllos variaban enormemente según la naturaleza de cada trabajo y las circunstancias en que se desempeñaba. Se ha facilitado que dejaran de trabajar para el hospital aquellos enfermos que así lo preferían, y se ha procurado adecuar la responsabilidad y mejorar las condiciones económicas de aquellos otros que optaban por la continuidad.
3. Potenciación de la vertiente terapéutica del trabajo. Para ello se han creado nuevos talleres de laborterapia basados en el fomento de la creatividad y la autogestión: práctica artesanal y administración controlada por los mismos pacientes. En algunas secciones se ha reorganizado sobre premisas semejantes la laborterapia preexistente.
4. Máximo énfasis en el trabajo extrahospitalario, asumido como condición casi necesaria para la reintegración al exterior.

Resumen evolución en el trabajo

Resumiendo, la evolución seguida por nuestra población respecto a su situación de trabajo ha sido la siguiente:

I. — Disminución de los trabajos de mayor dependencia institucional (Diferenciado, Doméstico y Laborterapia): de 80 % a 60 % (crec. neg.: 33 %), cuantitativamente semejante en hombres y mujeres. En los hombres la disminución es a expensas de los trabajos Diferenciado y Doméstico, y en las mujeres del Doméstico y Laborterapia. Paralelamente se ha asistido a una importantísima adecuación de tales trabajos en su línea sociabilizadora.

II. — Aumento de los trabajos más independientes de la institución (Extrahospitalarios y Autónomo): de 6 % a 17 % (crecimiento: 180 %). El porcentaje actual es mayor en los hombres (21 %) que en las mujeres (13 %), pero el índice de crecimiento es favorable a éstas (225 %, frente a 110 % en los hombres). Ello se explica por el más bajo nivel de partida de las mujeres.

III. — Aumento del número de pacientes que no trabajan: de 16 % a 23 % (crecimiento: 44 %). El aumento corresponde básicamente a las mujeres, y se explica si se tiene en cuenta que sobre ellas se ejercían mayores presiones coercitivas antes de la reforma. Este incremento, por tanto, es valorado positivamente, ya que ha permitido adecuar la respuesta asistencial a las necesidades reales de estos pacientes.

Remisión cuadros clínicos

COMENTARIOS

El porcentaje de remisiones totales es del 19 % (ver Cuadro n.º 11). Pero hay que tener en cuenta que el 6 %, sobre el total, son enfermos que ya estaban remitidos al comienzo de nuestro trabajo. La constatación de este hecho nos ha llevado a introducir esta aclaración en los resultados. Ese 6 % es la demostración más objetiva del papel excluyente que tienen las actuales instituciones psiquiátricas. Si dicha cifra fuera generalizable a toda la población psiquiátrica española internada, y en principio no hay que pensar que no lo sea, resultaría que 2.565 personas están recluidas en manicomios habiendo remitido totalmente su enfermedad.

Bajo el epígrafe «remisión» (total + parcial) se incluye al 44 % de los enfermos. Si a éstos añadimos las «mejorías de la sociabilidad» obtenemos un 67 %. Aproximadamente puede decirse que 2 de cada 3 enfermos, y al decir esto recuérdense las características de estos pacientes, han mejorado con las medidas terapéuticas de estos tres últimos años.

Entre los esquizofrénicos, que representan el 69 % de la población estudiada, las remisiones totales son el 17 %, las remisiones parciales más las totales, el 45 % y las remisiones totales más las parciales más las mejorías de la sociabilidad el 72 %. Estos datos resultan sorprendentes por varios conceptos. Sólo el 3 % de esquizofrénicos han empeorado en tres años, por lo que la evolución «deteriorante» de la enfermedad resulta cuestionable en nuestra experiencia. Y sí, en cambio, se demuestra que los esquizofrénicos pueden mejorar, e incluso llegar a la remisión total, tras más de 20 años de evolución. Habría que concluir que, a la luz de nuestros datos, la esquizofrenia no es un trastorno de curso fatal (nos referimos, naturalmente, a la esquizofrenia crónica e institucionalizada) sino que se nos muestra como asequible y modificable incluso tras larga evolución.

De los restantes grupos cabe destacar los elevados resultados favorables dentro de los «trastornos de la personalidad» (Rem. total + Rem. parcial = 91 %).

Cuadro n.º 11: Evolución del estado clínico (en porcentajes)

	Total	Esquiof.	P. Afect.	P. Organ.	P. Sen.	Oligof.	T. Personal.	Neurosis	Otros
Proporción de Diagnósticos		69	3	4	1	12	6	2	3
Remisión total y/o secuelas	19	17	—	—	—	8	58	25	43
Remisión parcial	25	28	25	25	—	12	33	25	—
Mejoría de la sociabilidad	23	27	13	13	—	28	—	—	14
Inmodificados	30	26	17	62	50	48	8	50	43
Empeorados	3	3	—	—	50	4	—	—	—

44%

67%

72%

91%

Evolución de las altas

El primer índice digno de ser comentado (Cuadro n.º 12), por todas las connotaciones que tradicionalmente lleva consigo y más tratándose de enfermos mentales de larga evolución, el de las altas. Su número es de 15, y su porcentaje con respecto al total de la población, del 8 %. Teniendo en cuenta que, sumando a las altas los índices de hospitalización de día y de noche, el porcentaje pasa a ser del 11 %, cabe concluir que la cifra de enfermos que en estos 4 años ha podido abandonar las condiciones de internamiento es verdaderamente importante.

Dentro del tiempo que abarca la experiencia, el porcentaje de altas ha sido significativamente más importante en el curso de los dos últimos (40 % y 33 % respectivamente). Por lo que respecta al período considerado, este hecho puede interpretarse como lógico, si se tiene en cuenta que el inicio de la experiencia coincide con un cambio total en las condiciones de trabajo para los médicos, y con la incorporación del resto del personal.

Uno de nosotros (*) ha estudiado detenidamente las circunstancias que han rodeado a las altas que nos ocupan. De sus conclusiones destacaremos como más ilustrativas las siguientes:

(*) LINARES E HIDALGO. Estudio de algunas altas producidas en un centro de psicóticos crónicos. (En prensa.)

Qué favorece las altas

- e) Las circunstancias personales que parecen facilitar el alta son, pues:
 - 1) Fundamentalmente, la menor duración del internamiento, sin que exista relación estricta con la edad o el tiempo de evolución de la enfermedad. Ello podría influir en una más fácil resolución de la situación de dependencia de la institución.
 - 2) En un segundo plano, la condición de casado.
 - 3) Finalmente, un diagnóstico no orgánico-irreversible y, con mucho menos énfasis, ciertos diagnósticos distintos del de esquizofrenia (alcoholismo, depresión, síndrome obsesivo).
- f) Por otra parte, las características familiares que han influido favorablemente en las altas son:
 - 1) Supervivencia de uno o de ambos progenitores y, secundariamente, del cónyuge o/y de los hijos. Los hermanos no parecen jugar un papel importante a este nivel.
 - 2) Situación económica acomodada y ubicación urbano del núcleo familiar.
 - 3) Existencia de vínculos de dependencia entre el paciente y sus familiares, tanto mutua como unilaterales.
- g) Finalmente, cabe señalar que en el proceso terapéutico conducente al alta, en nuestra experiencia, se han mostrado muy eficaces las medidas psicoterápicas (a nivel individual y familiar) y socioterápicas, con independencia de los tratamientos farmacológicos. Ello no debe extrañar si

Fugas y suicidios

se tiene en cuenta que se trata de enfermos de largos años de internamiento, durante los cuales han estado casi constantemente sometidos a tratamientos con psicofármacos sin conseguir por ello abandonar la institución. No obstante, en la mayoría de los casos, la medicación se ha conservado después del alta, pudiéndose pensar que ha influido positivamente.

Otro aspecto muy destacable, dentro de lo considerado en este espacio, es el que hace referencia a la escasa incidencia de las fugas sin regreso al centro (sólo un caso) y de los suicidios (1 entre los 8 fallecimientos habidos en la población estudiada; los 7 restantes fallecieron por causas naturales). A nuestro parecer esto pondría de manifiesto, confirmando impresiones referidas más arriba, cómo nuestro proceso de cambio, con toda su complejidad y grado de conflictividad, ha podido sin embargo ser encauzado sin graves quebrantos en cuanto a la seguridad de los enfermos. Dejando de lado el que nuestra actuación terapéutica se ha centrado en un máximo énfasis socioterápico, el factor fundamental, en el momento de valorar la escasa incidencia de los suicidios y las fugas, debe constituirlo el que a nivel de las unidades de vida de los pacientes, las secciones, la existencia de equipos cuya actividad está centrada en las mismas ha permitido una supervisión continuada de los casos; con todo lo que de protección y seguridad puede representar para los enfermos.

Resumen estudio

RESUMEN

Se describe, analiza y valora el efecto que sobre pacientes psiquiátricos internados, de larga evolución, produce la transformación de la asistencia siguiendo un modelo comunitario en el que los principios básicos los constituyen la estimulación de la sociabilidad y la posibilidad de ofrecer al enfermo alternativas extra-institucionales.

La población está formada por 234 enfermos cuyas características más sobresalientes son: media de edad 54 años; media de internamiento 21,6 años; media de años de evolución de la enfermedad 21,3; preponderancia de esquizofrénicos (69 %); nivel socioeconómico, educacional y profesional predominantemente bajo. Las técnicas terapéuticas utilizadas comprenden psicofármacos, psicoterapia y diversas variantes de socioterapia. Como medidas del cambio experimentado en los tres años que se estudian se han utilizado seis parámetros: salidas, gestión económica, estructura y vinculación familiar, trabajo, evolución del estado clínico y movilidad.

Ha habido un 8 % de altas; el estado clínico ha evolucionado hacia la mejoría en el 67 % de los casos, con un 19 % de Remisiones Totales. En los otros parámetros se observan también resultados positivos, siendo las salidas el apartado que más precozmente se modifica.

Bajo interés por enfermos mentales crónicos

En general, se observa una gran escasez de trabajos referidos a poblaciones de pacientes del intenso grado de cronicidad que corresponde a la nuestra. Es un índice más del abandono en que tales poblaciones suelen estar sumidas. Otra realidad constatada es la progresiva disminución de artículos que recojan el trabajo terapéutico y rehabilitador en los hospitales psiquiátricos, a la vez que aumentan proporcionalmente los que se ocupan de dispositivos asistenciales más evolucionados («el sector», los hospitales de día, la asistencia en la comunidad, etc.). Creemos que esta tendencia, aún yendo en la misma dirección que la realidad de la moderna asistencia psiquiátrica, se ha precipitado considerablemente. Y es pena que, por la prisa en contemplar un brillante futuro, se olvide un presente que tiene mucho aún de miserable y anacrónico.