

La Esquizofrenia: *Visión Integradora*

TERESA HUNEEUS



EDICIONES DE LA UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK

© Teresa Huneus, 2001
© Universidad Internacional SEK
Avda. José Arrieta 10.000. Peñalolén
Tels. 2792940 - 2792518
Fax 2783791. Santiago de Chile

«La Esquizofrenia: Visión Integradora»

Derechos reservados:
Inscripción N°120.001
I.S.B.N. 956-7137-39-0

Edición al cuidado de
Servicio de Publicaciones
Universidad Internacional SEK

Diagramación e Impresión digital
LOM Ediciones Ltda.
Concha y Toro N°25
Fono: 672 2236
Santiago de Chile

Prohibida la reproducción total o parcial
sin autorización previa y por escrito del titular del copyright

Ilustración portada y contraportada:
*Usuarios de la Comunidad Terapéutica diurna
de Peñalolén*

Ilustraciones del interior:
Las ilustraciones de este libro corresponden a
artistas que tuvieron algún trastorno mental severo,
lo que no impidió que fueran grandes creadores.

HECHO EN CHILE/PRINTED IN CHILE

Dedico este libro a
las personas que lo
inspiraron.

ÍNDICE

Agradecimientos	9
Prólogo	
Dr. Martín Cordero A.	11
Introducción	13
Capítulo 1. ¿Qué es la Esquizofrenia?	23
Capítulo 2. Historia de la Esquizofrenia	49
Capítulo 3. Reforma Psiquiátrica	75
Capítulo 4. Modalidades de Tratamiento	123
Capítulo 5. Comunidad Terapéutica	171
Capítulo 6. Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén: 1991-1998	191
Capítulo 7. Incidencia, Prevalencia y Recuperabilidad de la Esquizofrenia en Diferentes Países y Contextos	241
Conclusiones	261
Bibliografía	271

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada quiero agradecer a Soledad Sánchez, psicóloga, quien ha sido mi mano derecha, mi consultora y ayudante permanente durante todo el proceso de escribir este libro. Con infinita paciencia me enseñó los usos del computador y cuando yo no sabía, ahí estaba ella para apuntalarme. Además corrigió mi castellano, que es algo agringado y me ayudó a ordenar las ideas, que se me arrancan a veces, y estancan, otras. Por todo esto y más, gracias, Sole.

Quiero agradecer a los amigos y parientes que leyeron los primeros capítulos y con sus opiniones me estimularon para continuar: Luz María, Cucho, Raúl.

A Jorge Unger, psicólogo, quien se dio el trabajo de revisar rigurosamente los siete capítulos, le agradezco especialmente su pasión de joven Profesor.

Al Dr. Martín Cordero, quien, además de revisar el borrador y compartir sus valiosos aportes, me facilitó muchos de los libros e investigaciones que sirvieron para consolidar este texto.

A la Universidad Internacional SEK le agradezco por haber confiado en este proyecto, sin exigencias, aportando medios que facilitaron esta publicación.

Finalmente, a Fernando, mi leal compañero, que tuvo que soportar mis dudas, responder preguntas, leer más de lo que él hubiera querido, y me alentó y acompañó durante estos dos años de trabajo, sin exigir ni protestar.

PRÓLOGO

La Psiquiatría ha recorrido un largo camino desde las concepciones fatalistas de la Esquizofrenia, como la clásica de Emil Kraepelin, hasta los modelos actuales que consideran el episodio psicótico como una forma de reaccionar de un individuo vulnerable al stress, la sobrestimulación emocional y las tensiones familiares.

Los sociólogos de la Medicina nos han mostrado la importancia de los factores protectores que pueden impedir la aparición de la enfermedad y esto sumado a nuevos y cada vez más eficaces medicamentos han terminado con el nihilismo terapéutico. La ausencia de «Restitutio ad Integrum» ha dejado de existir como la norma evolutiva de esta enfermedad.

La autora, a través de sus descripciones de casos clínicos nos muestra las tácitas ambigüedades y desacuerdos que rodean aún hoy día el acto diagnóstico-terapéutico en las grandes instituciones y que continúan dando forma al destino del paciente.

Soporte social, intervención familiar y una amplia gama de formas diurnas del manejo de casos severos son enfatizados, y se inclina la autora por una forma multidisciplinaria de aproximación al problema de la Esquizofrenia.

La contribución de una psicóloga al controversial territorio de esta enfermedad abre el camino a nuevas contribuciones de profesionales del equipo multidisciplinario, de quienes tenemos mucho que aprender.

Definir la Esquizofrenia permanece como uno de los mayores desafíos para la ciencia de hoy. La multiplicidad de factores involucrados hace de esto un ejercicio complejo. Teresa Huneeus nos muestra cómo cada una de estas perspectivas es importante y vigente, sin eludir un juicio personal sobre lo que considera más relevante.

Dr. Martín Cordero Allary

INTRODUCCIÓN

La idea que me guía al escribir este libro es mostrar que la esquizofrenia y su evolución —sea ésta la cronificación o la mejoría— depende en gran parte de la actitud de la familia, de la comunidad, de la sociedad, del propio sujeto y de quienes lo/la tratan. Estas actitudes tendrán una influencia fundamental en que la esquizofrenia empeore hasta llegar a hacerse crónica, o bien siga un curso benigno y la persona se recupere. Todos estos actores son terapéuticos o iatrogénicos (1), según múltiples factores que intento aclarar en este libro.

Mi hipótesis es que la gravedad que ha llegado a tener la esquizofrenia es en gran parte un «artefacto», producto de la actitud de la sociedad y de los tratamientos excesivos e inadecuados a los cuales han sido sometidas las personas con esta condición.

Durante todo el proceso de escribir este libro me he debatido entre usar las palabras «enfermedad», «trastorno» o «condición». Me habría gustado no hablar de «enfermedad» porque es aceptar de lleno el modelo médico, pero debo reconocer que estoy tan influida por este modelo —como lo estamos todos los que trabajamos en el tema— que no he podido deshacerme ni del concepto ni del término. También debo admitir que dado que hay evidencia de que en la esquizofrenia hay una alteración o una vulnerabilidad biológica, responde al concepto de enfermedad.

Para Thomas Szasz, psiquiatra norteamericano, la «enfermedad mental» como perturbación de carácter médico, es una creencia ya establecida en nuestro lenguaje; nuestro lenguaje la refleja y la sostiene (2). Según él, lla-

(1) El término iatrogénico describe una intervención que pretende ser terapéutica, pero que en realidad resulta dañina para quien la recibe.

(2) SZASZ, T. En: BASAGLIA, F. Y COLS. (1977): *Los Crímenes de la Paz*. Siglo XXI Editores, España.

mamos «enfermedades mentales» a determinados problemas de la vida; los individuos que se dirigen a un psiquiatra ya son «enfermos mentales»; las cosas de que se lamentan o las quejas de otros por lo que hacen son «síntomas psiquiátricos»; los trastornos que sufren son «enfermedades mentales»; a la indagación psiquiátrica la llamamos «diagnóstico», y a las intervenciones psiquiátricas, «cura»; y el escenario en que tienen lugar estos encuentros psiquiátricos es llamado «consultorio médico», «clínica» u «hospital». Para Szasz, estos elementos constituirían una verdadera fortaleza llamada «Psiquiatría Institucional».

Si bien este punto de vista responde a una posición extrema dentro de la psiquiatría, refleja algo verdadero, puesto que desde que los problemas mentales quedaron en manos de los médicos, en el siglo XVII, se designó al sujeto que tenía algún trastorno mental como «paciente», a quien se practicaba (y aún se practica) un tratamiento determinado por el «médico», sobre el cual el paciente no tenía ni podía tener ninguna opinión, en una institución respecto a la cual tampoco tenía opción.

Hoy en día este planteamiento tiene más vigencia —pareciera estar siendo escuchado— que cuando fue enunciado por su autor. Hoy se habla más de «trastorno» que de «enfermedad». Si llegamos a hablar de «enfermedad» lo hacemos con cautela. Se habla más de «usuario» o «cliente» que de «paciente» o «enfermo». Este ya no es un tema exclusivamente médico. Cada día se amplía el espectro de personas (profesionales y otros) que se ocupan y trabajan en este tema. Lo más importante es que el propio sujeto, legítimo protagonista de esta historia, está asumiendo su rol central, y este proceso está siendo facilitado e implementado por la nueva actitud derivada de la desinstitucionalización y la reforma psiquiátrica, con todas las nuevas estructuras de servicio, tratamientos y opciones que ésta conlleva.

Hablar es un fenómeno social en el cual el que habla y el que escucha se unen a través del significado. Nombrar es poner una etiqueta, le da a cada cosa una forma, un sentido. En el acto del diagnóstico, pueden aparecer y desaparecer mundos diferentes. Ronald Laing intentó rescatar a las personas con esquizofrenia de la psiquiatría tradicional y del hospital psiquiátrico

usando el término *metanoia*, pero no tuvo éxito. Es muy difícil cambiar un nombre como esquizofrenia, pero sí se puede modificar su significado.

En primer lugar, pienso que la persona que tiene una enfermedad, sea ésta mental o física, tiene derecho a saberlo. Es más, tiene el deber de saberlo para poder actuar en consecuencia. También deben saberlo sus familiares, para que puedan ayudar de manera útil y eficaz. Si la familia habla de «depresión» en lugar de esquizofrenia, está negando la realidad y ayudando a la persona con esquizofrenia a no tomar las medidas que le ayudan a estar mejor, como asistir a un tratamiento y tomarse los medicamentos.

Desgraciadamente, muchas veces los mismos médicos son cómplices de esta negación, ya que también son reacios a usar las palabras adecuadas. Conozco muchos casos de personas que han sido tratadas por años con neurolépticos o antipsicóticos y no se les ha dicho —ni a ellos ni a sus familiares— qué es lo que tienen, ni lo que eso significa.

Es cierto que existe un estigma tremendo asociado a la enfermedad mental, y muy especialmente a la palabra esquizofrenia. Lo que hay que hacer es luchar contra el estigma, no negar la enfermedad, ya que con eso no ayudamos a la persona a vivir mejor con su condición, sino que perpetuamos los mitos y prejuicios fuertemente arraigados con respecto a la esquizofrenia y las psicosis en general. Pienso que al menos la palabra esquizofrenia es menos estigmatizante y es preferible a la denominación «discapacitados psíquicos o mentales» que se usa hoy en día. Si bien en nuestro país existe actualmente un movimiento social para integrar a las personas con «discapacidad», pienso que la propia palabra discapacidad es más descalificadora que «esquizofrenia».

Las respuestas a la persona que llamamos «esquizofrénica», «genio», «epiléptico», «estrella» y otros, pueden ser etiquetar y estigmatizar, o aceptar e integrar, y dependerán de la ideología de la sociedad en que habita el individuo nombrado. Este es otro de los objetivos principales de este libro: reducir los prejuicios, los temores y la increíble ignorancia que existe con respecto a las psicosis, en especial la esquizofrenia; desestigmatizar esta condición, reduciendo así actitudes dañinas y favoreciendo una evolución más benigna de las personas con esquizofrenia.

La esquizofrenia —como cualquier otra enfermedad— es tratable. Pero, los trastornos mentales, y en especial el que nos ocupa, conllevan un estigma social. Las personas con esquizofrenia son rechazadas, segregadas y maltratadas en nuestra sociedad. Esto constituye una dificultad que se agrega a la enfermedad propiamente tal, obstaculizando la recuperación.

Si fuéramos consecuentes con este planteamiento y se lograra desarmar el «artefacto», es decir, si lográramos cambiar la actitud de la sociedad y proveerles a las personas con esquizofrenia tratamientos y alternativas más acordes con lo que realmente necesitan, estaríamos frente a una situación más benigna, de mejor evolución y pronóstico. A su vez, esto evitaría gran cantidad de sufrimiento a los propios sujetos con esquizofrenia, a sus familiares y personas cercanas, y también a toda la sociedad, pues este es un problema de todos. Es responsabilidad de todos crear una manera más sana y humana de vivir en sociedad, relacionarnos con tolerancia y aceptar las diferencias.

Proponer esta perspectiva positiva no significa negar que existe la esquizofrenia, ni dejar a su suerte a las personas que tienen esta condición y a sus familias. No se trata de desentenderse y no tomar las medidas necesarias. Absolutamente lo contrario: la idea es que todos y cada uno asumamos la responsabilidad de saber actuar frente a la esquizofrenia. Esta es una condición necesaria para recuperar el respeto y la autoestima, tan dañados en las personas con esquizofrenia y en quienes los rodean y no saben qué hacer.

Plantearse las cosas de esta manera necesariamente tendrá implicancias sobre las políticas sociales, económicas, médicas y psicológicas de un país. Esto ya está sucediendo en algunos países de Europa y en Canadá, por ejemplo.

A su vez, las concepciones y los tratamientos para la esquizofrenia son influidos por el contexto político, social, cultural y económico en que surgen. Por ejemplo, no es casual que la lobotomía y el *electroshock* aparecieran bajo dictaduras fascistas, la primera en Portugal en tiempos de Salazar (1936), y el segundo en Italia bajo el régimen de Mussolini (1938). Conocidas son la eliminación y esterilización de enfermos mentales en la Alemania nazi. Sería interesante que futuras investigaciones profundicen esta relación entre el tratamiento y el contexto político.

Una paradoja interesante es que en sociedades en vías de desarrollo que son más aceptantes, más abiertas, menos estresantes, la esquizofrenia tiene mejor pronóstico que en sociedades económicamente desarrolladas, a pesar de que en estas últimas hay más recursos para tratamientos más modernos.

En general, lo que hay escrito sobre esquizofrenia son textos médicos, con información desde un punto de vista patológico, con la mirada puesta en los síntomas y en lo negativo de la enfermedad, en términos técnicos que son difíciles para un lector no especializado.

La visión que presento en este libro está basada en mi experiencia personal de más de veinte años trabajando con pacientes con esquizofrenia, y también en sólidas y excelentes investigaciones cuyos resultados aún no están presentes en la conciencia general. Estos textos son de difícil acceso, pues suelen estar en otros idiomas y en lenguaje especializado.

La intención de este libro es que sea accesible para cualquier persona que se interese en el tema, muy especialmente para familiares, amigos, estudiantes, especialistas y para los propios involucrados. A estos, mis lectores, les pido que si de pronto incurro en tecnicismos o palabras difíciles —cosa casi inevitable en este tema—, no se desanimen, sino que sigan adelante como si fueran caminando por un bosque que en algún momento se torna enmarañado, que pasen a través de las ramas y espinas, para llegar otra vez al claro fácil de transitar.

* * *

En el primer capítulo veremos *diferentes concepciones de la esquizofrenia*, partiendo por el modelo clásico de Bleuler, para terminar con la *Teoría de la Vulnerabilidad*, que es la que mejor incluye las teorías actuales sobre esta condición, y *considera a la persona con esquizofrenia como un ser integral, esencialmente sano, con episodios de enfermedad*. En este capítulo se definen también las otras psicosis, con el fin de distinguirlas de la esquizofrenia.

El segundo capítulo es una *breve historia de la psicosis*, y en especial de la esquizofrenia, a partir de Kraepelin, llegando a las teorías actuales. A través

de esta historia van apareciendo los diferentes enfoques, las teorías sobre las causas de la esquizofrenia y los tratamientos consiguientes. Se va vislumbrando cómo la actitud hacia la enfermedad incide tanto en los tratamientos como en sus resultados.

El tercer capítulo se refiere a la *desinstitucionalización* y la *reforma psiquiátrica* en diferentes países del mundo; la conveniencia y desventajas de la hospitalización, las estructuras intermedias y las organizaciones que se han ido creando como alternativa de tratamiento para las personas con esquizofrenia. También hablaremos sobre la situación chilena en particular.

En el cuarto capítulo abordamos el tema de los *tratamientos*. Siempre han existido dos corrientes con respecto a la enfermedad mental. En la primera, la psiquiatría tradicional o represiva detenta el poder sobre el paciente: el enfermo no tiene derechos, hay que cuidarlo, se le segrega y aísla, otros deciden por él o ella. La segunda la constituyen los tratamientos alternativos —que yo llamo liberadores o innovadores—, que luchan por sacar a las personas con trastornos mentales del encierro, por hacerlos participar en su propio tratamiento, procurando que éste sea integral, comunitario y territorial, de modo que la familia y la sociedad asuman a sus enfermos mentales, los acepten y los integren. Por supuesto, hay muchas otras posturas entre estas dos polaridades.

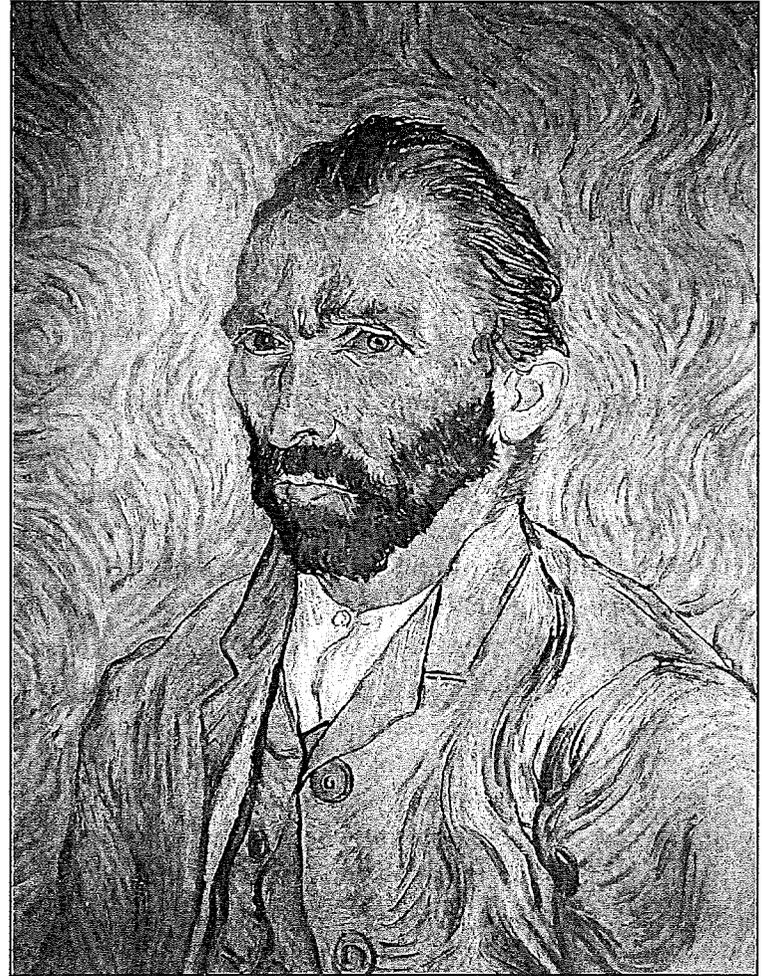
En el quinto capítulo analizaremos más a fondo la *Comunidad Terapéutica* como modelo de tratamiento. Conoceremos sus comienzos, sus fundamentos teóricos, los tipos de comunidad que existen hoy en día, sus ventajas y desventajas.

En el capítulo sexto se describe la *Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén*, aprovechando la experiencia de haberla dirigido desde su fundación y durante ocho años. Se cuenta su historia, por qué se eligió y mantuvo esta modalidad de tratamiento para personas con psicosis, en un sector de extrema pobreza. Se presentan algunos casos y resultados obtenidos durante este período.

En el capítulo séptimo se documentarán muchas de las razones para ser optimistas hoy en día. Hay investigaciones que entregan evidencia abrumadora sobre una *mejoría mayor de la esperada históricamente*. También se verá

que la *incidencia y prevalencia de la esquizofrenia en el mundo no es tan uniforme como se ha señalado*. Más bien tendría una cierta variabilidad, que está relacionada con múltiples factores. La recuperabilidad de la esquizofrenia en el mundo también es variable de una región a otra. Analizaremos cuáles son algunas de las condiciones que influyen en la aparición y evolución de la esquizofrenia, los factores protectores y los factores de riesgo.

Para terminar esta introducción, es importante establecer que el haber interactuado tantos años con personas que tienen esquizofrenia y otros tipos de psicosis, ha significado un enriquecimiento personal, por su calidad humana, su manera de ser genuinos, su creatividad, sensibilidad y afectividad tan especial, pues —contrario a lo que tanto se dice— son personas cariñosas, que aportan mucho si se les da la oportunidad. Cada uno de ellos es en sí mismo/a una sorpresa para quien esté dispuesto a percibirla.



Vincent Van Gogh (1853-1890). Autorretrato.

¿QUÉ ES LA ESQUIZOFRENIA?

La palabra esquizofrenia fue creada a partir de dos palabras griegas: *schizein* (escindir o dividir) y *phren* (mente). Quien utilizó definitivamente este nombre fue Eugen Bleuler, en un artículo publicado en 1908. Bleuler prefería el término esquizofrenia al de *dementia praecox*, que se usaba hasta entonces, por dos razones. En primer lugar, porque consideró que el término era dañino para los pacientes, debido a que la palabra *dementia* tenía una connotación de deterioro que no correspondía a lo que realmente ocurría con este síndrome. Pensemos que Bleuler quiso evitar que los jóvenes con esta enfermedad fueran estigmatizados. Sin embargo, no logró su objetivo, ya que el término *esquizofrenia* se convirtió en un estigma de todas maneras. En segundo lugar, Bleuler planteaba:

«Llamo esquizofrenia a la *dementia praecox* porque la escisión de las diferentes funciones psíquicas es una de sus características más importantes» (3).

Agrega que usa el término en singular, a pesar de que bajo este término se incluyen varias enfermedades.

(3) BLEULER, E. (1987): *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenia*. Monograph Series on Schizophrenia, Nº 1. International Universities Press, Inc., Madison, E.E.U.U., pág. 8.

En este capítulo describiremos un modelo clásico de esquizofrenia, para lo cual elegí el del mismo Bleuler, notable por su objetividad y aguda percepción clínica. Muchos de sus conceptos siguen teniendo una fuerte influencia hoy en día.

Luego veremos la mejor descripción de lo que es la esquizofrenia, que es la que considera a la persona con esquizofrenia como un ser humano integral, e incluye las teorías actuales más relevantes sobre lo que es esta condición. Revisaremos brevemente otros sistemas de clasificación de los síntomas y los subtipos de este trastorno.

Hacia el final de este capítulo definiremos lo que es la psicosis, y describiremos brevemente los distintos tipos que existen, con el fin de delimitar específicamente la esquizofrenia, distinguiéndola de los trastornos del ánimo, que son aquellos con los que más frecuentemente se la puede confundir. Para ello usaremos el DSM IV, que es el manual de clasificación diagnóstica más utilizado hoy en día.

MODELO CLÁSICO DE LA ESQUIZOFRENIA SEGÚN EUGEN BLEULER

Bleuler fue un gran clínico; describió la esquizofrenia de manera exhaustiva, en base a observaciones sobre sus pacientes. Tomaré lo fundamental de su modelo, destacando siempre la manera esperanzadora con que él miraba lo que le ocurría a sus enfermos, a pesar de que él describió en forma exhaustiva los aspectos patológicos de la enfermedad, tal como lo ha hecho la psiquiatría tradicional.

Según Bleuler,

«Con el término *dementia praeco* o *esquizofrenia* designamos un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, a veces está marcado por ataques intermitentes, y puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero no permite un *restitutio ad integrum* (recuperación completa). La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, el sentimiento y la rela-

ción con el mundo externo, que no aparece en ningún otro cuadro de esta manera particular» (4).

Hoy en día esta definición sigue siendo válida, excepto la famosa frase *restitutio ad integrum*. En los últimos años, los estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que hay mejoría significativa o recuperación al menos en la mitad de cada grupo estudiado (5). Además, para ningún síntoma de esquizofrenia existe evidencia de que sea irreversible (6). Volveremos al tema de la recuperabilidad en el Capítulo 7.

Bleuler divide los síntomas esquizofrénicos en fundamentales y accesorios. Define los síntomas fundamentales como:

«...perturbaciones de la asociación y afectividad, preferencia por la fantasía v/s la realidad, tendencia a separarse de la realidad (autismo), y ausencia de síntomas tan importantes en otras enfermedades, tales como la perturbación primaria de la percepción, de la orientación y la memoria» (7).

Las «cuatro A» de Bleuler son: alteraciones de las *Asociaciones*, la *Afectividad*, el *Autismo* y la *Ambivalencia*, todos síntomas que él consideró fundamentales, y siguen siendo parte importante para diagnóstico del síndrome denominado esquizofrenia.

(4) Id., pág. 9.

(5) HARDING, C. Y STRAUSS, J. (1985): «The Course of Schizophrenia: An Evolving Concept». EN: ALPERT, M. (ED.): *Controversies in Schizophrenia. Changes and Constancies*. The Guilford Press, New York, pág. 340.

(6) FEINBERG, I. (1985): «Commentary». EN: ALPERT, M. (ED.): *Controversies in Schizophrenia. Changes and Constancies*. The Guilford Press, New York, págs. 351-352.

(7) BLEULER, E. (1987): Op. Cit., pág. 14.

Describiré brevemente estos *síntomas fundamentales*:

- *Asociación*

El pensamiento se torna ilógico, a menudo bizarro. Las asociaciones —secuencias coherentes de pensamientos— pierden su continuidad. Esto suele llevar a confusión, y «bloqueo» en los casos más severos, cuando la actividad asociativa se detiene completa y abruptamente. El resultado es que el pensamiento se torna confuso, bizarro, incorrecto, abrupto.

- *Afectividad*

«...una psicosis 'aguda curable' se torna 'crónica' cuando los afectos empiezan a desaparecer. Aun en las formas menos severas de la enfermedad, la indiferencia parece ser la señal externa de su estado» (8).

Sin embargo, Bleuler reconoce que numerosos esquizofrénicos no presentan este síntoma. Además, según él,

«hay muchos esquizofrénicos que demuestran vivos afectos al menos en ciertas direcciones. Entre ellos, los escritores activos, los mejoradores del mundo, los fanáticos de la salud, los fundadores de nuevas religiones (9)» (10). Más adelante señala: «No hay ninguna duda que la capacidad de la psique para producir afectos no ha desaparecido en la esquizofrenia.» (11).

(8) Id., págs. 40-41.

(9) Aquí se está refiriendo a los subtipos en que dividió la esquizofrenia, que se verán más adelante.

(10) BLEULER, E: Op. Cit., págs. 40-41.

(11) Id., pág. 47.

- *Ambivalencia*

«Es la tendencia de la psique esquizofrénica a dotar diversos psiquismos con indicadores negativos y positivos al mismo tiempo y sin explicitarlo» (12).

Puede tratarse de ambivalencia afectiva, de la voluntad y/o intelectual. Por ejemplo, el marido que ama y odia a su mujer simultáneamente; o la persona que quiere comer y no comer al mismo tiempo, lleva la cuchara a la boca muchas veces, pero no come; o la persona que dice «Yo soy un ser humano como usted, aunque no soy un ser humano».

- *Autismo*

«Denominamos autismo al desapego de la realidad, junto con el predominio relativo o absoluto de la vida interior» (13).

Bleuler explica este síntoma señalando que debido a su excesiva sensibilidad, estos pacientes evitan el contacto con la realidad porque sus afectos son tan poderosos que tienen que evitar todo aquello que pueda estimular sus emociones. Por lo tanto su apatía hacia el mundo externo sería secundaria a una sensibilidad hipertrofiada.

«La persona enferma se relaciona con el mundo real tan poco como la persona normal se relaciona con sus sueños» (14).

(12) Id., pág. 63.

(13) Id., pág. 63.

(14) Id., pág. 66.

- *Funciones conservadas*

Bleuler enfatiza que en la esquizofrenia, las funciones simples —sensación, percepción, memoria, conciencia, orientación espacio-temporal y motilidad— no están directamente alteradas. Las alteraciones que aparecen, por ejemplo en la percepción o en la memoria, serían más bien perturbaciones de la atención o del interés. Esto es importante, entre otras cosas, para diferenciarla de las psicosis orgánicas y exógenas, en que estas funciones sí están alteradas.

- *Síntomas accesorios*

Bleuler considera las alucinaciones y las ideas delirantes como síntomas accesorios. Ambos fenómenos se presentan en la fase aguda de la esquizofrenia.

Bleuler concibe las *alucinaciones* como percepciones sin objeto real. Las alucinaciones esquizofrénicas son principalmente *auditivas y cenestésicas* (sensaciones corporales). Casi todos los pacientes esquizofrénicos hospitalizados escuchan voces o ruidos, ocasional o continuamente. Lo más habitual es que las voces amenacen, maldigan, critiquen y consuelen, en frases cortas o palabras bruscas. Para los pacientes, muchas veces estas voces son representantes de poderes hostiles o patológicos. Las voces a menudo son contradictorias y personificarían los deseos y temores de los pacientes.

Las *alucinaciones cenestésicas* o corporales son tan variadas que es imposible describirlas todas. Las más frecuentes son las de carácter sexual, placenteras y displacenteras. También pueden consistir en sensaciones de dolor o sensaciones extrañas en el cuerpo.

Las *alucinaciones del olfato y el gusto* son poco frecuentes. Las *alucinaciones visuales* tampoco son comunes en pacientes lúcidos; aparecen ocasionalmente en estados alucinatorios agudos y en estados confusos.

Sabido es que las alucinaciones esquizofrénicas generalmente son más frecuentes en condiciones de aislamiento y silencio, y disminuyen con la distracción, con el contacto interpersonal, la actividad social y/o laboral.

Por *ideas delirantes* Bleuler se refiere implícitamente al concepto clásico de idea insólita, disparatada, mantenida con certeza irrefutable a través de argumentos lógicos, y que no forma parte de las creencias compartidas por la cultura (15). Los delirios pueden existir simultánea o alternadamente con un pensamiento realista.

Bleuler describe cuatro tipos de ideas delirantes, según el tema que predomina:

- El *delirio persecutorio* es el más frecuente y conocido, y el contenido se refiere a que una o varias personas o fuerzas hostiles persiguen al paciente, intentan dañarlo/la o influir sobre él o ella.
- En el *delirio de grandeza*, la persona se siente superior o superdotada de alguna manera o con alguna misión especial e importante. Si es en la esfera religiosa, es un profeta, o Dios mismo. Habitualmente se combina con el delirio de persecución.
- El *delirio erótico* se relaciona con la idea de que otra persona, en general de mayor status, ama o agrede sexualmente al paciente. Generalmente se combina con los dos tipos de delirio ya mencionados. Puede ser placentero o doloroso.
- En el *delirio hipocondríaco*, la persona piensa que tiene un defecto físico o una enfermedad médica. Las ideas delirantes relacionadas con los órganos del cuerpo son muy frecuentes.

Cabe destacar que hoy en día tanto las alucinaciones como las ideas delirantes no se consideran síntomas accesorios, sino que forman parte de los síntomas positivos de la esquizofrenia (Véase *Otras Clasificaciones* más adelante).

(15) OJEDA, C. (1981): *La Esquizofrenia clásica*. Escuela de Psicología; Universidad Católica de Chile, Santiago

- *Síntomas catatónicos*

Bleuler describe detalladamente los síntomas catatónicos, que son actos de la esfera motora voluntaria. En su época eran más frecuentes. Hoy en día, la catatonía se considera poco común en la esquizofrenia, al menos en sus formas de presentación aguda. Sin embargo, en algunos pacientes crónicos con esquizofrenia aún se observan fenómenos catatónicos (16). Solamente nombraré y describiré brevemente estos síntomas.

- *Catalepsia*: la postura del cuerpo mantenida por largo tiempo; puede ser rígida o flexible.
- *Estupor*: reacción disminuida o ausente frente al medio.
- *Hiperkinesia*: movimiento constante, sin sentido.
- *Estereotipias*: actos que se repiten y se van abreviando a lo largo del tiempo, por lo cual resultan incomprensibles para el observador. Por ejemplo, estereotipia de movimiento sería frotar el pulgar izquierdo con la mano derecha intensamente durante años; de acción sería sacarse el cabello con un patrón definido; de postura sería estar recostados tranquilamente sobre la cama, con la cabeza levantada; de dibujar sería dibujar el mismo tema una y otra vez simplificándolo hasta que es imposible reconocer qué es.
- *Amaneramiento*: poses —como imitando a algún personaje— que con el tiempo se tornan incomprensibles.
- *Negativismo*: es una reacción que es en el sentido contrario al esperado. La persona no quiere o no puede hacer lo que se espera de ella.
- *Obediencia automática y ecoapraxia* (imitación).
- *Automatismos*: movimientos involuntarios compulsivos.
- *Impulsividad*.

(16) MACKENNA, P.J. (1994): *Schizophrenia and Related Syndromes*. Oxford University Press, New York, pág.18.

Todos estos síntomas, que han ocupado innumerables páginas en la literatura psiquiátrica, ya no son más que remanentes en pacientes crónicos de hospitales psiquiátricos.

SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Bleuler dividió la esquizofrenia en cuatro subtipos: paranoide, catatonía, hebefrenia y esquizofrenia simple. Estas clasificaciones se usan hasta hoy en día con algunas modificaciones. El DSM IV define los subtipos según los síntomas predominantes en el momento de la evaluación, y los clasifica en paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual. Actualmente estas clasificaciones no tienen gran relevancia para el tratamiento, porque muchas veces los pacientes cambian de un subtipo a otro, y se ha visto que pueden ser etapas dentro de un mismo proceso.

Posteriormente se han hecho sólo modificaciones menores al esquema de Bleuler. La más importante es la identificación de los síntomas de primer orden hecha por Kurt Schneider (17), síntomas que él consideró patognomónicos (18) de la esquizofrenia. Estos son:

SÍNTOMAS DE PRIMER ORDEN SEGÚN KURT SCHNEIDER

- Sonorización del pensamiento (la sensación de que el pensamiento de uno es escuchado por los demás).
- Oír voces que dialogan entre sí.
- Oír voces que comentan las propias acciones.
- Vivencias de estar controlado/a físicamente desde afuera.
- Divulgación o difusión del pensamiento.
- Percepción delirante.

(17) OJEDA, C. (1981): Op. Cit.

(18) Patognomónico: si aparece uno de estos síntomas, es signo de que hay esquizofrenia.

- Sensación de que las emociones, los deseos y la voluntad están controlados desde afuera.

Para Schneider,

«Cuando uno de estos modos de experiencia (los síntomas de primer orden) se manifiesta con certeza, y no se encuentra evidencia de enfermedad física subyacente, con toda modestia, estamos hablando clínicamente de esquizofrenia» (19).

Este concepto ha sido muy utilizado, por razones metodológicas, por la psiquiatría anglo-americana. Posteriormente, se han desarrollado e investigado muchos otros modelos y teorías, entre las cuales la Teoría de la Vulnerabilidad es una visión relativamente nueva, amplia e inclusiva, pues abarca las teorías más importantes.

TEORÍA DE LA VULNERABILIDAD

Este modelo se basa en las descripciones del psicólogo infantil suizo Jean Piaget, que permiten comprender la evolución psíquica del individuo como la construcción de una estructura jerárquica de programas internos o sistemas de referencia cognitivos y afectivos. Esta construcción es influenciada por las características biológicas y las experiencias vitales de las personas.

Algunos autores cuestionan el concepto tradicional de la esquizofrenia como «una enfermedad», o incluso como un grupo de enfermedades (20). De hecho, no ha existido acuerdo sobre causas comunes ni definiciones sa-

(19) HOENIG, ED: BERRÍOS, G. y PORTER, R. (EDS.) (1995): *A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders*. Atholon, Londres, pág. 345.

(20) CIOMPI, L. (1984): «Is there really a Schizophrenia? The Long-term Course of Psychotic Phenomena». *British Journal of Psychiatry*, 145. Págs. 636-640.

tisfactorias de los trastornos esquizofrénicos. Los estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que no existe un curso uniforme de la esquizofrenia. Debido a esto, se ha desarrollado una formulación alternativa, en un intento por comprender los fenómenos esquizofreniformes desde una perspectiva sistémica y de seguimiento a largo plazo.

El modelo de vulnerabilidad fue propuesto por Zubin y Spring en 1977. Desde esta visión, los fenómenos esquizofreniformes son multideterminados y multiformes, y no es posible delimitarlos con claridad.

De acuerdo a la Teoría de la Vulnerabilidad, la evolución a largo plazo de las manifestaciones esquizofrénicas puede dividirse en líneas generales en tres fases principales: fase pre-mórbida, fase aguda y fase crónica (21).

a) Fase pré-mórbida

En la *fase pré-mórbida* los siguientes factores biológicos y psicosociales podrían contribuir a la génesis de la esquizofrenia:

- anormalidades que vienen genéticamente determinadas;
- daño cerebral pre- y peri-natal;
- perturbación temprana de la relación madre-hijo;
- patrones ambiguos y contradictorios de comunicación familiar.

Estos factores, en combinaciones variables, llevarían, a través de un círculo vicioso, a resultados semejantes, y en particular, a una deficiencia en el procesamiento de información. Una estructura de personalidad pre-mórbida vulnerable es el resultado final de interacciones complejas entre el sustrato biológico de la persona, y la información psicosocial que ésta recibe.

(21) CIOMPI, L. (1984): Op. Cit., págs. 636-640.

b) Fase aguda

La *fase aguda* comprende la aparición de fenómenos psicóticos agudos productivos, *que serían producto de una sobre-exigencia a un sistema vulnerable de procesamiento de la información*. Frente a situaciones estresantes, casi todo el mundo presenta síntomas de tensión, ansiedad, confusión, etc., que eventualmente pueden progresar a fenómenos psicóticos auténticos de despersonalización, pérdida del sentido de realidad, e incluso delirios y alucinaciones. Las personas con tendencia a la esquizofrenia se distinguen de la mayoría principalmente por su baja capacidad de procesar información. En esta fase, no cabe ninguna duda que las interacciones complejas entre los factores biológicos y los psicosociales juegan un papel central. Los patrones psicóticos de pensamiento, sentimiento y conducta *deben comprenderse como nuevos estados patológicos de equilibrio, alcanzados por un sistema de procesamiento de información bajo el efecto de sobre-estimulación crítica*.

Es muy importante destacar que no todos los individuos vulnerables que enfrentan situaciones vitales estresantes desarrollan un episodio psicótico (ver Capítulo 2). Cuando las variables moderadoras como la personalidad pre-mórbida, las redes y ambientes sociales, son favorables, éstas pueden suavizar el impacto de los factores estresantes, y el episodio se evita (22).

c) Fase crónica

La *fase crónica* se caracteriza por síntomas opuestos a la sintomatología aguda —desmotivación, apatía, aplanamiento afectivo—, y que podrían ser interpretados como una reacción exagerada a la sobre-estimulación que gatilló el episodio psicótico, y luego, a los síntomas experimentados durante dicho episodio. Sin embargo, se ha encontrado que esta tercera fase afecta sólo a

(22) ZUBIN, J.; STEINHAEUER, S. R.; DAY, R.; VAN KAMMEN, D. (1985): Paul Hoch Award Address. En: ALPERT, M. (ED.): *Controversies in Schizophrenia. Changes and Constancies*. The Guilford Press, New York, pág. 56.

una minoría de los pacientes. Muchos estudios concluyen que el pronóstico a largo plazo de la esquizofrenia es considerablemente mejor de lo que se pensaba hasta ahora. Incluso en edades avanzadas es posible encontrar mejoras notables. Por supuesto que esto depende de los factores bio-psicosociales ya mencionados.

Una adaptación social armónica en la fase pre-mórbida, un comienzo agudo, un cuadro clínico inicial con síntomas de primer orden (cuadro productivo), y un curso en fases se relacionan *estadísticamente* con una evolución favorable a largo plazo (23).

En vista de todo esto, no es posible delimitar claramente una enfermedad esquizofrénica, con causas definidas y con un cuadro o curso psicopatológico típico. Más bien, lo que existe es un proceso vital con múltiples condicionantes, que ocurre en personas con una vulnerabilidad particular, que interactúa con eventos vitales y circunstancias complejas, y se manifiesta de maneras muy diversas. Esta nueva perspectiva tiene importantes consecuencias para la prevención y el tratamiento.

La tesis que hemos presentado aquí desafía la perspectiva establecida por la psiquiatría tradicional, y provee una nueva mirada de este desorden, que Zubin describe claramente:

«A diferencia de la visión tradicional, que sostiene que la persona diagnosticada con esquizofrenia es esencialmente enferma y puede presentar períodos intermitentes de bienestar, la nueva visión sostiene que esta persona está esencialmente bien, pero puede presentar uno o más episodios intermitentes de enfermedad» (24).

(23) CIOMPI, L. (1988): *The Psyche and Schizophrenia*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, pág. 195.

(24) ZUBIN ET. AL.: Op. Cit., pág. 57.

Este enfoque desafía la idea de que la cronicidad es una parte intrínseca de la esquizofrenia. *Sostiene que la característica persistente de este desorden no es su existencia continua, sino la presencia de una vulnerabilidad que puede conducir o no a un episodio psicótico.* No considera que la genética sea un factor causal necesario ni suficiente, y tampoco la considera como el único agente etiológico posible. Muchos de los síntomas residuales enmascarados como cronicidad pueden ser producto de la reacción del propio individuo, de su grupo de pares y de la sociedad como un todo, al episodio agudo presentado. También pueden ser reflejo del regreso a una personalidad pre-mórbida pobre una vez terminado el episodio, o bien del ambiente dañino al cual el paciente regresa.

OTRAS CLASIFICACIONES

Un reciente desarrollo de las clasificaciones de los síntomas de la esquizofrenia es la propuesta por Crow en 1980, quien la separa en dos cuadros diferentes: el tipo I y el tipo II (25).

a) Tipo I según Crow

Los síntomas característicos del tipo I son los delirios y alucinaciones; se piensa que el proceso patológico se debería a un aumento de la dopamina; no existe un trastorno cognitivo (trastornos del pensamiento, incoherencia); hay una buena respuesta a los antipsicóticos y se trata de un cuadro reversible.

b) Tipo II según Crow

Los síntomas característicos del tipo II son aplanamiento afectivo y pobreza de pensamiento; el proceso patológico es un trastorno estructural; el

(25) REYNAUD, M. (1991): *Le Traitement des Schizophrènes*. Éditions Frison-Roche, París. Pág. 17.

trastorno cognitivo está presente algunas veces; la respuesta a los antipsicóticos y el pronóstico son pobres.

Esta descripción coincide con la división entre esquizofrenia aguda y crónica, que según muchos autores, y según mi propia experiencia, serían dos fases de un proceso longitudinal. La buena noticia es que las investigaciones actuales están demostrando cada vez con mayor claridad, que

«...en la gran mayoría de los casos, [la esquizofrenia] es una condición episódica que no necesariamente conduce a los estados de déficit crónico que esperamos y aceptamos como una profecía autocumplida» (26).

Otra clasificación de los síntomas de la esquizofrenia que se ha utilizado recientemente es la de síntomas positivos y negativos.

Síntomas positivos de la esquizofrenia

Los síntomas positivos son aquellos en que se presentan fenómenos psíquicos anormales, como trastornos del curso del pensamiento, delirios y alucinaciones, generalmente auditivas.

Síntomas negativos de la esquizofrenia

Los síntomas negativos son aquellos que manifiestan ausencia o disminución de funciones normales (por ejemplo, aislamiento social, inactividad, falta de iniciativa y apatía emocional).

Los síntomas positivos se presentan en la fase aguda, y los síntomas negativos en la fase crónica. Esta clasificación es útil porque permite determinar en qué etapa se encuentra el paciente, y por lo tanto, cuál es el tratamiento adecuado. Por otra parte, es vital informar a la familia sobre los síntomas negativos, para que sepa que son parte de la enfermedad, y no se trata de

(26) ZUBIN ET. AL.: Op. Cit., pág. 72.

«flojera». También es importante informar a la familia sobre los síntomas positivos y que éstos cederán una vez superada la fase aguda.

LAS PSICOSIS

Originalmente, la palabra «psicosis» sólo significaba cualquier enfermedad de la psique. Hoy se usa normalmente para definir una grave incapacidad de las funciones del juicio de realidad. Esto lleva a sacar deducciones incorrectas con respecto a la realidad externa (27). Las psicosis son trastornos mentales severos, cuyo síntoma común es una desconexión, negación y/o sustitución de la realidad.

En el DSM IV (28) se describen los siguientes trastornos psicóticos:

- Esquizofrenia y trastornos esquizofreniformes
- Trastornos esquizoafectivos: Tipo Bipolar o Tipo Depresivo
- Trastorno psicótico breve
- Trastorno psicótico debido a una enfermedad
- Trastorno psicótico por abuso de sustancias
- Trastorno psicótico no especificado: Psicosis postparto y otros

A esta clasificación del DSM IV yo agregaría:

- Trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos (no figuran en el DSM IV como trastornos psicóticos, sino como trastornos del estado de ánimo, pero yo los incluyo aquí, porque pueden tener un componente psicótico importante. Es fundamental distinguirlos de los trastornos esquizofrénicos.)

(27) CIOMPI, L.: Op. Cit., pág. 196.

(28) LÓPEZ-IBOR, J. (1998): *DSM-IV Breviario. Criterios Diagnósticos*. Masson, Barcelona.

Según el DSM IV, la *esquizofrenia* se caracteriza por tener dos o más de los siguientes síntomas positivos durante alrededor de un mes:

- Ideas delirantes
- Alucinaciones (especialmente auditivas)
- Lenguaje desorganizado o incoherente
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- Síntomas negativos: aplanamiento afectivo o abulia

Otro síntoma que puede estar presente en la esquizofrenia es la disfunción social/laboral, donde ésta y/o el autocuidado están claramente por debajo del nivel previo al trastorno.

Para establecer el diagnóstico de esquizofrenia, el conjunto de síntomas debe durar al menos seis meses, incluyendo síntomas positivos, negativos o residuales (síntomas positivos atenuados).

El hecho de que se necesiten seis meses para poder determinar si hay o no esquizofrenia nos indica la dificultad y fragilidad de este diagnóstico, puesto que en verdad ninguno de los síntomas por sí mismo, y ninguna combinación específica de ellos, nos pueden dar un diagnóstico seguro.

Los *trastornos esquizofreniformes* son similares a la esquizofrenia y comparten algunos de sus síntomas (como alucinaciones y delirios), pero el episodio dura al menos un mes y menos de seis meses. Pueden presentar características de buen pronóstico, como por ejemplo buena actividad social y laboral anterior al episodio, y ausencia de aplanamiento (apatía, inactividad) o embotamiento afectivo.

Los *trastornos esquizoafectivos* también presentan síntomas comunes con la esquizofrenia, y además en algún momento se presenta un episodio depresivo mayor, o un episodio maníaco o mixto. En estos casos el tratamiento medicamentoso se realiza con antipsicóticos.

En los *trastornos psicóticos breves* se presentan algunos de los síntomas positivos de la esquizofrenia y su duración es de al menos un día e inferior a un

mes. Un tipo es la psicosis reactiva breve, en la cual los síntomas se presentan poco después de acontecimientos claramente estresantes.

En los *trastornos psicóticos debido a una enfermedad médica*, aparecen ideas delirantes y/o alucinaciones como un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica (por ejemplo una patología infecciosa o degenerativa).

Trastornos psicóticos inducidos por sustancias. También pueden aparecer estos síntomas (ideas delirantes y/o alucinaciones) por consumo de drogas o alcohol. A estos dos tipos también se les llama *psicosis exógenas*. En ambos casos el tratamiento debe apuntar a la causa de base y a la sintomatología psicótica si es necesario.

La *psicosis postparto*, como su nombre lo indica, consiste en la aparición de síntomas psicóticos después de dar a luz. Requiere de un tratamiento medicamentoso y psicológico.

Por otra parte, los *trastornos del ánimo*, como la depresión mayor y los cuadros bipolares (en los que se alternan depresión y manía), pueden presentar episodios psicóticos, pero se diferencian de los trastornos esquizoafectivos en que lo que predomina son los síntomas afectivos (depresivos y/o maníacos). Estos responden a medicamentos antidepresivos y estabilizadores del ánimo; durante los episodios psicóticos los síntomas se tratan con antipsicóticos.

* * *

Ahora que hemos definido a *grosso modo* qué es la psicosis, y en particular la esquizofrenia —siempre se podría decir muchísimo más—, quisiera enunciar algunas ideas que me parecen fundamentales.

A) *La esquizofrenia es una condición multideterminada y de carácter episódico*

Conuerdo con la teoría de la vulnerabilidad, que considera a la esquizofrenia como una condición multideterminada. Es inconveniente simplificar las causas —y por lo tanto, los tratamientos— como se ha hecho tanto; no basta con tratar aspectos aislados, sino que se requiere de un tratamiento integral. No basta con darle a la persona antipsicóticos; también debe recibir un tratamiento psicosocial, familiar y psicoterapéutico. Además, es necesario un cambio de actitud de la sociedad entera y de las políticas de salud mental.

También es de gran importancia mirar la esquizofrenia como una condición episódica, no crónica, y de pronóstico o evolución muy variable. Considerarla de esta manera implica que las personas que tienen esta condición pueden funcionar en la vida —trabajar, tener una buena vida familiar, disfrutar de espacios recreativos, y otros— con ciertas prevenciones y precauciones. Se trata de personas sanas con episodios enfermos.

La teoría de la vulnerabilidad nos permite pensar en la prevención de los episodios psicóticos. Si se pudiera detectar a las personas vulnerables a la esquizofrenia, e intentar prevenir las situaciones altamente estresantes para ellas, tal vez se podrían evitar muchos episodios psicóticos.

Como se ha visto a lo largo de este capítulo, la esquizofrenia no es una sola, sino una variedad de cuadros distintos que tienen características en común.

B) *Estigma*

Con respecto a la creencia de que las personas con esquizofrenia serían violentas, criminales, peligrosas —idea que las perjudica tanto—, ya Bleuler sostenía:

«Así, en lo concerniente a la moralidad, uno puede confiar en los esquizofrénicos tanto o tan poco como en las

personas normales. (...) Puede afirmarse que hay menos mentiras, robos, estafas y calumnias entre los pacientes que entre los sanos» (29).

Siempre que hay un crimen y sobre todo si es algo espantoso, la prensa de inmediato rotula al autor de enfermo mental, esquizofrénico o desquiciado, sin saber realmente lo que están diciendo. Si uno sigue estas noticias, la mayoría de las veces resulta que no era un enfermo mental, ni menos alguien con esquizofrenia. Pero el daño está hecho, y no hay una reparación para los enfermos. Creo que esto debiera ser penado por la ley.

Hay investigaciones que demuestran que es menos probable que los enfermos mentales cometan actos violentos que la población general (30). Otros estudios realizados en Alemania durante más de 10 años han mostrado que las personas con esquizofrenia no cometen ni más ni menos actos de violencia que la población general: aproximadamente 1 caso en 2.000 (31). Esto mejora aún más si están recibiendo el tratamiento adecuado y son bien tratados y aceptados por la sociedad.

Si se desestigmatizara la esquizofrenia y se asumiera como cualquier enfermedad o dificultad, se rompería el círculo vicioso que se produce actualmente cuando se diagnostica una enfermedad mental, ya que la reacción de la familia, la sociedad, y las personas que la tratan, la mayoría de las veces es dañina para el enfermo, empeora y agrava las cosas. Si esta situación cambiara, las consecuencias —y por lo tanto la enfermedad— serían de menor gravedad.

Como un ejemplo de desestigmatización quisiera mencionar lo que ha ocurrido en los últimos tiempos con las personas que tienen Síndrome de Down (a quienes en el pasado se llamaba «mongólicos»). Gracias a buenas campañas de divulgación y educación ha habido un cambio de actitud que ha permitido

(29) BLEULER, E. (1987): Op. Cit., pág. 50.

(30) MULLEN ET. AL. (1994): *Psychosis, Violence and Crime. Forensic Psychiatry*. Editorial Pamela J. Taylor, E.E.U.U.

(31) BÖKER, W. Y HÄFNER, H. (1973). En: CIOMPI, L. (1988): *The psyche and schizofrenia*. Harvard University Press. Mass. y Londres.

que estas personas sean aceptadas y acogidas en colegios, lugares de trabajo y por la sociedad en general, lo que ha resultado muy beneficioso para ellos.

Quiero ilustrar el daño que hace la típica actitud ignorante y prejuiciosa de la comunidad, a través de dos casos clínicos.

a) ROSITA

Rosita es una paciente de la Comunidad Terapéutica Diurna (CTD) de Peñalolén, que llegó al centro con una crisis aguda, con diagnóstico de esquizofrenia crónica. Llevaba largos años de entradas y salidas del Hospital Psiquiátrico.

Cuando llegó a la Comunidad estaba más bien maníaca, maquillada en exceso y sobreactuada, hablaba mucho y fuerte, aun estando sola, con conductas características de personas que están en pabellón de enfermos crónicos en los hospitales.

Vivía cerca de la CTD y por eso la llevó un familiar, en lugar de hospitalizarla. Poco a poco se fue tranquilizando y luego de algunos meses se comportaba como una persona sana, aunque tenía algunas secuelas que bien podrían haber sido más propias del tratamiento hospitalario que de la condición de esquizofrenia. Participaba en las actividades y colaboraba en varias cosas. Incluso entró a trabajar en la Pizzería (taller protegido), donde ganaba algo de dinero. Sin embargo, simultáneamente con esta mejoría, me tocó observar que en la esquina, donde ella esperaba micro, las otras personas que estaban en el paradero se reían de ella y hacían bromas sobre ella, como si no estuviera o no entendiera.

No cabe duda que esta interacción era dañina para ella y era contraria a nuestra acción terapéutica. Ella nunca nos habló de esto y no tenemos manera de saber exactamente cuánto retrasó o impidió una recuperación mayor.

Esto es un ejemplo de cómo los prejuicios de los vecinos, que ya la conocían de antes y sabían de sus anteriores hospitalizaciones se mantienen y pueden causar daño a una persona en recuperación.

b) MATILDE

En 1990, cuando recién estaba terminando la dictadura en Chile y se estaba iniciando la CTD en la comuna de Peñalolén (Capítulo 6), supimos de una mujer que sufría trastornos mentales, a quien su familia mantenía encerrada en una pieza con llave para cuidarla (32). Al principio nos topamos con una fuerte resistencia de la familia para dejarla salir; no la mandaban a la Comunidad argumentando todo tipo de pretextos. Ocasionalmente su cuñada asistía a las reuniones de familiares donde defendía este encierro por lo funcional que resultaba para ellos, pues así evitaban que se les escapara y no tenían que «soportar sus arranques». Además, según ella, Matilde no hacía nada bien.

Matilde tenía un diagnóstico de esquizofrenia y al ingresar a la comunidad estaba sin medicación, la que le fue indicada por el médico de la CTD, desde su ingreso.

Después de grandes esfuerzos, poco a poco, se logró que Matilde participara en la Comunidad. Su asistencia fue muy irregular al comienzo pues había que llevarla y traerla. Uno de los problemas —nos enteramos por otra vecina— era que no tenía ropa para venir. Se la conseguimos y se la mandamos con la vecina, discretamente. Constatamos en ese momento la pérdida total de hábitos sociales a la que había llegado la paciente, de manera que nuestros objetivos en el trabajo con ella fueron en un comienzo, muy básicos. Se trabajó en el restablecimiento de hábitos cotidianos, como el uso de ropa interior, enseñarle a lavarse y a comer. Simultáneamente nos ocupamos de su conducta social: que participara en actividades grupales y cotidianas ateniéndose a las normas de la convivencia, desarrollando su capacidad de trabajar y cooperar.

Matilde fue progresando poco a poco a lo largo de muchos meses. Evolucionó con flexibilidad y debemos decir, más rápido que sus familiares, quienes tenían una larga experiencia de entradas y salidas de hospitales y clíni-

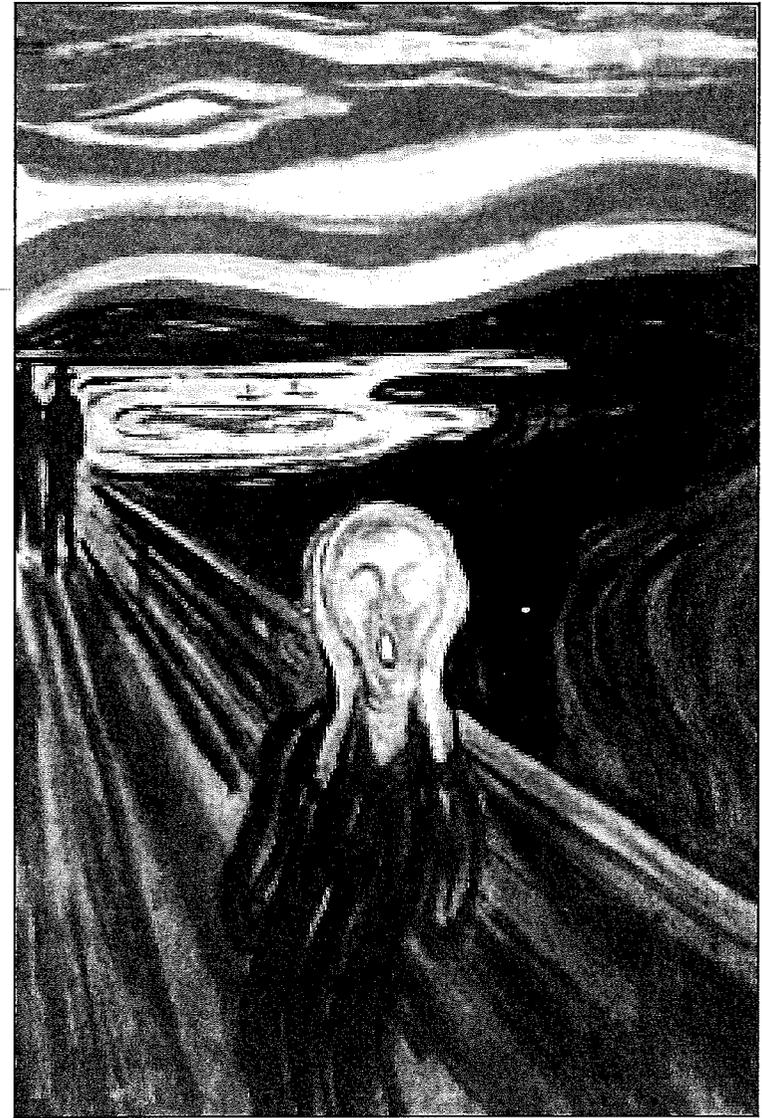
cas en las que nunca nadie les explicó nada de lo que tenían que hacer, ni en qué consistía la enfermedad de Matilde, así es que habían optado por esta solución que les parecía más segura, simple y económica: tenerla encerrada con llave. A los pocos meses Matilde iba y venía sola de la Comunidad. El único problema es que iba también los Domingos, tanto le gustaba.

Resultó ser una prolija y delicada bordadora. Participaba como todos en las más diversas actividades: Terapia Ocupacional, Yoga, Tai-Chi, Reflexología, comisión de desayuno, música, paseos, fiestas y juegos. Sus hábitos de higiene y alimentación evolucionaron lenta y progresivamente. Recibió un tratamiento medicamentoso adecuado y regular.

En reunión de familiares, su cuñada señala lo bien y lo cambiada que está Matilde y lo sorprendidos que están en casa con esta «nueva Matilde». Reconocen lo difícil que ha sido para ellos adaptarse a sus cambios. De hecho al comienzo todavía la encerraban por las tardes y los fines de semana a pesar de que se daban cuenta de lo perjudicial que era esto para ella. Pero después le permitieron que ayudara a barrer la casa por las mañanas, después de almuerzo le permiten quedarse un rato con sus sobrinas —que ya no le temen— viendo televisión. Poco a poco se fueron rescatando sus partes sanas y su valor como persona y miembro de la comunidad. Después la familia se trasladó a vivir a Arica, llevándose a Matilde con ellos y de vez en cuando nos llega una carta contándonos sobre lo bien que está.

En este ejemplo se puede ver cómo la ignorancia, los prejuicios y la escasa información que tenía la familia —a pesar de las numerosas hospitalizaciones—, condujeron a que esta mujer sufriera no sólo tratamientos inadecuados e inútiles, sino que estuviera encerrada por años en muy malas condiciones. Aun así, al recibir tratamiento adecuado, no sólo medicamentoso, sino de la familia, la comunidad, y la rehabilitación en la CTD, mejoró tanto que podríamos postular que si hubiera recibido el tratamiento adecuado desde el comienzo habría tenido una mejoría casi total.

(32) Esta historia clínica fue elaborada por Loreto Rosellot, psicóloga de la CTD.



Edvard Munch (1863-1944), El Grito.

CAPÍTULO 2.

HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA

«La historia de la esquizofrenia es en realidad la historia de las psicosis en general, ya que del conjunto de lo que al comienzo de la ciencia psiquiátrica se agrupó bajo los nombres de enfermedad mental, enfermedad psíquica, enfermedad alucinatoria, desorden mental y alienación, las psicosis exógenas se separaron cada vez más y el verdadero núcleo del desorden mental que permaneció fue sólo la esquizofrenia» (33).

La historia de la esquizofrenia es compleja, con muchas incertidumbres y preguntas aún abiertas. Antes del Cristianismo y en otras visiones del mundo, los trastornos mentales se relacionaban con lo sagrado. La epilepsia, por ejemplo, era la enfermedad sagrada entre los griegos. Augures romanos y profetas bíblicos que eran venerados en el pasado, posiblemente hoy serían diagnosticados.

La Edad Media se caracterizó por una relación entre los demonios y la locura; con el Cristianismo se «demonizaron» los dioses paganos, y los trastornos mentales fueron vistos como posesiones diabólicas. Cuando se consideraba al insano como poseído se le exorcizaba, o bien, se le consideraba

(33) GRUHLE, H. (1932). En: BERRIOS, G.; PORTER, R. (EDS.) (1995): *A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders*. Atholn, London, pág. 340.

criminal y era enviado a prisión. La teoría demonológica culminó en el siglo XV con la publicación del *Malleus Maleficarum*, texto sobre el diagnóstico y tratamiento de la brujería, apoyado por el Papa Inocente VIII y otras eminencias, como una manera de liberar al mundo de la herejía. Este fue el manual de la Inquisición. Hay numerosos relatos sobre castigos crueles e inhumanos llevados a cabo con esta justificación (34).

El historiador francés Michel Foucault sostiene que «la experiencia clásica de la locura» —o sea, ingresar a un hospital para un cierto tratamiento— se iniciaría en 1656, con la fundación del Hospital General en París (35). En este período, el *establishment* médico o de salud mental se adueñó de la patología y de la salud. Antes de eso, los locos eran encerrados con los demás «indeseables» de la sociedad y no recibían tratamiento. Foucault sostiene que los locos eran maltratados públicamente, se les echaba de las ciudades y recibían toda clase de tratos discriminatorios.

Alrededor de 1750, la locura o insanía tendía a ser considerada como un estado de todo o nada que se relacionaba con el cuerpo de una manera abstracta. En esta visión, la mente estaba completamente alienada y no existían conceptos que dieran cuenta de «locuras parciales», a pesar de que médicos y abogados sugirieron la existencia de dichos estados (36). La amplia aceptación de esta visión absoluta pasó desapercibida por el hecho de que, desde Locke (antes de 1800), la locura se definía en términos exclusivamente intelectuales.

Pocos saben que Kant desarrolló una clasificación de la locura (1774), basada en qué facultad mental estaba involucrada. Aunque en ella incluía formas parciales de locura, en la vida diaria se consideraba que los locos «habían perdido la razón». Tampoco parecen haber existido conceptos que distinguieran «remisión», «mejoría» y «cura». Por ejemplo, el concepto de

(34) RAPPAPORT, J. (1977): *Community Psychology Values, Research*. Holt, Rinehart & Winston, New York.

(35) FOUCAULT. EN: ELIZUR, J. Y MINUCHIN, S. (1952): *Institutionalizing Madness. Families, Therapy, and Society*. Basic Books, Inc., New York, pág. 12.

(36) WALKER, (1968). EN: BERRIOS, G.; PORTER, R., (EDS.) (1995): Op. Cit., pág. 318.

«intervalo lúcido» (37) fue creado para poder conservar la creencia en un estado de locura subyacente y continuo.

TRATAMIENTO MORAL Y NO RESTRAINT: PINEL, TUKE, CONOLLY Y BROWN

A fines del siglo XVIII, Philippe Pinel, en Francia, y Samuel Tuke, en Inglaterra, aplicaron a los enfermos mentales el *moral treatment*, o tratamiento moral. Se supuso que los enfermos podían entender y responder a un trato positivo, humano, sacándoles las cadenas y todos los tratamientos inhumanos a los que eran sometidos (38). La experiencia de Pinel en el hospital de Bicetre lo convenció de que habitualmente los orígenes de la alienación mental se relacionaban con tristeza y pérdida, y por lo tanto, la locura no provendría de lesiones cerebrales, sino que sería gatillada por pasiones desbordadas (39). Pinel reorganizó primero el hospital de Bicetre y luego La Salpêtrière sobre una base médica. Procedió a una clasificación ordenada de los reclusos en base a los síntomas que presentaban. Con esta clasificación estableció el fin curativo de la intervención represiva.

En 1838, John Conolly en Inglaterra, y W.A.F. Browne en Edimburgo, impulsaron simultáneamente el *no restraint*, un tratamiento que intentaba no reprimir al enfermo mental. Conolly decidió abolir toda forma de contención en el manicomio de Middlesex:

«No se utilizarán más las camisas de fuerza ni las esposas para las manos, ni los grillos para los pies, ni ningún otro elemento que impida los libres movimientos del paciente» (40).

(37) HASLAM, (1809). EN: BERRIOS, G.; PORTER, R., (EDS.) (1995): Op. Cit., pág. 318.

(38) HUNEBUS, T. (1993): «Psicoterapia en Psicosis». *Revista Terapia Psicológica*, Año XI, N° 20, págs. 49-54.

(39) BERRIOS, G.; PORTER, R., (EDS.) (1995): Op. Cit., pág. 317.

(40) Id., pág. 48.

En 1856 el Dr. Conolly publicó *El tratamiento de los enfermos mentales sin métodos represivos mecánicos*, donde señala: «Cuando un paciente es maniatado se pierde todo tipo de consideración hacia él» (41).

A lo largo de toda su vida, Conolly demostró constantemente su consideración, solidaridad y respeto por los enfermos mentales. Fue muy cauto con muchos tratamientos, aun con los que eran aparentemente más humanitarios, porque siempre sostuvo que había que tener mucho cuidado con la tenue barrera que separaba al tratamiento de la simple represión.

AISLAMIENTO Y CONTROL SOCIAL: E. ESQUIROL (1772-1840)

Esquirol representa la primera generación de médicos que se dedicó exclusivamente a la enfermedad mental (primeras décadas del siglo XIX). Él plantea:

«El aislamiento de los alienados (*secuestro, confinamiento*) consiste en sustraer al alienado de todas sus costumbres, alejándolo de los lugares donde habita, separándolo de su familia, de sus amigos, de su servidumbre; rodeándolo de extraños, cambiando su tenor de vida. El objetivo del aislamiento es modificar la dirección viciosa de la inteligencia y de los afectos de los alienados: es el medio más enérgico y por lo regular el más útil para combatir las enfermedades mentales» (42).

Para Esquirol el *aislamiento* es una medida terapéutica basada en la necesidad médica de frenar la principal manifestación de la enfermedad mental: el delirio. La justifica desde un punto de vista médico, aunque reconoce que

(41) CONOLLY, J. (1856). En: BERKE, J. (1980): *Aquí no me tuve que volver loca*. Editorial Fundamentos, Santiago. Pág. 48.

(42) CASTEL, R. En: BASAGLIA Y COLS. (1977): *Los crímenes de la paz*, Siglo XXI, México, pág. 154.

aislamiento equivale a secuestro. Ya en 1818 él conduce una encuesta sobre la situación de los alienados, a petición del Ministerio del Interior, preocupado por los innumerables problemas de orden administrativo, jurídico y financiero que plantean los «insensatos». Surgen en ese momento exigencias «administrativas policiales» por un lado, y por otro, nociones «médico humanistas». Ambas coinciden en la conveniencia del *secuestro-aislamiento*, y *el establecimiento especial* es la «feliz» síntesis de ambas orientaciones. El poder-saber médico se ha unido con la autoridad represiva; la psiquiatría se impone como una nueva especialidad, ratificando la exigencia social de la época: la segregación de una categoría «peligrosa» y su reclusión en un espacio cerrado (43).

Esta alianza perduró hasta que fue denunciada por la «antipsiquiatría» y combatida por la reforma psiquiátrica liderada por Franco Basaglia, en Italia. A pesar de la oposición que ha tenido, esta alianza aún permanece, en parte, en la psiquiatría tradicional.

EMIL KRAEPELIN (1855-1926)

El comienzo de la historia de la esquizofrenia propiamente tal es definido e inequívoco. Comenzó hace poco más de cien años, en 1893, cuando Emil Kraepelin la introdujo como una entidad diagnóstica en su texto de psiquiatría, bajo el nombre de «Dementia Praecox». Este fue sólo el comienzo del desarrollo de este concepto; sus puntos de vista al respecto nunca se detuvieron. Sólo en la cuarta edición de su notable *Lehrbuch* introduce el término dentro del grupo de los procesos degenerativos.

Benedict Agustín Morel, psiquiatra francés (1809-1873), había utilizado el término *Dementia Praecox*. Morel también había introducido el concepto de *degenerance* (degeneración), que tuvo una clara influencia en Kraepelin y lo llevó a incluir la *dementia praecox* en el grupo de los procesos degenerativos del sistema nervioso.

(43) Id.

Después de 1857, la «Teoría de la Degeneración» llegó a ser un factor importante para la organización de las clasificaciones psiquiátricas francesas y también del resto de Europa. Aunque el tinte hereditario había sido considerado en relación con la locura antes de eso, fue el trabajo de Morel el que lo puso de moda. Abiertamente lamarkiana (44) e inspirada en el dogma de pecado original, su teoría de la degeneración incluía la idea de que la enfermedad mental que afectaba a una generación podía afectar a la próxima en un grado cada vez mayor. Así, la melancolía o la manía llevaban a la demencia o eventualmente a la idiotez. Los dos mecanismos involucrados eran la transmisión y la degradación de la semilla manchada. Esta teoría ofrecía a los *alienistas* (los que cuidaban a los alienados o enajenados) una hipótesis genética creíble, ya que la expresión de esta mancha hereditaria era no sólo conductual, sino también física. Creyeron reconocer los estigmas de degeneración, como dientes, orejas y cabezas deformes (45). Se buscaron mecanismos del inicio y de mantención del proceso de degeneración y se pensó que el alcoholismo y la masturbación tenían un rol prominente en este. Luego de varias generaciones, la esterilidad terminaba con esta cadena deteriorante.

Más adelante, Valentín Magnan, otro psiquiatra francés, completó la incorporación de la teoría de la degeneración en la psiquiatría, limpiándola de sus matices abiertamente religiosos y morales, haciéndola digerible para el ámbito científico francés, fuertemente anti-religioso. Lo hizo ubicando el proceso de degeneración firmemente en el cerebro.

Estas teorías trajeron consecuencias dañinas y duraderas para la psiquiatría, y por lo tanto, para los enfermos mentales. Mucho tiempo después, Karl Jaspers (1883-1969) influyente filósofo y psiquiatra alemán, colocó esta idea en un panorama histórico en su *Psicopatología General*:

«Morel y Magnan comprendieron intuitivamente, no en una forma conceptual precisa, la importancia de la herencia y de la degeneración. Ellos vieron los tipos de enferme-

(44) Esta visión plantea que los caracteres adquiridos se heredan.

(45) TALBOT, (1886). EN: BERRIOS, G.; PORTER, R., (EDS.) (1995): Op. Cit.

dades mentales y degenerativas y con ellas, la diferenciación entre las psicosis endógenas y exógenas» (46).

Como dijimos, la verdadera historia de las psicosis y en especial de la esquizofrenia, comienza con Kraepelin, quien estaba fuertemente influenciado por las ideas expuestas anteriormente.

La clasificación kraepeliana de las psicosis gobierna el pensamiento psiquiátrico del siglo XX y la investigación neurobiológica (47).

Kraepelin intentó unificar la psiquiatría en el plano clínico y científico, especialmente aplicando métodos cuantitativos propios de las ciencias naturales. El materialismo filosófico estaba a la base de este proceder.

La clasificación de Kraepelin apuntaba a detectar enfermedades mentales «tal como son creadas por la naturaleza», por ejemplo, entidades naturales de enfermedad. Esta idea básica permaneció sin cambios a través de todos sus trabajos posteriores.

Kraepelin reeditó nueve veces su tratado de psiquiatría (*Lehrbuch*). Como ya dijimos, sólo en la cuarta edición (1893) formuló dos conceptos clínicos: el de proceso psicológico degenerativo, y el de *dementia praecox*. Estos conceptos fueron definidos así:

«El rasgo común de estas enfermedades que agrupamos bajo el nombre de procesos psicológicos degenerativos es el rápido desarrollo de un permanente estado de debilidad psicológica y lo que llamamos *dementia praecox* es el desarrollo sub-agudo de una simple condición de debilidad mental que ocurre en la juventud» (48).

Y en otro texto: «Lo que me convenció de la superioridad del método clínico de diagnóstico, sobre lo tradi-

(46) JASPERS, K. (1959). EN: BERRIOS, G.; PORTER, R., (EDS.) (1995): Op. Cit., pág. 337.

(47) BERRIOS, G.E. & HAUSER, R. EN: BERRIOS, G.; PORTER, R., (EDS.) (1995): Op. Cit.

(48) KRAEPELIN E., (1893). EN: BERRIOS, G.; PORTER, R., (EDS.) (1995): Op. Cit., pág. 336.

cional, fue la certeza con la cual podíamos predecir [en conjunto con nuestro nuevo concepto de enfermedad] el curso futuro de los hechos» (49).

Sus puntos de vista nunca se detuvieron. En cada nueva edición explicaba, casi pidiendo disculpas, las modificaciones que iba haciendo:

«Como las clasificaciones previas demostraron ser insostenibles, se hicieron necesarias agrupaciones radicalmente nuevas...» (50).

Los análisis estadísticos que Kraepelin realizó en base a sus datos clínicos generaron una visión de la enfermedad que estaba a años luz de la tendencia previa en su siglo. Identificó un cuadro clínico y creó una taxonomía para las psicosis.

En la sexta edición (1899) apareció la tan conocida dicotomía de las psicosis endógenas, es decir, la separación de la *dementia praecox*, que tenía según él un mal pronóstico, de la psicosis maníaco-depresiva, con un buen pronóstico, o al menos mejor.

En 1899 había llegado a la conclusión de que dentro de las psicosis endógenas sólo existían la *dementia praecox* y la locura maníaco-depresiva. Este punto de vista ha dominado la psiquiatría por cerca de un siglo.

La psiquiatría de Kraepelin fue tan influyente porque ofreció una clasificación pragmática, orientada hacia la clínica y el pronóstico, desarrollada por un autor seguro de sí mismo, que utilizó métodos de investigación directamente cuantitativos y naturalísticos, y sostuvo que abandonaba lo más posible los aspectos especulativos de la psiquiatría. Él impulsó sobre la posología psiquiátrica una estructura de categorías perdurable, fortalecida hasta cierto punto por datos empíricos. Su contribución al desarrollo del concepto de las psicosis es innegable. Vivió en un período de fuerte predominio del empiricismo.

(49) KRAEPELIN, (1896). En: BERRIOS, G.; PORTER, R., (Eds.) (1995): Op. Cit., pág. 284.

(50) KRAEPELIN, (1887). En: BERRIOS, G.; PORTER, R., (Eds.) (1995): Op. Cit., pág. 336.

El hecho de que la psiquiatría actual vive aún en un mundo kraepeliano, para muchos no es un suceso histórico-conceptual, sino un hecho natural (51).

Aunque los autores neo-kraepelianos claramente favorecen los diagnósticos psiquiátricos operacionalizados, las bases teóricas de estos sistemas diagnósticos, como el DSMIV o el ICD10 (actuales sistemas diagnósticos de enfermedades mentales) no son un resultado directo del concepto kraepeliano. Sus fundamentos filosóficos son demasiado diferentes; por ejemplo, naturalismo en Kraepelin v/s empiricismo lógico en el DSMIV y ICD10. Un aspecto importante es la tendencia de Kraepelin a subestimar los rasgos psicológicos individuales. También subestimó los aspectos cualitativos «subjetivos» y los aspectos contextuales institucionales y sociales —todo esto mediado por su realismo u «objetivismo» filosófico—, al mirar las enfermedades mentales como «cosas reales», que existirían independientemente del investigador y del paciente. Estos criterios no debieran ser adoptados por los que utilizan sistemas diagnósticos operacionalizados modernos, porque esto, desde una perspectiva psicopatológica, obstruiría su valor clínico y de investigación.

EUGEN BLEULER (1857-1939)

Al comienzo, las ideas de Kraepelin no tuvieron mucha aceptación fuera del círculo de sus colaboradores; de hecho, encontraron mucha resistencia. Esto no cambió hasta la aparición del libro de Eugen Bleuler, *Dementia Praecox o el Grupo de las Esquizofrenias* (1911). Este libro, más la octava edición aumentada del texto de Kraepelin en 1913, quebraron el *impasse* y trajeron una aceptación general, no sólo en Alemania sino también en el mundo, a excepción de Francia.

Aunque Kraepelin y Bleuler tenían el mismo material clínico en mente, a Bleuler no le gustaba el nombre *dementia praecox*, debido a que lo encontraba engañoso y dañino para los enfermos jóvenes —ya que no existe demen-

(51) BERRÍOS, G.E. & HAUSER, R. En: BERRIOS, G.; PORTER, R., (Eds.) (1995): Op. Cit.

cia en el sentido de la demencia senil— y por lo tanto, eligió usar la palabra esquizofrenia en el título de su libro (Ver Capítulo 1).

Se produjo una situación paradójica: Kraepelin había establecido una enfermedad sin haber podido nombrar un solo síntoma obligatorio, mientras que Bleuler definía el síntoma obligatorio, pero hablaba de un «grupo de esquizofrenias». Este dilema aún existe, y pesa sobre el límite de la enfermedad, es decir, la decisión de qué caso cae dentro del diagnóstico y cuál debe ser excluido. La aproximación de Bleuler llevó a *agrandar la circunferencia*, especialmente con la introducción de la *esquizofrenia latente* (52).

Esto tuvo consecuencias imprevistas, no sólo para la investigación de la esquizofrenia, sino también para la situación médico-legal de estos pacientes. En 1933, el gobierno nazi había introducido leyes de esterilización para los pacientes con enfermedades hereditarias, para la purificación de la raza. Por esta razón, la pregunta de quién es o no esquizofrénico adquirió una tremenda importancia. Básicamente por esto, los seguidores de Bleuler, principalmente psiquiatras suizos, revisaron estos conceptos.

Un aporte de Bleuler es que distingue los síntomas fundamentales, que tendrían que estar presentes en todos los casos, de los síntomas accesorios, que podrían o no estar presentes, y que también pueden aparecer en otras enfermedades. Así, Bleuler introduce una estructura dentro de los síntomas, cosa que Kraepelin descalifica como pura especulación.

Otra diferencia importante entre Kraepelin y Bleuler es que éste último incorporó en su obra el impacto del psicoanálisis. Estaba en contacto cercano con Sigmund Freud, Karl Abraham y Carl Gustav Jung. Estos dos últimos pertenecieron al equipo de su clínica. Bleuler «entendió» el contenido de los síntomas, los que habitualmente no tenían ningún sentido, pero que en el psicoanálisis se prestaban para la interpretación en relación con los complejos inconscientes. Bleuler y Jung llevaron esta comprensión más allá del contenido de los síntomas y la aplicaron a la existencia misma del síntoma, e incluso a toda la enfermedad.

(52) HOENIG, (1983). En: BERRIOS, G.; PORTER, R., (Eds.) (1995): Op. Cit.

KURT SCHNEIDER (1887-1967)

Más adelante, Kurt Schneider, más conocido por su taxonomía de las psicopatías, tuvo gran influencia, especialmente en la psiquiatría inglesa, con su nueva clasificación de los síntomas primarios y secundarios, que aparece en su texto *Psicopatología Clínica* (Ver Capítulo 1). El trabajo de Kurt Schneider se basaba en una nueva aproximación hacia la psiquiatría, creada por un grupo de trabajo de Heidelberg en las primeras décadas de este siglo. Procedió sobre una base pragmática evitando los constructos teóricos con la intención de facilitar el diagnóstico de esquizofrenia. En concreto su aporte fue su clasificación en síntomas de primer y segundo orden de la esquizofrenia que ha sido muy utilizada hasta el día de hoy.

SIGMUND FREUD (1856-1939)

Con Sigmund Freud, coetáneo de Bleuler, y con el advenimiento del psicoanálisis, se abrieron amplias perspectivas en relación a que la psicosis podía ser comprendida desde el punto de vista psicológico. Este enfoque fue el comienzo de una verdadera revolución con respecto a la perspectiva desde la cual se miraba la psicosis. Freud creó un modelo teórico de la psique, focalizado en los procesos intrapsíquicos del individuo. En este modelo del aparato psíquico los componentes básicos son el Ego (Yo), el Ello y el Super Yo. Aunque Freud no se especializó en psicosis, en 1924 señaló «la psicosis [sería] el desenlace análogo de una perturbación entre el Yo y el mundo exterior» (53).

Las corrientes psicoanalíticas posteriores plantean que las raíces de la psicosis estarían en las relaciones interpersonales de los primeros años de vida del individuo, además de una predisposición estructural. El Ego —la parte que regula y controla el equilibrio entre el mundo interno de la persona y el mun-

(53) FREUD, S. (1948): *V Ensayos*. En: *Obras Completas*. Vol. II, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid.

do externo— ha permanecido frágil, y se quiebra con el comienzo de la psicosis. Esto se manifiesta como pánico acompañado de paranoia. Tras la etapa de pánico, las funciones del Ego se reorganizan, aunque de manera diferente (54).

Con el vuelco que le dio el psicoanálisis a la psiquiatría —hasta ese momento los pacientes mentales eran considerados inaccesibles a la comprensión racional— se debilitó la posición de la psiquiatría represiva.

Diversos psicoanalistas, como Melanie Klein y Frida von Reichmann, han hecho contribuciones importantes al estudio y comprensión de la psicosis.

TEORÍAS SISTÉMICAS Y CORRIENTES POST-FREUDIANAS

Después del psicoanálisis, una de las teorías que ha tenido mayor importancia para el tratamiento de las psicosis ha sido la teoría sistémica. El origen del pensamiento sistémico se remonta al biólogo Austríaco Ludwig von Bertalanffy, quien formuló sus ideas en el año 1928.

La teoría general de sistemas abarca todas las disciplinas científicas. Su postulado central es que el observador debe dirigir su atención desde los procesos que ocurren en ciertas unidades o individuos hacia los sistemas totales de los cuales estas unidades forman parte. Los conceptos de la teoría de sistemas han sido aplicados al campo de la psicología, en especial a la terapia familiar sistémica.

Las perturbaciones en un miembro de la familia ya no se ven ni se tratan como expresión de problemas individuales originados en la historia personal, sino como evidencia de procesos dinámicos que ocurren en el aquí y ahora en la familia completa. Los principales exponentes de esta teoría y terapia son: Haley y Hoffman, Watzlawick, Bowen, Minuchin, Selvini-Palazzoli, Andolfi y otros. La teoría sistémica está muy relacionada con la moderna teoría de la comunicación y de la información (55).

(54) HUNEEUS, T. (1993): Op. Cit.

(55) CIOMPI, L. (1988): *The Psyche and Schizophrenia*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Muchos de los primeros terapeutas familiares se habían formado en psicoanálisis, y cuando en 1948 Frieda Fromm-Reichmann se refirió a la «madre esquizofrenógena», los psicoanalistas y terapeutas familiares se concentraron casi exclusivamente en la relación entre la madre y el niño, en busca de una conexión entre los eventos intrapsíquicos y los eventos familiares (56).

Al comienzo encontraron bastante evidencia que apoyaba la hipótesis de que muchas madres eran responsables, en cierto grado, de las psicosis de sus hijos. Se trataba de un hijo/a con esquizofrenia, víctima de una madre narcisista explotadora, muchas veces en interacción con un padre débil. Así, la madre fue vista como la causante de la miseria en estas familias. Sin embargo, posteriormente estas teorías se modificaron sobre bases prácticas y también teóricas. Resultó mucho más útil, en términos terapéuticos, acentuar los esfuerzos y logros positivos de las madres.

En 1956, Gregory Bateson publicó un ensayo titulado «*Hacia una teoría de la Esquizofrenia*», en conjunto con Jackson, Haley y Weakland. Ellos describieron en detalle y por primera vez un mecanismo que estaría relacionado con el origen de la esquizofrenia y que llamaron «*el doble vínculo*» (57).

Lo que habían descubierto era la existencia de *patrones de comunicación extremadamente confusos y paradójales en la familia* del individuo que desarrollaba los síntomas, o sea, el «paciente identificado». Este ensayo gatilló una cantidad de publicaciones sobre las perturbaciones en la comunicación esquizofrénica. Aparecieron nuevas técnicas terapéuticas para tratar a la familia completa y nuevas maneras de comprender el ambiente social y familiar del paciente identificado. Con el paso del tiempo se fue descubriendo que estas formas perturbadas de comunicación, incluyendo el doble vínculo, también aparecían en familias con otras patologías mentales, e incluso se encontraban en familias normales, aunque de manera menos extrema.

A pesar de las críticas y objeciones, investigaciones posteriores han confirmado la existencia no sólo del doble vínculo, sino también de otras formas de comunicación ambiguas y confusas en familias de psicóticos. Ade-

(56) CIOMPI, L. (1988): Op. Cit., pág. 159.

(57) Id., pág. 127.

más, algunos investigadores y terapeutas familiares han utilizado estas ideas de Bateson para crear conceptos y terapias útiles. Helm Stierlin, en Heidelberg, desarrolló el concepto de «delegación» y «misión imposible» a través de la cual algunos padres de esquizofrénicos lanzan a sus hijos a un dilema existencial insoluble. Mara Selvini Palazzoli y sus colegas en Milán, utilizaron técnicas dramáticas para neutralizar las paradojas ocultas en la comunicación familiar. Para comprender el rol que las contradicciones y el doble vínculo juegan en las psicosis a nivel intrapsíquico y familiar, también resulta muy útil incluir los conceptos nuevos del psicoanálisis —en especial de Otto Kernberg— respecto a la génesis y estructura de las *relaciones objetales* internalizadas.

La visión psicoanalítica sobre la naturaleza y origen de las relaciones objetales narcisistas (las relaciones del mundo intrapsíquico, que son moldeadas por la relación con las figuras paternas, y que en este caso son de carácter narcisista) llevó a una nueva comprensión de fenómenos observados por los teóricos de la comunicación en «familias con transacciones esquizofrénicas». Algunos de ellos, como Lidz, Wynne, Stierlin y Boszormenyi-Nagy han intentado crear un puente entre la teoría sistémica y el psicoanálisis, pero nadie hasta ahora ha logrado integrarlas en una teoría unificada de la esquizofrenia que relacione los procesos intrapsíquicos con los procesos interpersonales de la manera en que están conectados en realidad (58).

PSICOCIRUGÍA, ELECTROSHOCK Y SHOCK INSULÍNICO

En 1936, Moniz y Almeida, médicos portugueses, comenzaron a operar el cerebro de pacientes psiquiátricos para interrumpir determinadas conexiones neurológicas, con la intención de alterar la vida emocional de los pacientes y disminuir algunos síntomas, en especial la conducta violenta. Es-

(58) Id., pág. 160.

tas operaciones han continuado siendo utilizadas hasta el día de hoy y tienen diversas variantes, entre las cuales la más conocida por el público general es la lobotomía. Consiste en interrumpir quirúrgicamente las conexiones neuronales entre los lóbulos frontales y pre-frontales de ambos lados del cerebro. La idea detrás de estas operaciones es que las «enfermedades psiquiátricas» pueden ser curadas por la destrucción selectiva de tejido cerebral sano.

En el año 1949 se le otorgó al Dr. Antonio Egas Moniz el premio Nobel de Medicina por su creación de la lobotomía pre-frontal. Esto hizo de la lobotomía un proceso respetado y aceptado. En los tres años siguientes se realizaron más lobotomías que en todos los años anteriores. Había mucho entusiasmo con los resultados, y aún no se conocían los efectos colaterales adversos.

Se estima que desde finales de la década de los treinta hasta 1950 se efectuaron unas 50.000 lobotomías en los Estados Unidos. En Inglaterra se realizó una proporción aún mayor de lobotomías. También se han realizado lobotomías a niños y adolescentes con conductas hiperactivas o agresivas, incluso en niños menores de cinco años (59).

En los años cincuenta surgieron voces discordantes en contra de la lobotomía. Sólo la tercera parte de los operados mejoraba, otro tercio se mantenía igual y el otro tercio empeoraba. Hubo objeciones éticas, pues se producía daño irreparable en el cerebro, y también informes acerca de efectos colaterales sobre la personalidad y la vida emocional de los pacientes. Debido a esto y con la aparición de los psicofármacos, la frecuencia con que se utilizaba disminuyó. En los años setenta se promulgaron leyes en Estados Unidos y otros países que protegían los derechos de los pacientes. Actualmente la lobotomía original casi no se usa. Las técnicas de la psicocirugía se han refinado muchísimo; hoy se utiliza la cingulotomía. Mediante un procedimiento moderno llamado estereotaxia, se introduce un electrodo en una zona del cerebro (*cingulate gyrus*), y se quema el tejido con corriente eléctrica.

(59) BERKE, J. (1980): Op. Cit.

ca. Este procedimiento se usa especialmente en pacientes con trastornos depresivos severos (60).

A pesar del progreso técnico que ha tenido la psicocirugía, se practica cada vez menos, más que nada por los problemas éticos y políticos que conlleva. En los países democráticos al menos, hay leyes y restricciones que protegen los derechos de las personas con respecto a la cirugía cerebral como tratamiento para los trastornos mentales.

Casi simultáneamente con este «tratamiento» aparecieron el shock insulínico y el electroshock. En 1938, el Dr. Cerletti, italiano, realizó el primer electroshock a un ser humano con fines «terapéuticos». Este tratamiento ha suscitado mucha polémica, y actualmente está prohibido en países como Italia, mientras en otros, como Chile, sigue siendo utilizado, aunque sus beneficios son poco claros (Capítulo 4).

PSICOFÁRMACOS: APROXIMACIÓN BIOQUÍMICA

Las diversas teorías sobre un origen psicodinámico y sistémico de la esquizofrenia se enfrentaron a nuevas investigaciones orientadas a confirmar las hipótesis sobre un origen genético y bioquímico de la enfermedad, con la consiguiente utilización de tratamientos farmacológicos.

Alrededor de los años cincuenta empezaron a aparecer los tratamientos con medicamentos, llamados neurolépticos. El médico francés Laborit desarrolló el más importante de ellos, la clorpromacina, cuya efectividad como agente antipsicótico fue mayor de lo esperado. Esto estimuló la investigación para desarrollar nuevos modelos sobre las causas orgánicas de las enfermedades mentales. Esta perspectiva plantea que la esquizofrenia es producto de una alteración de los neurotransmisores, especialmente la dopamina. El hecho de que los bloqueadores de dopamina sean las drogas más potentes para tratar la esquizofrenia, sugiere que esta alteración puede ser el resultado de un exceso de dopamina en el cerebro.

(60) SABATINI, R. (1997): «The History of Lobotomy». *Psychosurgery Today*. En: *Brain and Mind Magazine*, Brasil.

Entre 1955 y 1965 se le suministraron estas drogas a más de cincuenta millones de personas, y desde entonces la cifra ha seguido aumentando (61). Con el advenimiento de estos medicamentos disminuyó el uso del electroshock, el shock insulínico y la psicocirugía.

Algunos sostienen que los psicofármacos permitieron la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos; otros plantean que fueron sólo un factor más dentro de un proceso psicosocial y político, que llevó a grandes cambios para los pacientes psiquiátricos, y aun otro grupo piensa que los psicofármacos no son más que una «camisa de fuerza bioquímica».

Posteriormente se han elaborado nuevos psicofármacos para el tratamiento de la esquizofrenia, como la clozapina y la olanzapina, que tienen cierta superioridad sobre la clorpromacina y las fenotiacinas (Capítulo 4).

THOMAS SZASZ

Thomas Szasz, psiquiatra norteamericano, cuestiona la existencia de la «enfermedad mental», y afirma que se trata de una invención social que se utiliza para estigmatizar a los que se desvían de la norma. Plantea que las sociedades humanas siempre han necesitado un «chivo expiatorio» que sirva como validación simbólica y literal del grupo. El que aparece como «desviado» para el grupo se constituye en el chivo expiatorio, y carga con todo el sufrimiento, el mal y lo diferente. Szasz señala:

«El objetivo primario de los tratamientos psiquiátricos, ya utilicen como métodos los fármacos, la electricidad, la cirugía o la contención —y especialmente si son impuestos al paciente sin su consentimiento—, es autenti-

(61) BERKE, J. (1980): Op. Cit., pág. 49.

ficar al sujeto como «paciente», al psiquiatra como «médico» y a la intervención misma como «cura» (62).

«Muchos médicos ilustres han dedicado sus esfuerzos y continúan haciéndolo, a reforzar la ficción médica de la enfermedad mental: el resultado es esa verdadera fortaleza que se llama Psiquiatría Institucional» (63).

Szasz considera la intervención psiquiátrica como método de control social. Para él las enfermedades mentales son problemas humanos y no médicos. Son problemas económicos, morales, sociales y políticos, por lo tanto, las enfermedades mentales serían enfermedades metafóricas.

Este punto de vista, ciertamente revolucionario en su momento, se acerca bastante a lo que está ocurriendo hoy con una gran cantidad de terapeutas que se dedican a la rehabilitación de personas con trastornos mentales. Se está produciendo un cambio de actitud hacia el «paciente mental»; se le está tomando en cuenta, respetando sus decisiones y poco a poco están retomando el control de sus vidas.

ANTIPSIQUIATRÍA: LAING Y COOPER

En los años sesenta los representantes de la psiquiatría crítica, existencial y de la antipsiquiatría dieron un giro drástico a la excesiva orientación hospitalaria de la psiquiatría y a la violencia encubierta en ella. Intentaron también, eliminar la «cultura del diagnóstico», con el consiguiente etiquetamiento del enfermo. El término *antipsiquiatría* fue acuñado por David Cooper para enfrentar críticamente los métodos de la psiquiatría tradicional. Luego tomó una connotación más explícitamente política. Los exponentes más importantes de esta postura fueron Ronald Laing y David Cooper.

(62) SZASZ, T. (1963). En: BASAGLIA Y COLS.: Op. Cit., pág. 309.

(63) SZASZ, T. (1970). En: BASAGLIA Y COLS.: Op. Cit., pág. 308.

El punto de partida de Laing fue la idea de que la enfermedad mental, especialmente la crisis esquizofrénica, es un *viaje interior* comprensible desde lo social y familiar, y hay que ayudar a la persona a atravesar esta crisis, acompañarla en lugar de bloquearla. Laing tenía formación psicoanalítica y estuvo en psicoanálisis con Melanie Klein, lo que tuvo mucha influencia sobre sus teorías.

Las teorías de Laing, Cooper y otros «antipsiquiatras» fueron el otro extremo de la psiquiatría tradicional. Dieron lugar a mucha polémica, y a la larga, llevaron a una apertura en la perspectiva psiquiátrica, ya que denunciaron enfáticamente algunas aberraciones de la psiquiatría clásica. Otro representante de la antipsiquiatría es Joseph Berke, creador de la *Arbours Association*, cuya organización más conocida son los centros de crisis, que son lugares donde la persona que está con una crisis psicótica se instala y vive su crisis acompañada por quienes quieran (familia, amigos, etc.) y por el equipo del centro (en los Capítulos 4 y 5 se describe esta experiencia).

Por otro lado, hay que reconocer que la antipsiquiatría no supo valorar los valiosos aportes de ambas disciplinas —la psiquiatría tradicional y el psicoanálisis ortodoxo— (64). Otra crítica, con la que yo concuerdo, ha sido el acento exagerado que pusieron en una especie de «libertad» que es un *laissez faire* peligroso e inadecuado para el paciente que está en crisis psicótica aguda, y que necesita un contexto de seguridad mayor para realizar su proceso terapéutico.

FRANCO BASAGLIA

Franco Basaglia, psiquiatra italiano que dirigía un hospital mental de ochocientas camas en Gorizia, Italia, compartió con Laing la visión de que la naturaleza jerárquica y autoritaria de los hospitales mentales contribuía a

(64) GARCÍA-BADARACCO, J. (1982): *Biografía de una Esquizofrenia*. Fondo de Cultura Económica, Bs. Aires, pág. 10.

crear condiciones que dañaban a los enfermos y luego este daño se atribuía a la enfermedad. Basaglia y sus colaboradores tomaron una posición política. Ellos desafiaron el encuadre y la objetividad científica de las etiquetas diagnósticas, y declararon que la definición psiquiátrica de la locura era un instrumento de opresión. Entre 1968 y 1974, Basaglia y sus seguidores movieron al partido comunista italiano a incluir la «liberación del paciente mental» como parte de su plataforma oficial. En 1978, los demócrata-cristianos y el partido comunista unieron sus fuerzas para desarrollar una nueva legislación sobre salud mental, y la Ley 180 fue aprobada por el parlamento italiano en mayo de 1978 (65).

Debido a que esta reforma exigía un cambio radical en el plano institucional, administrativo, técnico profesional, político social y en la cultura del pueblo, se requería voluntad y capacidad de guía política, y en el plano cultural, se hacía necesaria una compleja transición al nuevo modo de enfrentar el problema de los trastornos psíquicos (66).

Esta voluntad y capacidad no existieron, y la reforma quedó a merced de las iniciativas y de la inercia de los administrativos y funcionarios, sin normas directivas claras ni coordinación centralizada, y sin financiamiento dirigido a la creación de nuevos servicios, mientras los costos hospitalarios seguían consumiendo casi la totalidad del gasto en psiquiatría.

Esta inercia redundó en un abandono de los enfermos en los manicomios, en las calles, en las casas, lo que recayó sobre los familiares, quienes se organizaron para protestar contra la reforma. Se produjo una corriente de opinión de desprestigio de la misma, y un fuerte apoyo a la psiquiatría tradicional institucionalizada. Sin embargo, la reforma psiquiátrica continúa aplicándose en algunos lugares de Italia.

Visité Trieste que ha sido uno de los baluartes de la reforma italiana. El Hospital de San Giovanni, ahora bajo la dirección del Dr. Franco Rotelli, se ha transformado en un centro de empresas sociales conformadas por los pa-

cientes, los médicos, empresarios, etc., con gran éxito, no sólo terapéutico sino también económico (Capítulo 3).

PSIQUIATRÍA SOCIAL: MAXWELL JONES

Maxwell Jones, psiquiatra inglés, empezó a interesarse por la psiquiatría social desde comienzos de la Segunda Guerra Mundial, ya que había muchos soldados enfermos y escasez de personal de salud. En 1947 se inauguró la Unidad de Rehabilitación Social en el Belmont Hospital, cerca de Londres, en un intento de rehabilitar a víctimas sociales. A fines de la Segunda Guerra la psiquiatría británica y la norteamericana que se practicaba en las fuerzas armadas utilizaban tratamiento en grupos y se le prestaba mucha atención al medio social. De la terapia individual, esta corriente evolucionó hacia la terapia grupal y comunitaria.

Maxwell Jones comprendió la importancia de que los pacientes tuvieran una participación activa en su tratamiento, que éste fuera flexible, y que las relaciones entre los pacientes y los miembros del equipo no fueran jerárquicas, sino horizontales. Él planteó la dimensión social de su enfoque de la siguiente manera:

«...una de nuestras metas en psiquiatría social es cambiar las actitudes de la comunidad para una mayor aceptación y familiaridad con la enfermedad mental por parte del gran público, entonces el cambio deseado se dirigirá al acrecentamiento de la responsabilidad pública frente a los enfermos mentales» (67).

Jones creó comunidades terapéuticas dentro de los hospitales. Su objetivo central era favorecer al máximo las capacidades de las personas que en ellas

(65) ELIZUR, J. & MINUCHIN, S. (1952): Op. Cit., pág.17.

(66) HUNNEUS, T. (1993): Op. Cit.

(67) JONES, M. (1962): *Psiquiatría Social*. Editorial Escuela, Colección Psiquiatría y Psicología. Buenos Aires, pág. 34.

participaban, dándoles la mayor responsabilidad posible —sin que el equipo renunciara a la suya—, mejorando así la autoestima de los pacientes (Capítulo 5).

TEORÍA DE LA VULNERABILIDAD: ZUBIN Y SPRING, NEUCHTERLEIN

Varios modelos de vulnerabilidad desarrollados en los últimos años han contribuido al desarrollo conceptual de la esquizofrenia, siendo el más conocido aquel propuesto por Zubin y Spring en 1977, quienes plantean una visión optimista de la evolución de los episodios esquizofrénicos. Ellos han revisado la evidencia con respecto a la cronicidad de la esquizofrenia, y sugieren que los episodios psicóticos son gatillados por eventos vitales estresantes. La idea es que la persona que tiene vulnerabilidad psicótica tiene un cierto umbral de tolerancia a los eventos estresantes; cuando se sobrepasa este umbral, se gatilla un episodio psicótico. La vulnerabilidad a la esquizofrenia puede ser heredada y/o adquirida. Asimismo, sostienen que la mayoría de aquellos que experimentan episodios esquizofrénicos vuelven al funcionamiento normal entre los episodios (68).

Estos planteamientos han sido actualizados por Neuchterlein (1987), cuyo modelo es una extensión significativa del original de Zubin y Spring, ya que enfatiza los procesos psicológicos que subyacen a la interacción estrés-vulnerabilidad.

Una contribución importante de los modelos de vulnerabilidad es la perspectiva longitudinal al estudiar los episodios individuales en la esquizofrenia. Si, como lo sugieren estos modelos, la esquizofrenia se origina en una predisposición de larga data, entonces debiera ser posible identificar a aquellos individuos que tienen un alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

(68) CLEMENTS, K. & TURPIN, G. (1992): «Vulnerability Models and Schizophrenia: the Assessment and Prediction of relapse». En: BIRCHWOOD & TARRIER (EDS.): *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia*. John Wiley & Sons, Inglaterra, págs. 24-25.

* * *

De esta larga historia del concepto y los tratamientos de la esquizofrenia podemos sacar algunas conclusiones. La más importante es que la manera en que se ha ido dando la enfermedad a lo largo del tiempo está relacionada con la manera en que ha sido conceptualizada, y por lo tanto, cómo ha sido tratada.

Definir la esquizofrenia como una enfermedad con un mal pronóstico lleva a que muchos pacientes sean etiquetados incorrectamente como incurables. Esto crea expectativas negativas que contribuyen a un concepto también negativo que pone en marcha un círculo vicioso con las peores consecuencias. Me estoy refiriendo al peso de lo que en psicología llamamos «profecía autocumplida».

Producto de este círculo vicioso han sido la discriminación social, las hospitalizaciones largas y a veces vitalicias, los tratamientos agresivos e invasivos, los prejuicios de todo tipo, la falta de comprensión, el aislamiento, el hacer de las personas con esquizofrenia materia de chiste y discriminación, todo lo cual conduce a la destrucción de su autoestima y la resignación de los pacientes y sus familias.

Como ya es conocido desde Kant y reconocido por las ciencias actuales, lo observado depende del observador. Aplicando este concepto, la esquizofrenia no es una cosa «real», que existe *per se*, invariablemente, por los siglos de los siglos ni de una manera fija, sino que la idea que tenemos de ella va cambiando e influyendo en los tratamientos, y por lo tanto, en la manera como se manifiesta.

Desgraciadamente el supuesto «se es totalmente loco o no se es loco en absoluto» que existía en el siglo pasado, aún está vigente y es fomentado por los medios de comunicación como la prensa, la televisión y el cine.

Quisiera mencionar algunos ejemplos de estas ideas y de las consecuencias que conllevan.

Kraepelin definió la *dementia praecox* como una enfermedad deteriorante y de mal pronóstico; los resultados que obtuvo con sus pacientes dan cuenta

de este enfoque. Inicialmente informó de una recuperación de un 13% y posteriormente la bajó a 4,1%.

Bleuler pensaba que no hay *restitutio ad integrum*, pero su objetividad clínica le permitió reconocer muchos aspectos positivos y remisiones entre sus pacientes, y obtuvo mejores resultados que Kraepelin con ellos.

Luego, su hijo Manfred, junto a muchos otros, hicieron estudios de largo alcance que mostraron tasas de recuperación mucho mayores que las supuestas anteriormente (69).

No he encontrado investigaciones que relacionen la actitud de los terapeutas con el resultado de los tratamientos, pero estoy convencida de que si se hicieran, los resultados serían impresionantes.

Esta visión más positiva de la esquizofrenia nos permite unificar diversos enfoques en un conjunto de principios comunes; más aún, como lo destacan Clements y Turpin (70), puede sugerir enfoques terapéuticos innovadores y relevantes.

(69) CIOMPI, L. (1988): Op. Cit., pág. 184.

(70) CLEMENTS, K. & TURPIN, G. (1992): Op. Cit., pág. 37.



Francisco de Goya (1746-1828), El Coloso.

REFORMA PSIQUIÁTRICA

Después de revisar gran parte de lo que se sabe sobre la esquizofrenia, sus múltiples condicionantes, sus diversas manifestaciones y posibles cursos, podemos abordar cómo se trata a las personas que tienen esta condición.

Como dije al comienzo, siempre han existido y siguen existiendo dos tipos de tratamiento: el tradicional y el innovador. Este último ha ido tomando más fuerza a medida que se ha ido reformando la psiquiatría en todas partes del mundo. Es la oposición histórica en psiquiatría entre represión y emancipación. Ya casi no existen los grandes hospitales psiquiátricos (asilos o manicomios), en los que miles de pacientes eran encerrados por largos períodos —y muchas veces de por vida—. En sus inicios, los tratamientos eran casi exclusivamente represivos; luego surgieron los tratamientos medicamentosos y muchos otros.

Aunque estos grandes hospitales siguen existiendo, y han sido reformados —en Chile tenemos tres—, dificulto que se sigan construyendo nuevos lugares como éstos en alguna parte del mundo, ya que existe consenso y ha sido claramente demostrado que son iatrogénicos, es decir, que gran parte de lo que se atribuía a la enfermedad mental es más bien producto de las largas estadías en estos lugares. Quiero dejar en claro que no porque se cierren los hospitales psiquiátricos se acabarán los trastornos mentales, pero sí creo que hay mejores maneras de tratarlos, y que estos hospitales, junto con la tremenda inercia de la psiquiatría tradicional, sí son responsables de gran parte de los aspectos crónicos de estos trastornos.

En las décadas de los cincuenta y sesenta surgieron casi simultáneamente varios nuevos enfoques y tratamientos, que a su vez eran alternativas a la hospitalización de los pacientes con esquizofrenia. Por una parte, se empezó a desarrollar la terapia familiar con las familias de los pacientes hospitalizados, en un intento por comprender y aliviar las situaciones emocionales que se asociaban a la presencia de un miembro esquizofrénico en la familia. Simultáneamente, se desarrollaron los medicamentos antipsicóticos, que han contribuido enormemente a cambiar nuestra perspectiva de esta condición. Surgió el movimiento de la antipsiquiatría en Europa, que se oponía a los tratamientos clásicos represivos, y proponía un abordaje más centrado en la contención de las crisis en un ambiente comunitario respetuoso de la persona con esquizofrenia.

DESINSTITUCIONALIZACIÓN

A partir de los años sesenta, la importancia de los factores emocionales, junto a una toma de conciencia del daño que producían los hospitales psiquiátricos, y de los derechos de los pacientes, hicieron que en la mayoría de los países desarrollados tuviera lugar una transformación de las estructuras asistenciales psiquiátricas. Esto ocurrió en Inglaterra, Francia, Estados Unidos, Canadá, Holanda, los países nórdicos, y luego en Italia y España. Aunque con grandes diferencias en cuanto a su orientación y desarrollo, todas estas experiencias han compartido una búsqueda de alternativas, y la necesidad de desarrollar una red de servicios de salud y sociales que sustituya al hospital psiquiátrico. Las consecuencias más importantes que ha tenido este proceso son la desinstitucionalización y la reforma psiquiátrica.

La desinstitucionalización es un hecho. A partir de los años sesenta la disminución de los pacientes en los hospitales psiquiátricos ha sido constante y permanente. Por ejemplo, un 6% al año en Estados Unidos (71).

(71) THORNICROFT, G.; BEBBINGTON, P. (1989): «Deinstitutionalisation - from hospital closure to service development». *British Journal of Psychiatry*, 155, págs. 739-753.

La desinstitucionalización ha sido definida por Laura Bachrach como

«La contracción de escenarios institucionales tradicionales con la concomitante expansión de servicios comunitarios» (72).

Después de la elocuente descripción de Goffman de la manera en que las instituciones mentales han creado lo que él llama «institucionalismo», que hizo ver a los psiquiatras los peligros de la «institución total», y de muchas otras investigaciones que muestran que los hospitales psiquiátricos son responsables de parte de la sintomatología de los pacientes hospitalizados —en especial de los síntomas negativos, o sea la cronificación (73)—, ya nadie, o casi nadie, propone el hospital psiquiátrico (asilo) como tratamiento adecuado para la esquizofrenia.

El hospital es una «sociedad» artificial, diferente al medio de vida, donde al paciente se le priva totalmente de responsabilidad, y se le transforma en objeto. Como señala Amado:

«Los servicios cerrados generan todas las perversidades de los medios carcelarios, coloreando la psicosis con los problemas sado-masoquistas y de anulación del sujeto» (74).

El hospital tiene tres funciones: exclusión, asilo y tratamiento. Así, el paciente pierde sus roles, su autonomía y su capacidad de decisión. Además pierde su lugar en la comunidad; muchas veces vuelve a su casa y su pieza está ocupada, ya no tiene dónde regresar y encuentra sus derechos legales conculcados.

(72) BACHRACH, L. (1976). EN: THORNICROFT, G.; BEBBINGTON, P. (1989): Op. Cit., pág. 739.

(73) THORNICROFT, G.; BEBBINGTON, P. (1989): Op. Cit.

(74) AMADO Y COLS. EN: REYNOUD, M. Y COLS. (1991): *Le Traitements des Schizophrènes*. Éditions Frison-Roche, pág. 204.

Existiendo la posibilidad de inserción en el hogar, ciertamente es preferible ayudar o tratar al paciente en su casa, apoyando a su familia. Pero cuando el paciente está aislado, no tiene donde dormir, fallan las redes sociales y las estructuras intermedias, entonces, la tensión es demasiado fuerte y está la tentación de utilizar el hospital psiquiátrico, lo que sigue ocurriendo con mucha frecuencia. Sin embargo, muchos estudios controlados demuestran de manera unánime la mayor eficiencia clínica de los tratamientos alternativos a la hospitalización tradicional (75).

A pesar de esto, como decíamos, es evidente que la hospitalización transitoria es con frecuencia necesaria dentro del tratamiento a las personas con esquizofrenia. La función principal, reconocida por todos, es acoger y contener a los pacientes más sintomáticos y en estados agudos, que presentan un desorden conductual tal que no pueden valerse por sí mismos en la comunidad.

DIFICULTADES DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

A pesar de la claridad y entusiasmo con que se ha llevado a cabo la desinstitucionalización, han surgido muchos problemas e interrogantes. Estas preguntas se podrían resumir en dos:

¿Las personas con trastornos mentales son capaces de integrarse a la comunidad?

¿La comunidad es capaz de integrar a estas personas?

Estas certeras preguntas de Vidon (76) resumen toda la dificultad con que se encontró este movimiento. Naturalmente, los pacientes crónicos que fueron dados de alta de los grandes hospitales psiquiátricos no estaban pre-

(75) VIDON, G. (1995): *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Éditions Frison-Roche, Sandoz, Francia.

(76) Id., págs. 96-97.

parados para vivir en la comunidad, y se produjeron todos los problemas ya mencionados (personas que no tenían dónde vivir y que terminaron abandonados y viviendo en la calle). Conocida es la incompetencia social del «enfermo mental crónico», y por lo tanto su dependencia de los que lo rodean. Entonces la respuesta a la primera pregunta sería: *sólo con un gran apoyo de parte de la comunidad*.

El problema mayor lo plantea la segunda pregunta. Pienso que para gran parte de la sociedad la desinstitucionalización fue prematura, lo que redundó en el abandono de los pacientes y una gran sobrecarga para las familias. Además, estaba la inercia de la psiquiatría institucional, que no se adaptó a la rapidez con que se cerraron o redujeron los manicomios, como también los problemas políticos, económicos y burocráticos, que no permitieron una derivación rápida de los fondos a otras instituciones intermedias que son absolutamente necesarias para que una reforma psiquiátrica funcione adecuadamente. De todas maneras, esta reforma se está llevando a cabo en todo el mundo y ya no hay vuelta atrás.

Poco a poco se ha ido creando conciencia de que las personas con trastornos mentales siguen siendo seres humanos con derechos y deberes de tales, y que la sociedad tiene una cierta responsabilidad respecto a ellos. Ya no podemos desentendernos y segregarlos como antes. Más aún, la tendencia ha ido cambiando hacia una actitud en que se le da al usuario-cliente-paciente cada vez mayor injerencia no solo en su tratamiento sino también en su vida. A este proceso se le llama empoderamiento (*empowerment*); esta es una palabra que se escucha cada vez más en relación a cómo se enfrentan los trastornos mentales, especialmente en los países más desarrollados.

REFORMA PSIQUIÁTRICA

Al mismo tiempo que se producía la desinstitucionalización de los pacientes mentales, se creaban alternativas de tratamiento, que en su conjunto constituyen la reforma psiquiátrica. Aquí nos referiremos a los servicios, y

en el capítulo siguiente abordaremos las intervenciones terapéuticas propiamente tales.

Intentaré dar una visión de los múltiples servicios y tratamientos que existen hoy para las personas con esquizofrenia, lo que resulta difícil, ya que en distintas regiones y países se ha desarrollado una variedad de alternativas muy diferentes. De las que yo he podido conocer, he elegido lo que me parece más significativo.

Describiré las estructuras de servicios de orientación comunitaria más relevantes que se han ido creando con la Reforma.

1) Centros Diurnos

Hay múltiples formas de centros diurnos que se organizan de diferentes maneras según las posibilidades y necesidades de cada región. Definiré los centros diurnos más comunes y las características fundamentales que deben tener para resultar terapéuticos.

Lo más importante de un centro diurno es que le provea a la persona que asiste múltiples y variadas formas de actuar e interactuar, tomando sus propias decisiones, y dándole así la oportunidad de recuperar su autoestima, su independencia y autonomía. Simultáneamente, y con mucho respeto, se le debe enseñar el autocuidado personal y la consideración por el otro.

Las actividades deben ser lo más variadas posibles, para que cada persona encuentre la que más le ayuda a dejar sus conductas patológicas. Es importante que las actividades incluyan las tareas domésticas y prácticas, como cocinar, hacer la limpieza, ir de compras, etc.

El objetivo final será la reintegración del usuario a la sociedad mediante un trabajo remunerado y gratificante, y la recuperación de una vida armónica en sociedad. Esto sólo es posible una vez que el paciente haya pasado por las diferentes etapas de tratamiento.

Una primera etapa consiste en ingreso, diagnóstico y evaluación, diseño de un proyecto terapéutico personal, medicación adecuada, e incorporación al Centro. Esta es una etapa de adaptación del paciente al Centro y del

Centro al paciente. La segunda etapa es de participación. Aquí ya está en marcha el proceso de rehabilitación, que dependerá de cada Centro y de cada usuario.

En la tercera etapa ya se empieza a preparar al paciente para su reingreso en la sociedad, mediante capacitación laboral.

La cuarta etapa se caracteriza por la reinserción social y laboral.

Este proceso toma un período de tiempo. Nuestra experiencia nos ha indicado como un período razonable unos dieciocho meses (77), pero esto debe ser flexible. Muchas veces me ha tocado asistir al siguiente proceso: un paciente que ingresa bastante mal, al poco tiempo ya no tiene angustia, se han pasado los síntomas más agudos de la psicosis y se le ve mucho mejor en muchos aspectos, entonces él mismo y sus padres deciden que puede trabajar. Al poco tiempo está de vuelta, debido a que su mejoría era sólo superficial y no estaba preparado aún para su reinserción laboral. Esto es negativo pues es una experiencia más de fracaso.

El centro diurno es un excelente lugar para integrar a los familiares de los pacientes. Esta integración puede darse de dos maneras; una es a través de la psico-educación —informándoles sobre la esquizofrenia y sobre cómo actuar frente a ella— y la otra, mediante talleres terapéuticos en que los familiares hablan, no sólo del paciente, sino también de sus propios problemas, e interactúan entre sí. Lo ideal es combinar las dos cosas.

El equipo del centro diurno debe ser multidisciplinario, democrático, flexible y creativo, capaz de intercambiar roles y de permitir, estimular y apoyar que el paciente tenga iniciativas y tome decisiones. No puede haber una jerarquía tradicional, ni rigidez en los roles. Conuerdo con el Dr. Martín Cordero en que es a nivel de las capacidades cotidianas, en la pérdida de los roles naturales de la conducta social, donde la esquizofrenia produce su mayor impacto. Por eso el Dr. Douglas Bennett señala:

(77) OLIVOS, P.; HUNEEUS, T. Y COLS. (1982): «Evaluación de la efectividad del Hospital Diurno del Hospital Psiquiátrico de Santiago». *Rev. Chilena de Neuropsiquiatría*, Vol XX, Nº3-4, Julio-Diciembre, págs. 119-125.

«El objetivo de la rehabilitación debe ser facilitar a la persona invalidada el hacer el mejor uso de su capacidad residual en el mejor contexto social posible» (78).

Se está refiriendo no sólo a las capacidades conservadas, sino que a los roles sociales que tenía la persona en su vida antes de presentar el trastorno mental.

A) Hospital de Día (HD)

Una forma de centro diurno son los Hospitales de Día o Diurnos, que son lugares dentro de un hospital, o cercanos a él, donde los pacientes acuden durante el día y tienen diversas actividades terapéuticas. Éstos pueden ser lugares de transición entre la hospitalización completa y la casa, o también lugares de tratamiento que reemplazan al hospital total. Estos lugares pueden tener múltiples formas y maneras de enfrentar al paciente psiquiátrico; esto depende, antes que nada, de los pacientes, de los recursos y del equipo terapéutico. Para que el Hospital Diurno sea verdaderamente terapéutico, tiene que ajustarse a los principios que ya describimos para todos los centros diurnos (Más adelante hay algunos ejemplos de HDs).

B) Otros centros diurnos

Con las mismas bases de los hospitales diurnos existen variadas formas de centros diurnos, que tienen la ventaja de estar lejos de los hospitales. Creo que para la persona con esquizofrenia es preferible asistir a un lugar cualquiera y ojalá cerca de su casa, que ir a un hospital, que casi siempre tiene una connotación negativa y asociada a enfermedad. Esta cercanía al hospital

(78) BENNETT, D. (1973). En: CORDERO, M. (1984): Hospital Diurno. Apunte mimeógrafo, pág. 12.

no es para nada necesaria, y más bien es negativa para el tratamiento ambulatorio de personas con psicosis. Como dice certeramente B. Saraceno,

«Ante todo, como ha sido subrayado por la escuela de Trieste, la rehabilitación debe ser contextualizada y coherente con el proceso de superación del manicomio en todas sus formas de auto-reproducción. No se hace correctamente rehabilitación en un contexto separado del circuito *manicomial* que se haya dejado intacto» (79).

a) Comunidades Terapéuticas

Son centros diurnos con todas las características de los anteriores, con un mayor énfasis en lo comunitario. La mayoría son lugares donde los pacientes viven, pero también hay comunidades terapéuticas diurnas (Capítulos 5 y 6).

b) Clubes Sociales

Son espacios de recreación donde los usuarios acuden a socializar en sus tiempos libres. Aquí se juntan, comparten, juegan, conversan sin mayores obligaciones y con poca supervisión profesional.

c) Talleres Protegidos

En estos talleres se trata de reentrenar a los usuarios para el trabajo, y también son lugares donde éstos realizan un trabajo determinado, pero con

(79) SARACENO, B. Y MONTERO, F. (1993): *La Rehabilitación entre Modelos y Prácticas*. S. Ref., pág. 317.

exigencias adecuadas a su discapacidad. Se trata de no exigirles más de lo que pueden rendir, de no estresarlos.

d) Trabajos protegidos

Estos son trabajos corrientes pero debido a que existe comunicación entre el empleador y alguien del equipo terapéutico, se protege al usuario de estar sometido a mayores exigencias que las que puede tolerar.

2) Hogares Protegidos

Son lugares de residencia para pacientes psiquiátricos; según la gravedad de los usuarios tienen más o menos personal profesional. Actualmente existe una gran variedad de hogares protegidos, desde departamentos individuales independientes donde el usuario vive solo, hogares donde reside un número variado de usuarios con apoyo externo, hasta hogares con terapeutas las 24 horas del día.

3) Centros de Crisis

Son servicios especializados a los que el usuario puede acceder cuando lo necesita, sin mayor trámite, las 24 horas del día. Proporcionan atención inmediata e intensiva que puede consistir en contención, internación, medicación u otros.

4) Rehabilitación a Domicilio

En comunidades socialmente desfavorecidas, donde no existe un hospital diurno, los miembros del equipo del hospital van a los hogares para preve-

nir las descompensaciones y trabajar los vínculos sociales y la rehabilitación de la vida cotidiana.

5) Hospitales Psiquiátricos Renovados

Hay que reconocer que los hospitales psiquiátricos han evolucionado; en muchos lugares son espacios-activos de tratamiento, con las puertas abiertas hacia la comunidad, con menos internos y estadías más cortas. Al haber menos pacientes, reciben mejor atención e interactúan más con el personal, lo que ayuda al psicótico a salir de su aislamiento; darle sentido a estos contactos los hace terapéuticos (80).

6) Case Management

Una tendencia que está dando muy buenos resultados en los países desarrollados ha sido el *Case Management*, que consiste en que alguien especializado (profesional o no) trabaja y está disponible para la persona con discapacidad, y se asegura de que todas sus necesidades están siendo cubiertas en la comunidad. Desgraciadamente resulta caro, ya que la persona a cargo tiene que estar disponible las 24 horas del día.

EJEMPLOS DE HOSPITALES DIURNOS

En Santiago existen varios hospitales diurnos, como por ejemplo el del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak —ex-Hospital Psiquiátrico—, el del Consultorio N° 1, y el de la Clínica Psiquiátrica Universitaria.

(80) REYNOUD, M. ET. AL. (1991): *Le Traitements des Schizophrènes*. Éditions Frison-Roche.

El Hospital Diurno del Hospital Psiquiátrico está siendo reorganizado, ya que pasó muchos años bajo el concepto teórico psicoanalítico, y en este momento hay gente joven a cargo que quiere darle una orientación más práctica y comunitaria (81).

El equipo está formado por dos psicólogos, con un cuarto de jornada cada uno; una terapeuta ocupacional, que es la más antigua, y está a cargo del Hospital Diurno (tiene 44 horas semanales); dos monitoras (44 horas), que son las que más están con los pacientes; y una asistente social, que tiene media jornada.

Los pacientes controlan su medicación en el policlínico del hospital psiquiátrico y asisten a distintos talleres de rehabilitación dentro del mismo hospital.

Hay cupo para treinta pacientes, pero asisten sólo veinte, ya que el sistema de derivación está poco coordinado. Los psiquiatras de otros sectores no saben cómo funciona el Hospital Diurno, y a veces no saben que existe. En principio, el horario es de 9:00 a 17:30 horas. Se da desayuno y almuerzo a los participantes.

Tienen Asamblea una vez por semana, pero aún no es democrática, es dirigida por los terapeutas, muy directiva y solamente administrativa. Existe la intención de hacerla democrática, o sea que todos los participantes tengan el mismo peso y que la relación entre los miembros de la Asamblea sea horizontal.

Un segundo ejemplo donde se aplican todos los principios descritos más arriba, es el Hospital Diurno del Consultorio N° 1, organizado en el año 1994 por el Dr. Martín Cordero y su equipo, y dirigido por la enfermera Mónica Rojas. Comparto plenamente los fundamentos de este trabajo, y por esta razón lo pondré como ejemplo (82). Para lograr los objetivos terapéuticos, la actitud básica hacia los pacientes es:

(81) PULIDO, R. (2000): Comunicación personal, Santiago.

(82) ILABACA, I. (2000): Comunicación personal, Santiago.

1. Hacer por los pacientes sólo lo que ellos no pueden hacer por sí mismos. Tendencia constante hacia la independencia y autonomía.
2. Desterrar del Hospital Diurno la arraigada tendencia a infantilizar a los pacientes a través de juegos pueriles y simplistas; hay que mantenerlos en sus roles de adultos.
3. A través del trabajo, hay que estimular la interacción con compañeros y monitores.
4. Dar gran importancia a la conducta durante el tiempo libre y los descansos entre las horas de trabajo.
5. Considerar el cuidado personal como un punto crucial de la rehabilitación, fomentando el desarrollo de una «imagen personal» y el retorno a una «identidad personal».
6. Enfrentar a los pacientes con la impresión real que producen sus conductas, discutirlo con ellos mismos: qué experimentan y cómo reaccionan los del «mundo normal» ante estos fenómenos.
7. Tener la mayor variedad posible de tareas, para abarcar un espectro amplio que cubra la mayor parte de los intereses de los pacientes. Se da gran importancia a las labores domésticas de todo orden. Además favorecen la instalación de un negocio fuera de los límites del hospital, tener un salón de belleza y una granja, si es posible. También se practican los juegos de equipo. Evitan en lo posible la psicoterapia individual.

Actualmente este hospital recibe más o menos cuarenta usuarios diarios. El equipo está constituido por una enfermera, que es la directora, un psiquiatra, un psicólogo, un terapeuta ocupacional, una asistente social, dos auxiliares de enfermería y un auxiliar de aseo.

Otro buen ejemplo de Hospital Diurno, aunque bastante diferente, es la Tagesklinik de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Heidelberg (83), Alemania, que tuve la oportunidad de visitar recientemente. Los pacientes

(83) —, (1999): Tagesklinik, Heidelberg (folleto de difusión).

asisten a esta clínica durante el día, y en las tardes y fines de semana regresan a sus hogares. En este centro el objetivo de rehabilitación es la reincorporación social y laboral.

Dado que el tratamiento es ambulatorio, se requiere que los pacientes estén estabilizados. Lo específico de este hospital diurno es el énfasis en la terapia laboral: mueblería, impresión y empaste de libros, secretariado y trabajo doméstico. Esta terapia laboral no es solamente para el aprendizaje de destrezas, sino que es un instrumento para un tratamiento psiquiátrico psicoterapéutico global.

Asisten doce pacientes adultos, y tres entre 14 y 18 años (que vienen diariamente de clínica psiquiátrica infantil y juvenil de la Universidad). El hospital diurno es para pacientes relativamente jóvenes, con psicosis esquizofrénica post-aguda, y para un pequeño número de pacientes con trastornos afectivos, y trastornos neuróticos o de personalidad. Para ingresar se exige que las personas tengan motivación propia y que vivan en la región de Heidelberg. No se aceptan pacientes con alto riesgo suicida o problemas de drogadicción.

Cada paciente está a cargo de un médico/a con el cual tiene un diálogo individual psicoterapéutico por lo menos una vez por semana. Estas intervenciones pueden tener énfasis en psicología profunda o en terapia del comportamiento, según el caso. Desde el comienzo se elaboran metas terapéuticas y se fija el plan de tratamiento, con miras a evitar las recaídas, reconociendo las situaciones que las gatillan. Se le da importancia a los significados del trastorno mental en la vida de la persona, ayudándole a tomar conciencia de ellos y de cómo han influido en su evolución, y fortaleciendo las partes sanas de la persona. El tratamiento medicamentoso es proporcionado por un médico de la clínica; cada paciente tiene una caja con su medicación, y debe tomarla él mismo/a.

Las actividades son: psicoterapia de grupo (dos veces por semana), relajación, entrenamiento cognitivo con computador, terapia corporal, musicoterapia, y las terapias laborales que ya mencionamos. También hay tiempo libre y actividades sociales. Un/a asistente social se ocupa principal-

mente de la reinserción laboral de los pacientes. Se exige asistencia y puntualidad, y se prohíbe el consumo de alcohol en el centro y en la casa.

Visité este hospital diurno un día viernes, y luego de conversar con los pacientes, algunos terapeutas y el médico jefe, Dr. Bürky, me invitaron a tomar té, con kuchen preparado por ellos. Esta era una reunión con asistencia del equipo completo y de todos los pacientes, en que se discutían algunos aspectos de la organización del hospital diurno. También se despedía a dos pacientes dados de alta. El ambiente era vital y cordial, y a mí —que no hablo alemán— me fue imposible distinguir entre los pacientes y miembros del equipo. Todos se veían muy bien.

LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN DIFERENTES PAÍSES

El tratamiento de los trastornos mentales ha ido evolucionando de diferentes maneras en el mundo. Esto depende en gran medida de factores políticos, sociales, económicos y culturales. En un reciente congreso internacional (84) pude ver un video sobre el tratamiento de una crisis psicótica en Mali, África, donde los curanderos sacrificaban animales para sacarle el espíritu maligno a una mujer. De hecho, este tratamiento aparecía como exitoso. La mujer mejoraba. ¿Y por qué no?

En este congreso se veía cómo aún trabajan los sanadores tradicionales en diferentes países de Asia y África, recurriendo a métodos físicos y espirituales para sanar a las personas con trastornos mentales. Al mismo tiempo, en países del Norte de Europa vienen de vuelta de formas de tratamiento que acá en Chile todavía estamos intentando implementar.

Aquí queremos mostrar, mediante ejemplos de algunos países, cómo se ha ido desarrollando la reforma psiquiátrica en el mundo. Hay de todo, desde los sanadores de Mali, hasta el empoderamiento en América del Norte y los países europeos. Todo sirve.

(84) VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. *Psychosocial rehabilitation: promoting diversity and ensuring equality*. 7 al 10 de mayo 2000, París, Francia.

Hemos elegido los lugares que nos han parecido más avanzados, y más simbólicos de la reforma, y también aquellos cuyo esfuerzo nos parece encomiable por la dificultad con que se encuentran para realizar la reforma. Por lo tanto describiremos sólo algunos países, y de éstos, hemos incluido los aspectos más novedosos y/o interesantes, sin pretender abarcarlos completamente.

1) Italia

Italia es el país símbolo de la reforma psiquiátrica. Allí se da de manera especial el proceso de la desinstitucionalización; el desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos desde adentro, que comenzó con Franco Basaglia en Gorizia en los años setenta, y que llevó al cierre oficial del manicomio, y a la diseminación de una gran variedad de lugares de cura/rehabilitación en el tejido ciudadano. Lugares para habitar, comer, encontrarse, trabajar, jugar; también servicios colaborativos, no como servicios psiquiátricos ambulatorios para personas con trastorno mental, sino como talleres de salud mental de todos. Sin delantales, sin criterios especialistas, pero con una calidad profesional muy elevada (85). Si bien la reforma italiana se inició en Gorizia, Trieste es la sede de la experiencia más exitosa de dicha reforma. Aquí se han desarrollado nuevas formas de organización, de administración y gasto público.

En 1971, Franco Basaglia fue nombrado director del hospital psiquiátrico de Trieste. Era un hospital tradicional, ubicado en un gran parque en las afueras de la ciudad. En cuanto a eficiencia, orden y tratamiento era comparable con cualquier hospital de Europa. Basaglia comenzó una transformación a partir de la cual se desocuparon los pabellones y se abrió el

(85) DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. (1994): *L'Impresa sociale*. Anabasi, Milán.

hospital hacia la ciudad. Se terminó con todos los métodos restrictivos, como las piezas de aislamiento y las camas con amarras. El electro-shock fue eliminado desde el comienzo. Los pabellones se transformaron en departamentos para pequeños grupos, y los pacientes empezaron a circular libremente y a hacer las tareas domésticas. Durante este proceso hubo grandes conflictos con la administración, por el traslado del presupuesto desde gastos para la institución, hacia gastos que eran de beneficio directo para los pacientes (86).

En marzo de 1973, en el primer pabellón que se desocupó, los pacientes, actores profesionales, pintores, escultores, enfermeras, doctores, estudiantes y gente común dieron vida a un gran taller que duró dos meses. En una atmósfera lúdica, se recordó, analizó y representó la historia de cada uno de los pacientes, y se fue construyendo un gran caballo azul: *Marco Cavallo*. Este caballo azul encabezó una alegre procesión de alrededor de seiscientos pacientes que por primera vez salieron juntos a la ciudad, para celebrar en una escuela básica. Este caballo se transformó en un símbolo y sigue saliendo todos los años a la calle, no sólo en Trieste, sino también en otras ciudades italianas (87).

A) Las empresas sociales (Trieste)

Las empresas sociales han tenido un lugar fundamental dentro de la autotransformación del servicio psiquiátrico público de la ciudad de Trieste. La empresa social es una agrupación de personas que emprende una actividad económica productiva, donde se elabora un proyecto para desarrollar una línea de producto(s) o servicios, y se confecciona y comercializa dicho producto.

(86) DELL'ACQUA, G. y COGLIATI, M.G. (1985): «The end of the mental hospital. A review of the psychiatric experience in Trieste». *Acta Psych. Scand.*, suppl. 316, págs. 45-69.

(87) Id., págs. 45-69.

Es una forma de reinserción laboral para personas con dificultad, donde son fundamentales el sentido de pertenencia y la lucha contra la marginación, promover la solidaridad y compartir un proyecto común. La estrategia de empresa social es opuesta a la de terapia ocupacional o al trabajo protegido; no consiste en «hacer trabajar» sino «emprender». No se pretende normalizar, sino reconstituir la fe y el respeto de sí mismo, la integridad, y la complejidad de la persona, y esto porque la libertad, la autonomía y la responsabilidad aumentan a medida que se las ejerce. Es el sentido del trabajo lo que es diferente; lo que se hace se hace, por uno mismo:

«La empresa social es un contexto de asistencia estructurado sobre relaciones que disminuyen la incertidumbre y la desconfianza en sí mismo/a y en los demás, aumentan el sentido del propio valor personal y capitalizan el placer de hacer las cosas que hacemos, nosotros mismos, los otros y en común» (88).

Las Cooperativas Sociales son aquellas empresas colectivas que desarrollan una actividad de utilidad pública. Las Empresas Sociales, formadas por Cooperativas, son integradas; es decir, están constituidas por técnicos en Salud Mental (médicos psiquiatras, enfermeros), personas especializadas en el rubro, personal administrativo y personas que desean trabajar. Cada una tiene más o menos un 50% de «personas con desventaja» como las llaman, que son pacientes psiquiátricos. Toda persona que lo necesita participa en un programa de formación subvencionado por un tiempo, y cada paciente tiene un horario y programa de acuerdo a sus posibilidades. Estas Cooperativas mueven grandes cantidades de dinero y están apoyadas económicamente por el Estado.

Se trata de una empresa social cuando:

(88) DE LEONARDIS, O. ET. AL. (1994): Op. Cit. pág. 30.

«Una enfermera de la Unidad Sanitaria Local (USL) es presidenta de una cooperativa; cuando un psicólogo del servicio de tóxico-dependencia gestiona una radio local; cuando un médico psiquiatra va a comprar los árboles para el parque del barrio y trabaja con la pala. Y esto no es confusión de roles ni falta de profesionalismo» (89).

En Italia se han implementado dos tipos de Cooperativas Sociales. En las *Cooperativas Tipo A*, los socios son profesionales que se organizan para prestar servicios sociales de salud y educativos. Estos servicios consisten en Centros Diurnos, Comunidades Terapéuticas, «Casa Familia» con cobertura las 24 horas, y «Casa Alloggio» (pequeños departamentos donde los usuarios viven solos y son visitados por los profesionales). También proveen asistencia domiciliaria y de enfermería.

En las *Cooperativas Tipo B*, los socios y colaboradores son profesionales y usuarios de los servicios. La municipalidad destina fondos para financiar los cursos de formación y algunos de los trabajos que hace la cooperativa. Con esos fondos y lo que se gana con el trabajo, se pagan los sueldos y se reinvierte en la misma empresa y en otras. Algunas cooperativas son Centros Diurnos, donde se realizan diferentes talleres. Aquí lo terapéutico es el trabajo remunerado. Hay un período de preparación laboral durante el cual los usuarios a veces reciben un pequeño aporte monetario. Después de tres años los usuarios pueden llegar a ser socios de la cooperativa, con un sueldo mensual. Para esto tienen que recibir la pensión de invalidez.

A fines del año 1996 había en Italia más de 3.800 cooperativas sociales. Trabajaban en ellas más de 75.000 personas (90).

En el año 1992 estuve becada por el gobierno italiano durante dos meses, observando la compleja transición del viejo al nuevo modo de enfrentar los

(89) Id., pág. 33.

(90) —, Vademecum della Cooperazione Sociale. Fuente: Ministerio del Trabajo, Italia.

trastornos psíquicos. En Trieste constaté que es posible que los pacientes psiquiátricos sean productivos. Vi psicóticos compensados (que no están en crisis) atendiendo y cocinando en restaurantes de primera categoría, trabajando en carpintería, fabricando muebles bellísimos, artículos de cuero, productos agrícolas, vinos, quesos, manejando fotocopiadoras, imprentas y editoriales de libros, todo compitiendo en el mercado a un altísimo nivel.

Por ejemplo, en la década de los noventa existían en Europa restaurantes y hoteles que eran Empresas Sociales (ver ilustración).

2) Holanda

En Holanda, así como en otros países nórdicos, se ha puesto mucho énfasis en la terapia centrada en las necesidades de los usuarios, tal como éstos las perciben. Apoyan y estimulan a los pacientes/clientes para que especifiquen sus necesidades y demandas en sus hogares, trabajos, escuelas y contactos sociales. Describiré algunas de las agrupaciones que se están implementando en ese país.

A) Consejos de pacientes

En todo el país existen consejos de pacientes/clientes (91), agrupaciones cuyo objetivo es promover su participación y su capacidad de decisión en todos los aspectos del tratamiento que reciben de las instituciones de salud mental. Por ejemplo, cada consejo evalúa la calidad de la atención desde el punto de vista de los pacientes, recoge sus sugerencias y quejas, y negocia con las autoridades para lograr cambios en los servicios que se les ofrecen. La agrupación nacional (LPR) se fundó en 1981, y tiene un comité de nueve personas que son pacientes o ex pacientes. Ellos consiguieron que en 1996

(91) —, (2000): «The Patients Council Movement within the Mental Health Care in the Netherlands». Folleto distribuido en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo 2000, París.



R E S T A U R A N T



Da Enzo - GroBbeerenstraBe 60 10 965 Berlin tel. 030-7858372



Croque Note - 63, Av. Des Communes-Réunies 1212 Grand-Lancy tel. 022-7940696



La Plaine Lune - 14 bis Av. du Mail 1025 Genève tel. 022-3295309



Trattoria Madonna delle Vigne - Via di Vittorio, 40 Mignanego Ge tel. 010-771366



Trattoria A Lanterna - Via Milano, 134r 16126 Genova tel. 010-256425



Le Baretine - Via del Bastione, 4 34100 Trieste tel. 040-301776



Harrison's Restaurant - 29, Westmoreland St. Dublin 2 tel. 01-6799373



H O T E L

Hotel Tritone - viale Miramare, 133 34136 Trieste tel. 040-422811



el Parlamento aprobara una Ley que regula las agrupaciones de clientes, y por lo tanto todas las instituciones de salud están obligadas a tener este tipo de agrupaciones.

Estos consejos se coordinan en una red nacional que trabaja para que los profesionales y las instituciones de salud dejen de ver a los pacientes como objetos de tratamiento. Los tres valores básicos de la perspectiva de los clientes/pacientes son:

1. La autonomía y el derecho a la autodeterminación; 2. La diversidad individual y la dignidad humana (el «paciente-tipo» no existe), y 3. La idea de que cada ser humano es una totalidad.

En los países desarrollados funcionan actualmente múltiples organizaciones de este tipo, que están adquiriendo cada vez más importancia y poder.

También existe la experiencia del *direct funding* (financiamiento directo), en que los usuarios obtienen una cantidad de dinero con el cual pueden comprar o contratar los cuidados que necesitan (92). Esto fortalece la posición del usuario, lo pone en un rol de manejo activo de su situación. Para apoyar este proceso las organizaciones de usuarios ofrecen orientación entre pares y apoyo mutuo. Este es un proceso que tarda años.

B) Apoyo Residencial Intensivo

A partir de las necesidades del usuario, la atención de los pacientes psiquiátricos está tendiendo a organizarse en torno al lugar donde vive cada persona. Un ejemplo de esto es el proyecto de Apoyo Residencial Intensivo (93), que empezó en 1997, financiado por el Ministerio de Salud. Su pro-

(92) PEIJER, I.; MOS, M.; BASISBERAAD, G. (2000): «Direct Funding and the role of users and users organizations». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo 2000, París, pág. 86.

(93) TOBY, P. (2000): «Home Sweet Home. Intensive Home-based Support». En: VISSER ET. AL. (2000): *Regional Instelling voor Beschermende Woonvormen*. Folleto distribuido en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo 2000, París, pág. 23.

puesta central es que si se apoya al paciente/cliente cuando trata de valerse por sí mismo/a, aumentarán sus probabilidades de recuperación. Se trata de apoyar a personas que quieren dejar el hospital o la casa de sus padres, para iniciar una vida independiente. Este proyecto intenta llenar el vacío que existe entre la atención clínica y la autonomía, disminuyendo los riesgos característicos de esta etapa de transición.

Un/a acompañante, que en general es un enfermero psiquiátrico, le enseña a cada cliente a llevar una vida lo más normal posible, tomando en cuenta los síntomas de su condición. Este apoyo apunta a cuestiones bastante prácticas, como el cuidado de la casa, la alimentación, la seguridad, el buen uso del tiempo y de las relaciones sociales. En la medida de lo posible, el apoyo se entrega en la propia casa del cliente. Es justamente allí donde él o ella tiene que aprender a autovalerse.

Los requisitos para participar en este programa son: tener un trastorno psiquiátrico, tener dificultades para vivir solo/a a raíz esa condición, recibir tratamiento en un centro de salud mental del área, y vivir en la zona en que se desarrolla esta iniciativa. Por supuesto, el o la paciente tiene que estar de acuerdo y colaborar con el proyecto. Este tipo de apoyo debe ser parte de un tratamiento integral, y por esa razón es el psiquiatra tratante quien lo solicita. El paciente, el acompañante y el psiquiatra se reúnen una vez al mes para evaluar el avance del proceso.

El apoyo intensivo dura generalmente hasta seis meses; en los dos años y medio que lleva el proyecto, el promedio ha sido trece semanas por paciente (variando en un rango entre 2 y 28 semanas). Inicialmente se trabaja hasta diez horas semanales con cada paciente, disminuyendo progresivamente. La práctica ha demostrado que con aquellos pacientes que requieren mucho apoyo, seis horas diarias son suficientes al inicio. Cuando ya ha pasado el período de apoyo intensivo se ha visto que basta con dos horas semanales de apoyo. Los resultados de este proyecto han sido que los clientes expresan tener mayor capacidad para enfrentar los problemas cotidianos y han disminuido las readmisiones al hospital.

Un 70% de los participantes tiene diagnóstico de esquizofrenia; un 15% tiene trastornos depresivos, y un 15% tiene diversos trastornos psicóticos o *borderline* (límitrofe).

c) El cuidado de los más marginados

En Holanda están tan avanzados en relación a la atención al paciente mental, que ahora se están preocupando incluso de aquellos que tienen problemas sociales severos y son incapaces de pedir ayuda (94). Son, en general, personas con esquizofrenia, sin casa, que deambulan de un lugar a otro. Para este grupo la Institución de Salud Mental Regional Ambulatoria ha implementado un proyecto llamado «Personas desconocidas que requieren cuidados». Este programa se ocupa de desarrollar métodos para personas que son una molestia para la sociedad por sus problemas psiquiátricos, de adicción y/o psicosociales. Hasta ahora, este grupo no ha recibido atención en ninguna parte del mundo.

Uno de los aspectos más novedosos de este proyecto es que buscan la cooperación entre diversas organizaciones como la Policía, el Departamento de Salud Mental de la Municipalidad, la Institución Regional Ambulatoria de Salud Mental, las asociaciones de hogares y el Ejército de Salvación.

3) Noruega

Como en Suecia y Finlandia, Noruega también tiene un programa muy evolucionado para las personas con trastornos mentales. Uno de los proyectos novedosos que se están implementando es el de *Complejos de Vivienda Comunales*.

(94) VAN WAARDENBERG, B. (2000): «Rehabilitation in relation to community care for the mentally disabled». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo 2000, París, pág. 39.

El consejo municipal de la ciudad de Bergen ha establecido catorce complejos de vivienda comunales para personas con trastornos psiquiátricos crónicos (95). Esta es una estructura que facilita la satisfacción de la necesidad de apoyo social, y al mismo tiempo la de territorio personal. Entre cuatro y diez personas tienen su departamento en cada uno de los complejos de vivienda. Además tienen instalaciones de uso común: sala de estar, comedor y cocina. Tienen asistentes sociales y de salud cerca para cuando los necesitan. El consejo municipal está planeando establecer más de estos complejos habitacionales, en colaboración con el servicio de salud mental. Se han hecho estudios sobre los resultados de estos complejos, y los residentes informan que han adquirido un cierto nivel de libertad junto con una sensación de seguridad. Además de la influencia benéfica de un espíritu comunitario.

En Noruega el 59% de los pacientes mentales viven solos. Para establecer una comparación, diremos que en India el 98% de los pacientes viven con sus familias. En Inglaterra, en sectores urbanos, el 20% vive con su familia y en sectores rurales, el 50% vive con sus familias.

4) Canadá

Canadá es uno de los países en que la reforma de salud mental está más evolucionada (96). Dentro del plan nacional de salud mental son siete los servicios claves para la atención del paciente psiquiátrico:

A) *Apoyo individual personal*: por medio del *case management*, que consiste en que hay alguien que trabaja con la persona con dificultad y se asegura de que todas sus necesidades están siendo cubiertas en la comunidad.

(95) PEDERSEN, A. (2000): «The freedom to chose - experiences from a housing project at the communal level». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo 2000, París, pág. 39.

(96) WASYLENKI, D. (1999): Conferencia Nacional Plan de Atención Psiquiátrica para Chile, 18 de mayo 1999, Santiago.

También incluye el tratamiento asertivo comunitario, realizado por equipos multiprofesionales que están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana. Algunos resultados han sido: una dramática reducción de las hospitalizaciones, los pacientes están mejor, y el sistema es más económico.

- B) *Respuestas a crisis*: estos son servicios de emergencia, como por ejemplo una línea telefónica; clínicas donde se recibe apoyo inmediato; un equipo de crisis móvil; casas seguras o unidades de estabilización de la crisis; departamentos de emergencias en hospitales y servicios psiquiátricos. Se pone mucho énfasis en que el individuo reciba la atención menos invasiva posible.
- C) *Alternativas a la hospitalización y al cuidado intensivo*:
- Programas de hospital diurno con personal adecuado.
 - Tratamiento en el hogar; hay mucha evidencia de que esto es tan efectivo como la hospitalización.
 - Residencias comunitarias; hay evidencia considerable de que la satisfacción de los usuarios aumenta, si bien los síntomas se mantienen.
 - Sistema de cuidados compartidos (*shared care*); se promueve una estrecha colaboración entre los profesionales de salud mental y el personal de atención primaria.
- D) *Apoyo residencial*: lugares seguros para vivir; el sistema es flexible y la persona puede vivir donde quiera, con apoyo.
- E) *Rehabilitación vocacional*: el énfasis está en encontrar trabajo o una actividad productiva verdadera y remunerada lo más rápido posible. Los encargados de cada caso hacen acompañamiento laboral (*job coaching*), que les ayuda a elegir un trabajo y mantenerlo (*supported employment*).

También hay estrategias para apoyar a los usuarios que quieran seguir estudios en la universidad u otros. Hay un proyecto nacional, en colaboración con las universidades y «colleges» para aumentar el nivel y la calidad de los apoyos psicosociales accesibles en los campus universitarios (97).

- F) *Iniciativas de autoayuda de los usuarios*: grupos que reciben recursos para comenzar proyectos de desarrollo económico (Crecer, Rehabilitarse, Neuróticos Anónimos). Existe evidencia de que si se permite a las personas involucrarse económicamente en el trabajo, disminuye su dependencia de los programas de salud mental.
- G) *Autoayuda familiar*: agrupaciones donde los familiares intercambian experiencias y se apoyan mutuamente. Se ha visto que esto mejora la actitud de los familiares.

Para cumplir este plan, el Estado otorga el 10% del presupuesto anual en salud, a los proyectos de salud mental.

En Quebec, específicamente, se ha establecido un modelo regional de coordinación de servicios de salud mental. Este modelo regional comprende siete servicios de rehabilitación, incluyendo servicios de base, de crisis, de tratamiento, de acompañamiento comunitario, de promoción, de prevención, de protección y de readaptación psicosocial. Esta experiencia descansa esencialmente en la participación clínico-administrativa de los establecimientos involucrados, los usuarios y la comunidad (98).

(97) MCKEE, H.; POMEROY, E.; PAPE, B. (2000): «Overcoming stigma through post-secondary education for consumers/users». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 116.

(98) BONNARD, S.; AUDRI, L. (2000): «Mise en œuvre de la réhabilitation psychosociale en psychiatrie dans une région reculée du Québec». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 43.

La Asociación de Grupos de Defensa de los Derechos de la Salud Mental de Quebec (AGIDD-SMQ) ha elaborado una guía práctica para la gestión autónoma de la medicación. Gestión autónoma significa el derecho y la posibilidad de toda persona que recibe medicamentos, de ser informada sobre las razones, la pertinencia, los efectos secundarios y el modo de uso de la medicación prescrita; de ser advertida de las alternativas posibles, y estimulada a utilizarlas; de poder negociar con el médico sobre la dosis, la frecuencia y la decisión de disminuirla o no; y finalmente, ser acompañada por el médico, o referida a otro profesional de la salud capaz y deseoso de hacer este acompañamiento. Esta guía se ha realizado con el apoyo de corporaciones profesionales y grupos sociales (99).

Resulta positivo que en algunos países como Canadá se estén implementando tratamientos para las personas que además de tener algún trastorno mental severo tienen adicción a drogas. El problema del diagnóstico dual ha presentado siempre dificultades en su tratamiento y rehabilitación. En nuestro país aún no existe este tratamiento dual, a pesar de que sí existe como necesidad.

También se ha implementado un sistema para clientes de áreas rurales y remotas, que no tienen acceso a cuidados psiquiátricos. Para esto se utiliza la tecnología de teleconferencia. La investigación muestra que hay poca diferencia entre la entrevista clínica tradicional, y la entrevista por teleconferencia (100).

Quisiera destacar que en Canadá hay una tendencia acentuada a hacer que el usuario sea el protagonista o el «jefe de obra» de su proyecto de readaptación psiquiátrica, haciendo del equipo tratante y de las personas significati-

(99) VIGNEAULT, L. (2000): «La gestione autonome de la médication psychiatrique». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 86.

(100) HODGES, B.; DUPLESSIS, B. (2000): «Using video teleconferencing technology to provide psychiatric services to patients in rural/remote communities». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 88.

vas sus aliados, lo que lo compromete y responsabiliza por su tratamiento (101). La idea es que los usuarios-consumidores, o sea las personas con trastornos mentales, merecen todos los elementos básicos de los derechos ciudadanos.

Este ha sido un cambio histórico en las políticas de salud mental fomentadas por la Asociación de Salud Mental Canadiense (CMHA) con respecto al trabajo conjunto con personas con trastornos psiquiátricos. Este nuevo modelo se basa en el reconocimiento de los roles de los consumidores o usuarios, y sus familiares, como fuentes legítimas de saber (*expertise*), moviendo el foco de protagonismo desde la autoridad profesional hacia los protagonistas reales (102). Esto es justamente el empoderamiento o *empowerment*.

5) Estados Unidos

El 5 de febrero de 1963, en el Congreso de los Estados Unidos, el presidente Kennedy, en su mensaje sobre la enfermedad mental y el retraso intelectual, señaló:

«Propongo un programa nacional de salud mental, para contribuir a que en adelante se atribuya al cuidado del enfermo mental una nueva importancia y se lo encare desde un nuevo enfoque» (103).

(101) QUINTAL, M.S. Y DENNIE, S. (2000): «L'usager maître d'œuvre de son plan d'intervention». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 86.

(102) TRAINOR, J. (2000): «History of a community development approach to mental health policy». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 117.

(103) KENNEDY (1963). En: DESVIAT, M. (1994): *La reforma psiquiátrica*. Ediciones Dor, Madrid, págs. 73-74.

Con estas palabras Kennedy anunciaba lo que se ha considerado como una revolución en la psiquiatría norteamericana: un nuevo programa de salud mental donde la asistencia comunitaria es central.

El programa presentado se llamó *Community Mental Health Centers Act of 1963*. Proponía crear a escala nacional «servicios para la prevención y diagnóstico de la enfermedad mental, para la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales, y para la rehabilitación de esas personas» (104). Así nacieron los centros de salud mental comunitaria, cuyos principios son:

- accesibilidad
- información adecuada a la población de referencia sobre la existencia y características de los diferentes programas
- gratuidad
- disponibilidad
- énfasis en la prevención de la enfermedad y búsqueda de las necesidades reales de toda la población, no sólo los que acuden a tratamiento
- enfoque ecléctico y utilización de todo tratamiento útil
- responsabilidad de la Administración frente al individuo y su familia

Los servicios esenciales que todo centro debía ofrecer eran: urgencias y hospitalización 24 horas todos los días de la semana, hospitalización parcial, consultas externas y educación a la comunidad. En 1975 se añaden los programas infantil, geronto-psiquiátrico, evaluación y seguimiento de los ingresos en el hospital psiquiátrico estatal de referencia, *half-way houses* (literalmente «casas a medio camino»), alcoholismo, adicciones y sistema de evaluación de programas.

De los dos mil centros que debieron haberse creado según el Acta de Kennedy, sólo se fundaron seiscientos. Los fondos destinados a la reforma

(104) Id., págs. 73-74.

fueron insuficientes, y en muchos lugares esto se tradujo en el abandono de los pacientes psiquiátricos a su propia suerte.

Hay que tener presente que Estados Unidos es una sociedad muy diversa —también en el área de la salud— y por lo tanto es difícil hacerse una idea general de lo que pasa en la actualidad. Bloom (105) señala que en el sistema de atención privada el fenómeno económico ha influido profundamente en los programas de tratamiento. En el *managed care system* (literalmente «sistema administrado de atención») las compañías de seguros en salud contratan a empresas que administran los beneficios, y que buscan que los tratamientos sean lo más económicos y breves posible. Los médicos deben invertir mucho tiempo en obtener autorizaciones de estas empresas para admitir a los pacientes y proporcionarles cada etapa del tratamiento.

Según un informe encargado por la Asociación Nacional de Sistemas Psiquiátricos de Salud, entre 1988 y 1997 los gastos en salud mental se redujeron un 670% más que los gastos en salud general (106). De acuerdo a otra fuente (107), el gasto en beneficios de salud disminuyó en un 7%, mientras que el gasto en beneficios de salud mental se redujo en un 54% (o sea, casi 7 veces más).

Por otra parte, en Estados Unidos también hay iniciativas avanzadas para la recuperación de las personas con trastornos mentales. Un ejemplo de ello es *The Bridge* (El Puente), en Nueva York (108). Se trata de un programa comunitario de salud mental que ya tiene cuarenta años, situado en un área urbana extensa. La mayor parte de los usuarios provienen de hogares y hospitales, y muchos tienen adicción a sustancias además de un trastorno mental severo.

(105) BLOOM, S. (2000): «The Sanctuary Model» (Editorial). *Therapeutic Communities*. Vol. 21, Nº2, págs. 63-66.

(106) HAY GROUP (1998). En: BLOOM, S. (2000): Op. Cit.

(107) ZWILLICH (1998). En: BLOOM, S. (2000): Op. Cit.

(108) MICHEL, J.; MICHEL, F. (2000): «The choice method in day treatment for the mentally ill». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 141.

La filosofía de esta iniciativa es promover el *empowerment* (empoderamiento) de los usuarios, permitiendo y estimulando que ellos/as mismos se formen un programa de recuperación, eligiendo entre una amplia gama de actividades. Para hacerlo cuentan con el apoyo de un profesional. Las actividades más comunes que se les ofrecen son: educación, orientación vocacional, artes plásticas y desarrollo de habilidades sociales. El hecho de elegir las actividades aumenta la satisfacción de las y los usuarios y los niveles de participación. Este modelo ha demostrado ser costo-eficiente, ya que las tasas de rehospitalización se han reducido.

6) Francia

A) Política de Sectorización

En Francia se desarrolla una Política de Sectorización, sobre la cual se legisló en 1985. La población se divide en unidades geo-demográficas a cargo de un equipo médico. Este enfoque es fuertemente medicalizado, y ofrece a toda patología un conjunto consecuente de estructuras de atención accesibles desde el nivel primario (109).

B) El Centro Médico Psicológico (CMP)

El Centro Médico-Psicológico es una unidad de coordinación, acogida, prevención, diagnóstico y atención. Es el lugar privilegiado para la interacción de los médicos generales, los especialistas y los psiquiatras liberales; también es el lugar ideal para la articulación de servicios de salud mental y servicios sociales. Existe un CMP por sector, y forman parte del servicio público de salud. Funcionan en horario de oficina.

(109) VIDON, G. (1995): Op. Cit.

El equipo de los CMP es multidisciplinario. Esta es la célula de base para la organización de los cuidados extra-hospitalarios. Se intenta evitar las recaídas, favorecer una mejoría clínica, una mejor reinserción del paciente y evitar las hospitalizaciones.

A partir de estos centros se han desarrollado las intervenciones a domicilio, en las cuales uno o dos terapeutas visitan a una familia, y además del apoyo psicológico, o la intervención en una urgencia, también pueden poner una inyección o hacer un examen de sangre. En estos centros también se organizan terapias específicas (de grupo o familiares).

Los hospitales diurnos, descritos anteriormente, son un elemento fundamental de la política de sectorización en Francia.

C) Los Talleres Terapéuticos

El objetivo de estos talleres es capacitar a los enfermos para el trabajo, con la perspectiva de que logren readaptarse y desarrollar una especialidad profesional antes de retomar una actividad remunerada.

Los equipos y materiales de estos talleres terapéuticos van a depender de las actividades que privilegien (Bonnet las reagrupa en cuatro). Puede tratarse de actividades relacionadas con lo económico, como prestación de servicios, trabajos de imprenta, de restauración, de costura, fabricación de muebles, producción agrícola, o de horticultura.

También hay actividades de subcontrato: injertos, collages, pequeños montajes, soldaduras, etc. Las actividades de expresión son: fotografía, diseño, música, pintura, cocina, deportes. Por último, hay actividades escolares y de formación.

El mismo autor señala que estas estructuras funcionan en la ambigüedad de ser al mismo tiempo lugares de cuidado y lugares de trabajo.

D) *El Centro de Acogida Terapéutica a Tiempo Parcial (CATTP)*

Se definen como estructuras «que quieren mantener o favorecer una existencia autónoma a través de acciones de apoyo y acciones terapéuticas de grupo» (110). Son una combinación de los clubes terapéuticos de antaño y los hospitales diurnos de hoy. Presentan una gran diversidad, dependiendo de las estructuras existentes en el sector. Algunos están ligados a otra estructura terapéutica, mientras que otros son independientes. Tienen algunas características generales:

- Los equipos terapéuticos son «poco medicalizados» y de pocos integrantes (dos a cuatro terapeutas).
- Están dirigidos a pacientes estabilizados que requieren actividad psicológica.
- Los usuarios son, en su mayoría, psicóticos crónicos.

Idealmente estos centros deben formar parte de una red con el resto de las estructuras médicas y sociales del lugar, de manera de facilitar el paso hacia la comunidad.

E) *Hospitalización a Domicilio (HAD)*

Esta modalidad se indica a personas que realmente requieren una hospitalización porque presentan un estado agudo o de crisis. Estas personas deben tener un entorno familiar o de relación favorable y una actitud de cooperación.

La prestación de servicios comprende todos los servicios disponibles habitualmente en un hospital, es decir, cuidados continuos e intensivos en el lugar de residencia del paciente.

(110) Id.

La hospitalización tiene una duración limitada (20 días). Esto implica un contrato entre el equipo y el paciente, lo que pone límites a la intervención del equipo terapéutico y define obligaciones al paciente.

F) *Centros de Acogida Permanente (CAP) y los Centros de Acogida y de Crisis (CAC)*

Estos son centros médico-psicológicos que funcionan las 24 horas del día, responden y acogen las urgencias, las evalúan y derivan al lugar más adecuado. Están concebidos para facilitar el acceso a los servicios. Por su ubicación central, su permanencia, su flexibilidad, y su contacto con las redes sociales y médicas, suelen ser la puerta de entrada a los servicios sectoriales y agilizan la respuesta a las demandas de las y los usuarios.

También hay hospitalización nocturna para los pacientes frágiles o dependientes de la institución. Duermen ahí pero trabajan o estudian de día.

G) *Ubicación Familiar Terapéutica*

Esta modalidad se utiliza para pacientes crónicos que no pueden asumir solos su vida cotidiana. También para personas que tuvieron psicosis infantil y han llegado a la edad adulta, y para el tratamiento de personas con anorexia. Es una alternativa real a la hospitalización, y constituye una transición hacia la reinserción en la comunidad, dentro del proceso terapéutico.

Este sistema múltiple proporciona a los pacientes un cuidado accesible, cercano a su hogar o lugar de residencia, y continuo, ya que proporciona diversas instancias oportunas para cada momento y necesidad de los usuarios/pacientes.

7) España

En España se está llevando a cabo con entusiasmo una reforma psiquiátrica bastante completa desde hace alrededor de 15 años. Como ejemplo, describiremos la situación de Andalucía, donde hay siete millones de habitantes (111).

Los objetivos de esta reforma son:

- Unificar los servicios.
- Sustituir los hospitales psiquiátricos por una red de servicios.
- Incrementar, diversificar y redistribuir los recursos territoriales.
- Delimitar competencias e impulsar la cooperación intersectorial.

Entre los resultados se cuentan:

- La creación de una red pública de servicios de salud mental comunitaria y territorial, con 75 mil trabajadores.
- La externalización de pacientes y el cierre de seis grandes hospitales psiquiátricos (quedan sólo dos funcionando, y también van a cerrar).
- La construcción de secciones de agudos en hospitales generales.
- La modificación del Código Civil de 1983, y el trámite de una nueva ley.

También se ha logrado una considerable simplificación del panorama administrativo, gracias a la unificación de la totalidad de capacidades y recursos en una sola red, y la coordinación intersectorial con organismos de justicia, trabajo y servicios sociales.

(111) DEL RÍO, F. (1999): Conferencia Nacional Plan de Atención Psiquiátrica para Chile. Santiago.

En este proceso aún falta fortalecer la red de comunidades terapéuticas que son consideradas como un recurso fundamental, y mejorar la coordinación y la gestión.

Quiero ilustrar la reforma de los servicios en Andalucía con algunos datos interesantes:

- Antes de la reforma existían cuatro unidades de salud mental en hospitales generales, y ahora existen diecinueve.
- Existían dos unidades de salud mental infantil, y hoy son once.
- Se crearon nueve unidades de rehabilitación (centros de día) y seis comunidades terapéuticas; antes no existían estas modalidades de atención.
- El número de psiquiatras aumentó en un 50% (de 232 a 323), los psicólogos aumentaron en un 500% (de 32 a 150), el número de auxiliares disminuyó en un 50%, y se incorporó por primera vez a catorce terapeutas ocupacionales.

A estos recursos de carácter estrictamente terapéutico, hay que añadir los recursos de apoyo social, que gestiona la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, compuesta por los servicios de salud mental, las agrupaciones de familiares y las agrupaciones de pacientes. Los recursos gestionados por esta Fundación consisten básicamente en plazas residenciales supervisadas y asistidas, talleres protegidos, capacitación, puestos de trabajo y clubes sociales.

8) Polonia

En Polonia los sistemas de rehabilitación para los pacientes psicóticos están bastante evolucionados; tienen campamentos terapéuticos, centros de tratamiento diurno y clubes de pacientes.

Una de estas experiencias es la del Centro Diurno de la Universidad de Cracovia (112), donde se ha desarrollado desde hace 15 años la dramatización terapéutica (*dramatherapy*) con pacientes psicóticos. Pacientes y terapeutas, juntos, hacen representaciones teatrales de las obras del teatro griego clásico. En estos grupos se integra la rehabilitación con la psicoterapia. Esto ayuda a los pacientes a adquirir una comprensión más profunda de sus síntomas psicóticos, su historia vital, sus sentimientos hacia sí mismos y hacia los demás, y al mismo tiempo se entrenan en habilidades sociales. Así, logran un mejor ajuste social e interpersonal, al aprender a expresarse de manera más adecuada. Esta actividad se realiza con mucha dedicación y el resultado es de gran nivel. Es importante destacar que el médico que dirige esta terapia lo hace con entusiasmo, que comunica hacia el resto del equipo terapéutico y hacia los pacientes.

9) Israel

En Israel se han realizado cambios profundos en el sistema de salud en los últimos años (113). A pesar de la privatización cada vez mayor, los servicios de salud mental aún están financiados por el Estado, por lo cual el tratamiento es gratuito. Para una población de seis millones, hay 22 hospitales psiquiátricos estatales y 12 unidades de psiquiatría en hospitales generales.

La reforma psiquiátrica ha promovido en todos los sectores la racionalización de los servicios, y el tratamiento de rehabilitación se ha trasladado desde el hospital hacia la comunidad. Se han implementado una

(112) CECHNICKI, A. ET. AL. (2000): «Dramatherapy in the rehabilitation of persons with schizophrenia». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 134.

(113) TROUDART, T.; BAR-EL, Y. (2000): «Rehabilitation and psychiatric reform in Israel: adapting to a changing reality». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 35.

amplia gama de clubes, talleres protegidos, hoteles, «casas de medio camino», hogares protegidos. También están utilizando el *case management*. Con esto han disminuido las hospitalizaciones en número y tiempo de estadía y han aumentado las atenciones diurnas.

Sin embargo, hay problemas para los usuarios y los profesionales, ya que los fondos para las alternativas comunitarias son insuficientes, y hay una complicada burocracia para conseguirlos. Esto se debe a la creciente privatización de los servicios de salud mental, que causa complicaciones especiales para las y los usuarios, como el aumento de trámites que deben hacer y gastos que deben pagar ellos mismos. Un dato interesante es que los usuarios reciben una pensión de alrededor de \$400 dólares al mes.

10) India y Bangladesh

En la India los hospitales psiquiátricos son gubernamentales, y se están constituyendo en centros de rehabilitación. En 18 estados hay 37 centros de salud mental gubernamentales, que tienen un total de 18.024 camas (para una población de cientos de millones de personas). El 64% de los hospitales tiene alguna forma rudimentaria de rehabilitación, y sólo tres tienen instalaciones para el cuidado diurno de los pacientes. Sólo dos hospitales cuentan con terapeutas ocupacionales (114). El 98% de los pacientes vive con su familia.

En la región de Bangalore existe un programa de rehabilitación de enfermos mentales crónicos que se lleva a cabo en un gran centro diurno del Instituto Nacional de Salud Mental. Las técnicas utilizadas en este servicio se basan en los principios conductistas. El programa dura 18 meses, y pone énfasis en el entrenamiento vocacional, y la inserción laboral en la comunidad. Se estimula la participación activa de la familia en el proceso de rehabilitación.

(114) MURALI, T. ET. AL. (2000): «Rehabilitation facilities in Mental Hospital in India». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 43.

También se utiliza una amplia variedad de terapias individuales para pacientes con esquizofrenia. Las más usadas son terapias educacionales, conductuales, entrenamiento de habilidades sociales, y terapias de apoyo.

En el vecino país de Bangladesh se están desarrollando iniciativas «novedosas» para sacar a los pacientes crónicos de los hospitales psiquiátricos. Se localiza a la familia, y se implementa un programa de psicoeducación y orientación; se ofrecen mejores servicios ambulatorios e intervenciones en crisis; se han facilitado los procedimientos de admisión, especialmente en situaciones de emergencia, y se promueve que los familiares permanezcan con el/la paciente. Mediante estas iniciativas se ha logrado rehabilitar exitosamente a 300 pacientes que han vuelto a su hogar familiar (115).

11) América Latina

En América Latina, en especial en México, Brasil, Argentina y Chile, se está llevando a cabo una Reforma Psiquiátrica con esfuerzo y entusiasmo, aunque todavía está muy atrás en relación a lo que hemos descrito para Europa y América del Norte. Esto se debe principalmente a la falta de medios con que se lleva a cabo la Reforma, y al peso de la psiquiatría tradicional y la burocracia que la acompaña. Es un hecho que en los países en vías de desarrollo la salud mental en general es una prioridad relativa de los gobiernos, y esto constituye un problema muy importante (116).

Estamos aún en la etapa de desinstitucionalización; los grandes hospitales psiquiátricos aún funcionan, aunque con algunas modificaciones; las estructuras intermedias son todavía insuficientes, y muchas veces constituyen esfuerzos aislados. Es decir, nos falta un largo camino por recorrer para llegar a la

(115) SHARMA, S. (2000): «The alternative patterns of care for the mentally ill». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 166.

(116) DUBOIS, J. (1995): «La réhabilitation dans le monde». En: VIDON, G. (1995): *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Éditions Frison-Roche, París.

actitud que pone al usuario en condiciones de ser el protagonista de su tratamiento, y más aún, para ser realmente incorporado en el tejido social.

A) Cuba

Menciono Cuba por separado, ya que debido a su condición política es un país totalmente diferente al resto de América Latina. Por lo mismo, su actitud frente a la enfermedad mental también es completamente diferente. Como ejemplo de esto describiré brevemente lo que ocurre con el Hospital Psiquiátrico de la Habana, que tuve la oportunidad de visitar hace algunos años.

Este es un ejemplo de hospital psiquiátrico renovado. El Hospital cubre una gran extensión de terreno, que incluye áreas verdes, jardines, áreas de cultivo agrícola, una granja avícola y un estadio deportivo, además de las instalaciones del propio hospital.

Este hospital tenía una enorme cantidad de pacientes crónicos, abandonados del régimen anterior, lo que hacía imposible su desinstitucionalización. Por esta razón el Hospital fue remodelado; se echaron abajo los grandes e insalubres edificios antiguos y se construyeron pequeños departamentos como para 6 a 8 personas, con todas las comodidades para una familia. Los pacientes, que son cerca de 4.000 (117), residen en estas Unidades Habitacionales independientes, donde todo se ve amplio, ordenado e impecable.

Durante el día los pacientes van voluntariamente —nada es obligatorio— a Terapia Ocupacional. Esta se realiza en grandes salas para trabajos manuales variados como cerámica, trabajo en cuero, pintura y carpintería. Aquí comparten enfermos crónicos y agudos, asesorados por un/a terapeuta ocupacional por cada veinte enfermos.

Otros centros de rehabilitación son la granja avícola, el centro industrial, la escuela, la barbería, la peluquería y el estadio deportivo.

(117) ORDAZ DUCUNGÉ, E.B. ET. AL. (1986): *Hospital Psiquiátrico de La Habana*. Plegable Informativo, Cuba.

La terapia ocupacional es el tratamiento fundamental para la rehabilitación, y se basa en el concepto del trabajo que existe no sólo en el hospital, sino que en todo el país: el trabajo es lo más honroso, es una necesidad biológica y social de todo ser humano.

Actualmente se está aplicando un método psico-educativo terapéutico para las familias de los pacientes esquizofrénicos, con el objeto de mejorar la evolución y el pronóstico de estos pacientes. Hasta ahora ha tenido muy buenos resultados, razón por la cual se ha resuelto generalizar este programa (118).

Entre los esfuerzos de este hospital hacia la reincorporación de los pacientes a su ambiente social original, está la sección de Música del Departamento de Terapia Ocupacional; es uno de los puntos clave de la rehabilitación, dadas las características del pueblo cubano (119).

En mi visita a este hospital me tocó participar en un espectáculo artístico de música, canto y baile ofrecido por los pacientes. Fue tan bueno el espectáculo que aunque duró tres horas nadie se cansó ni aburrió sino que al contrario todos los presentes terminamos cantando y bailando juntos, muy emocionados. Me llamó la atención el hecho de que aunque el director del hospital estaba presente, ni él ni los miembros del equipo aparecían como protagonistas.

B) Chile

En nuestro país se está realizando una reforma o reestructuración psiquiátrica, partiendo de algunas iniciativas ministeriales y otras privadas (que, presentadas al Ministerio de Salud, son financiadas y apoyadas por éste). Con este objetivo se implementó un Plan Nacional de Rehabilitación que

(118) ORDAZ DUCUNGE, E. B. ET. AL. (2000): «Assessment of psychoeducative patterns in schizophrenic inpatients and their families». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 111.

(119) ORDAZ DUCUNGE, E. B. ET. AL. (2000): «Who is the last?». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 50.

favorece a personas con Discapacidad de Causa Psíquica, cuya directriz central enfatiza el desarrollo de una red de apoyo comunitario al Discapacitado Psíquico y su Familia.

Un equipo central constituido por profesionales especializados en rehabilitación psicosocial coordina este plan. Se ha logrado implementar diversas estructuras intermedias:

- Se ha puesto especial énfasis en los Hogares Protegidos, que han aumentado de 16 (1996) a 43 (1999). Durante el año 2000 se han abierto alrededor de diez más (120).
- Se mantienen las tres Residencias Protegidas, ésta no es una modalidad que se quiere incentivar.
- En 1996 había 29 Talleres de Rehabilitación Sociolaboral, 15 Centros Diurnos de Rehabilitación y 4 Clubes Sociales (no hay datos actualizados sobre estos recursos; se estima que se han duplicado).

En 1996, el número de beneficiarios directos de estos servicios alcanzaba a dos mil personas. Esto cubre sólo el 15% de la necesidad real, estimada en 12 mil personas por el propio MINSAL (121).

En Chile tenemos dos problemas fundamentales. El primero es el escaso presupuesto: apenas el 1,5% del presupuesto nacional de salud está destinado a salud mental y psiquiatría (122). A su vez, el presupuesto destinado a

(120) LAFFERTE, C. Y COLS. (2000): *Estudios descriptivos y de impacto Hogares Protegidos*. Departamento Programa de las Personas, Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud, Santiago, Chile.

(121) MINSAL (1996) En: HUNEUS, T. (1997): «Redes sociales y rehabilitación psicosocial». *Revista de Psiquiatría*, XIV/4/, págs.167-173, Santiago.

(122) MINSAL (1999): Conferencia Nacional «Plan de Atención Psiquiátrica en Chile». 18-19 de mayo, Santiago.

salud es el 7% del presupuesto nacional, incluyendo el aporte estatal y privado (123).

En países desarrollados es diferente. En Canadá se destina entre el 8% y el 10% del presupuesto de Salud a la Salud Mental (124). En Gran Bretaña se destina entre el 12 y 16% del presupuesto de Salud a Psiquiatría y Salud Mental (125). Como bien decía el Dr. Benedetto Saraceno, Director de la Organización Mundial de la Salud, refiriéndose específicamente a las camas de los hospitales, el recurso económico tiene que estar al servicio del paciente y no de la estructura (126).

En nuestro país todavía hay una buena parte del escaso presupuesto que se destina a los grandes hospitales psiquiátricos (127) (75%) y muy poco se destina al desarrollo de las estructuras intermedias necesarias para aliviar la necesidad de los pacientes y la sobrecarga de los hospitales (128).

El segundo problema es la fragmentación de los servicios, y es tan grave como el primero, pero temo que no tenga solución mientras impere una ideología política neo-liberal, que tiende a que todo pertenezca y sea manejado por iniciativas privadas aisladas. Resulta curioso o inexplicable que los modelos que el MINSAL estaba estudiando e intentando emular en 1999 son justamente modelos centralizados en que está todo planificado desde un

(123) FERREIRO, A. (1999): Superintendente de ISAPRE. Comunicación personal. Agosto, Santiago.

(124) WASYLENKI, D. (1999): Conferencia Nacional «Plan de Atención Psiquiátrica en Chile». 18-19 de mayo, Santiago.

(125) MINSAL, COLEGIO MÉDICO DE CHILE (1998): Plan Estratégico para el Desarrollo de la Red de Servicios Clínicos de Psiquiatría y Salud Mental, Modelo de Red Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago.

(126) SARACENO, B. (1999): Congreso Mundial de Salud Mental, 6-10 septiembre. Santiago, Chile.

(127) Estamos en antecedentes que el Hospital El Peral, que es uno de nuestros grandes hospitales psiquiátricos, está en vías de desaparecer como tal. Se proyecta cerrarlo dentro de 4 a 5 años.

(128) MINSAL (1999): *Las Enfermedades Mentales en Chile. Magnitud y Consecuencias*. Santiago.

eje central, como en la reforma psiquiátrica canadiense (129) y la española (130). Por ejemplo, en Andalucía se enfatiza la creación de una sola red pública de servicios de salud mental. En nuestro país habría que crear una instancia de mando central con capacidad resolutoria concentrada.

Hasta ahora no se ha implementado en Chile una planificación centralizada que coordine efectivamente los programas necesarios. En el «Modelo de Red Nacional de Salud Mental y Psiquiatría» (131) se menciona vagamente la necesidad de «Programas de rehabilitación social y laboral, apoyo a organizaciones de autoayuda, agrupaciones de familiares y comunidades terapéuticas». Se agrupa una variedad de estrategias distintas, sin destacar la importancia de la rehabilitación social y laboral, que debiera ser el meollo de la Red. De hecho, buena parte de lo que existe hoy, son proyectos individuales aprobados y financiados por el MINSAL. Algunos de ellos son, por ejemplo: la Corporación Bresky, la Corporación ITAK, el Hospital Diurno del Consultorio N° 1 del Hospital San Borja Arriarán, el grupo Arco Iris, (que nace desde el Hospital Psiquiátrico) y la Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén. Cada uno de estos centros funciona aislado, con un enorme esfuerzo de sus profesionales y muy poca, si es que la hay, comunicación y apoyo del resto de los servicios.

* * *

Hemos visto que la tendencia predominante hoy en día con respecto a los trastornos mentales es que los «pacientes» se transformen en protagonistas activos y se hagan responsables de sí mismos. Esto ocurre en algunos países de Europa, en Canadá y Estados Unidos. Sin embargo, en otros países como Francia y Alemania se usa un modelo más bien médico y jerárquico, si bien

(129) WASYLENKI, D. (1999): Op. Cit.

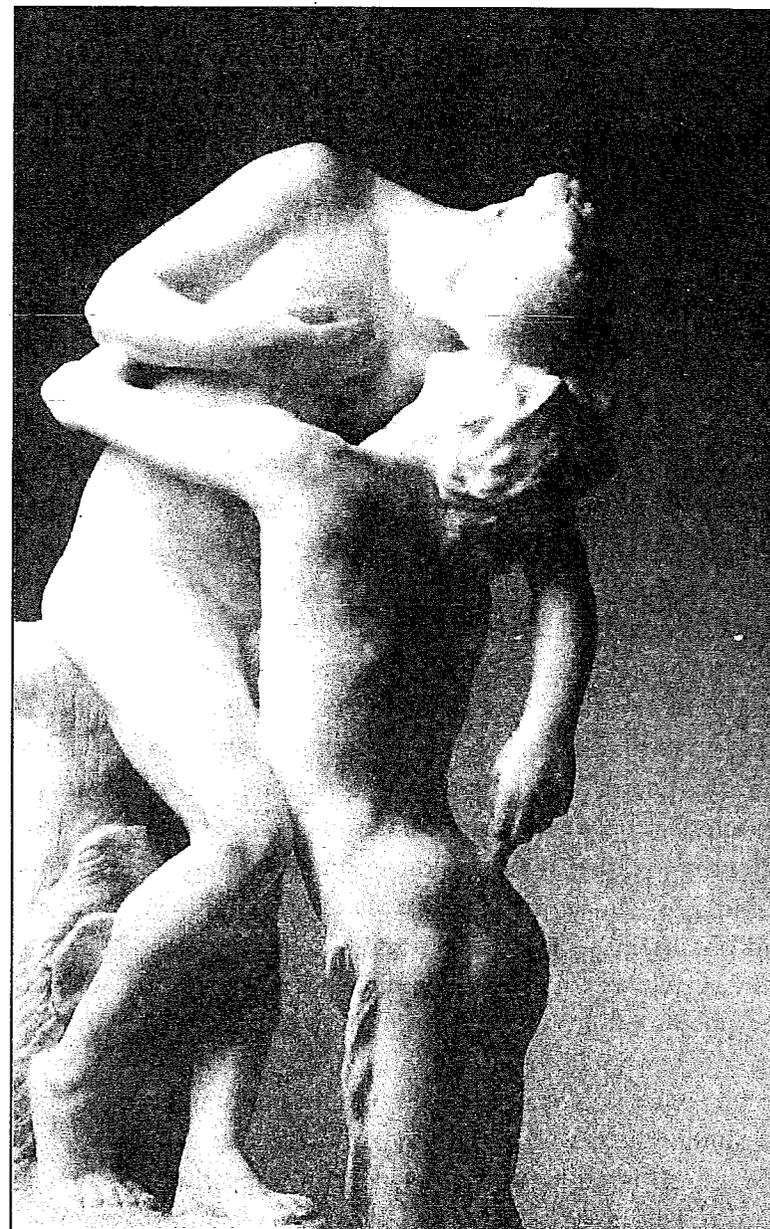
(130) DEL RÍO, F. (1999): Op. Cit.

(131) MINSAL, COLEGIO MÉDICO DE CHILE (1998): Op. Cit.

ofrecen una atención muy completa. Me parece que estas diferencias son atribuibles a la idiosincrasia de estos países.

Otra diferencia importante entre los países es la condición legal de los pacientes psiquiátricos. Por ejemplo, en países como Italia, Canadá, los países Nórdicos, Francia, Estados Unidos y España hay legislaciones muy desarrolladas, que protegen al enfermo mental, no sólo en sus derechos humanos, sino que también proveen las estructuras necesarias para su rehabilitación. Esto permite que haya un amplio apoyo económico para dichas iniciativas. Una legislación adecuada protege y fomenta la incorporación de estas personas en la sociedad, y obliga al país a hacerse cargo de dicho proceso.

En cambio, en nuestros países en vías de desarrollo no hay tal legislación. En general, las nuestras son legislaciones muy atrasadas, lo que demuestra que este no es un problema prioritario. Aunque algunos países, como el nuestro, sí tienen la intención de renovar la ley, y están trabajando en ello. Es necesario que a la par con la reforma psiquiátrica se reforme la ley. Por ejemplo, en Chile todavía nos regimos por el Reglamento General de Insanos, de 1927. Para superarlo se ha elaborado un nuevo reglamento más acorde con los cánones internacionales actuales, y cuya intención es proteger los derechos del paciente psiquiátrico; entra en vigencia en enero del 2001.



Camille Claudel , Le Sakountala, 1888.

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

Los tratamientos para la esquizofrenia han sido hasta ahora sumamente variados y han cubierto un amplio espectro, debido a la heterogeneidad de presentación de la enfermedad y también a las muchas teorías diferentes sobre ella. Se han explorado muchas posibilidades, desde la psicoterapia más tradicional hasta la lobotomía frontal, sin que ninguno de estos dos extremos haya resistido muy bien la prueba del tiempo (aunque ambos tienen algunos adeptos entusiastas hoy en día).

Existen diferentes corrientes psicoterapéuticas que sustentan el tratamiento de personas con trastornos mentales severos. Para simplificar y por su relevancia, consideramos dos corrientes básicas: las psicodinámicas y las fenomenológicas. Las psicodinámicas interpretan la esquizofrenia como una alteración psicológicamente comprensible desde la teoría psicoanalítica. Las corrientes fenomenológicas se orientan más bien al quehacer práctico con los pacientes. En mi experiencia como terapeuta he intentado hacer una integración de ambas corrientes; lo fenomenológico ha sido la base de mi práctica, pero la comprensión desde la teoría psicoanalítica siempre ha estado presente.

En mi opinión el enfoque fenomenológico tiene más auge hoy en día en el tratamiento de las psicosis. Una expresión de este predominio es que múltiples investigaciones y experiencias han concluido que el tratamiento del paciente psicótico debe enfatizar la rehabilitación, el desarrollo de habi-

lidades y la satisfacción de necesidades, más que la reducción y la comprensión de su sintomatología (132).

PROYECTO TERAPÉUTICO INDIVIDUAL Y PERSONALIZADO

La tendencia actual para el tratamiento de la esquizofrenia es que éste sea ambulatorio y territorial, lo que significa que la persona siga viviendo en su ambiente y reciba la atención que necesita durante el día, ojalá cerca de su lugar de residencia; también puede ser en la misma casa, con un control psiquiátrico que regule los medicamentos. Actualmente también se incluye a la familia en el tratamiento. Sólo se recurre a la hospitalización cuando hay un episodio psicótico agudo, por el tiempo necesario. Las crisis también se pueden tratar sin internación si se dan las condiciones necesarias de contención y seguridad ambiental.

Lo importante, más allá de la institución en que se ofrezca el tratamiento, es que se cree un proyecto terapéutico individual ajustado a las necesidades de cada usuario/a, y no a las necesidades de la institución. La mejor manera de evitar el deterioro psíquico al que podría llegar una psicosis en malas condiciones de tratamiento y de vida, es tener un proyecto común entre los terapeutas, el enfermo y los que lo rodean (133).

Este proyecto, que debe ser flexible y respetuoso, debe apoyarse en la realidad interna y externa del sujeto, por lo tanto tiene que ser elaborado en conjunto con la persona en cuestión, considerando sus capacidades y deseos, su historia y sus aspiraciones. Este proyecto individual se ha implementado en muchos países y comunidades, contribuyendo a servicios mejor coordinados y más adaptados a las necesidades de los usuarios.

(132) HUNNEUS, T. (1993): «Psicoterapia en Psicosis». *Terapia Psicológica*, Año IX, N° 20, pág. 53. Santiago.

(133) REYNAUD, M. ET. AL. (1991): *Le Traitements des Schizophrènes*. Éditions Frison-Roche, París.

MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA

Desde su aparición en los años cincuenta, los neurolépticos (medicamentos antipsicóticos) han sido el tratamiento tradicional para la esquizofrenia. Y con justa razón, puesto que son de una enorme utilidad. Sin embargo, como veremos más adelante, este no puede ni debe ser el tratamiento exclusivo; los medicamentos tienen que acompañar, complementar y formar parte de un tratamiento integral.

Existe una variedad de medicamentos antipsicóticos, llamados neurolépticos, y todos son efectivos. Las principales diferencias entre ellos están en su potencial —esto es, la dosis necesaria para producir efecto terapéutico— y sus efectos secundarios. Estos medicamentos actúan contra los síntomas de la esquizofrenia, en especial los síntomas positivos. Ellos no «curan» la enfermedad, pero sí pueden disminuir y eliminar los síntomas más agudos. Disminuyen, y muchas veces eliminan completamente, las voces, los delirios, y la agitación que suele ser motivada por éstos. Esta acción de los neurolépticos no sólo es muy valiosa, sino también necesaria para poder manejar los episodios agudos y permitirle a la persona con esquizofrenia hacer una vida relativamente normal.

Cada persona reacciona de manera diferente a los medicamentos, y también varía el tiempo necesario para que se vean resultados, pero en general el medicamento ya está haciendo su efecto total alrededor de la sexta semana de su ingestión. Sólo el psiquiatra puede recetar estos medicamentos, y al hacerlo debe considerar varios factores: cuán afectada está la persona por sus síntomas, su historia, edad, peso y otros.

Generalmente, los efectos secundarios son moderados: mareos, taquicardia, sueño, y desaparecen después de un par de semanas de estar tomando el medicamento. En algunos casos un efecto secundario como la sedación puede ser deseable; en otros no.

Pueden presentarse otros efectos secundarios: algunas personas aumentan de peso, otras disminuyen su interés sexual, puede haber problemas en el período menstrual, o con tomar sol, o alergias en la piel. Los efectos colaterales más molestos son los de movimiento, que pueden ser espasmos musculares

del cuello, los ojos y la espalda. También puede haber inquietud psicomotora, o una lentificación de los movimientos y del discurso. Estos efectos se pueden combatir con medicación anticolinérgica, pero a su vez, ésta puede producir problemas. Por estas razones, es importante comunicarle al médico todos los efectos secundarios que se presenten, para que él evalúe no sólo las dosis, sino también posibles modificaciones en el tratamiento.

Hay que tener presente y tratar de evitar la posibilidad de un efecto secundario específico: la *diskinesia tardía*. Esta enfermedad es un efecto iatrogénico de los neurolépticos, y consiste en movimientos musculares involuntarios de algunas partes del cuerpo; generalmente son en la boca, el tronco y la pelvis, y pueden ser desde leves a severos. Para algunas personas esta condición puede ser reversible, y para otras no. Aparece después de largos años de tratamiento con dosis altas y mantenidas de neurolépticos. También puede aparecer cuando se han administrado simultáneamente con los neurolépticos, drogas anticolinérgicas.

También hay que tener en cuenta que la medicación antipsicótica suele producir efectos indeseables cuando se toma en combinación con otros remedios, con alcohol o drogas.

Lo ideal es evitar los efectos secundarios por medio de un manejo cuidadoso y adecuado de las dosis de neurolépticos, hasta encontrar una dosis lo más baja posible que sea capaz de eliminar o reducir los síntomas y al mismo tiempo, evitar las crisis. Esto se llama tratamiento de mantención, y existe evidencia científica de que es posible realizar este tratamiento y al mismo tiempo reducir los efectos secundarios (134).

Es importante trabajar con el concepto de *dosis terapéutica mínima* y evitar los cambios bruscos en la dosificación, teniendo presente que la dosis requerida para controlar los síntomas aminora con el tiempo. Se estima que la dosis puede reducirse a la mitad después de un año de tratamiento continuado, y otro 25% durante el segundo año (135).

(134) CORDERO, M. (no publicado): Hospital Diurno. Apunte mimeógrafo.

(135) JOHNSON (1983). En: CORDERO, M. (1984): Op. Cit.

Es fundamental que la persona continúe tomando los medicamentos aun cuando haya superado sus síntomas y se sienta bien. Con mucha frecuencia, las personas que toman los medicamentos son reacias a hacerlo, y los dejan en cuanto ya se sienten bien, lo que puede provocar una recaída. Lamentablemente, muchas veces la persona con esquizofrenia y quienes la rodean no han sido claramente informados de lo que puede ocurrir si se abandonan los medicamentos —en especial si se suspenden súbitamente.

Se han realizado muchos estudios e investigaciones sobre la conveniencia del tratamiento de mantención, y todos concuerdan en que *lo más adecuado es mantener la medicación, incluso en aquellos pacientes que han tenido un solo episodio de esquizofrenia* (136). La concordancia en los resultados de estos estudios es notable, puesto que es raro encontrar semejante unanimidad en la psiquiatría. Estos estudios también revelaron que después de dejar la medicación, las recaídas no necesariamente se presentan de inmediato, sino que pueden presentarse a mediano y largo plazo; la tendencia a las recaídas es lenta, pero constante.

Entre la gran variedad de neurolépticos que existe, los más utilizados hasta ahora han sido la *clorpromazina* y el *haloperidol*.

Existen neurolépticos de depósito (por ejemplo Modecate, Piportil) que se colocan por medio de una inyección cada quince días o una vez al mes, que son muy útiles para aquellas personas renuentes a tomarlos diariamente. Esta es la única manera de asegurarse de que el paciente está recibiendo la dosis de medicamento que requiere. Sin embargo, yo creo que es muy importante que las personas que tienen esquizofrenia tengan conciencia de su enfermedad y se hagan responsables de tomar sus medicamentos.

Recientemente se han introducido nuevos fármacos que son más eficientes y tienen menor riesgo de producir *diskinesia tardía*; uno de ellos es la *clozapina* (en Chile, Leponex). Ésta puede tener como efecto secundario un serio problema sanguíneo (agranulocytosis), por lo cual los pacientes que la toman tienen que hacerse un examen de sangre todas las semanas,

(136) CROW ET. AL. (1986). En: MACKENNA, P. J. (1994): *Pchyzophrenia and Related Syndroms*. Oxford University Press, Nueva York.

lo que complica y encarece su uso. A pesar de esto, se usa mucho y con buenos resultados.

Posteriormente han aparecido otros *neurolepticos atípicos*: Risperidona (Risperdal, en 1994), Olanzapina (Zyprexa, en 1996) y Quetiapina (Seroquel, en 1997), Amisulpride (1998). Estos nuevos medicamentos son en general mejor tolerados que los neurolepticos tradicionales, no causan agranulocytosis; tampoco parecen producir diskinesia tardía ni otras alteraciones de los movimientos. También tienen la gran ventaja de actuar sobre los síntomas secundarios o negativos (137). Su principal desventaja, comparados con los medicamentos más antiguos, es que suelen producir aumento de peso y son más caros.

ELECTROSHOCK

Antes de la aparición de los neurolepticos en los años cincuenta, el electroshock (ECT) era uno de los tratamientos más utilizados. Hoy se sigue aplicando en casos de catatonía y depresiones psicóticas, aunque en muchos lugares está prohibido (como en Italia y parte de Estados Unidos).

El electroshock consiste en aplicar una corriente eléctrica en la cabeza del paciente; esto produce una convulsión epiléptica. En los casos de catatonía la musculatura de la persona se relaja. Algunos pacientes olvidan lo que los tenía obsesionados antes, en especial, ideas depresivas, pero una de las razones por las que no se aplica en personas con esquizofrenia es que no olvidan los delirios. Uno de los efectos colaterales es que se borra la memoria inmediata, por lo tanto, la persona no recuerda ni la aplicación del shock ni la situación previa por la que estaba pasando.

En el pasado los pacientes recibían grandes series de descargas, en ambos hemisferios simultáneamente y sin anestesia. Hoy en día se aplican series pequeñas, alternando ambos lados del cerebro, bajo anestesia general.

(137) MÖLLER, H. J. (2000): «Amisulpride: a review of its efficacy in schizophrenia». *Acta Psychiatrica Scandinavia*. Vol. 1, N° 400, pág. 101.

En su Declaración de 1985, el National Institute of Health (NIH) de Estados Unidos señala que no existe evidencia adecuada de que el ECT sea útil en personas con esquizofrenia (138). En estudios en que se ha hecho electroshock verdadero y simulado a pacientes con esquizofrenia, los resultados iniciales han sido mejores en los que recibieron el shock verdadero, pero no se mantienen en el tiempo. Después de un período los pacientes se encuentran en las mismas condiciones originales (139).

Se ha discutido mucho sobre los beneficios y los daños que puede producir esta técnica. Diferentes estudios (140) demuestran una correlación significativa entre el tratamiento con electroshock y la atrofia cerebral. También se ha visto que el ECT tiene riesgos adicionales para las personas mayores, tales como aumento de la presión sanguínea, taquicardia y otros (141). Varios estudios han demostrado que la amnesia puede ser un efecto duradero del ECT (142). Ocasionalmente se le ha hecho ECT a pacientes con los que yo estaba trabajando, y no he observado beneficios duraderos.

Frecuentemente, los pacientes quedan preocupados de que se les haya producido algún daño. En un informe del NIH, además de los daños enun-

(138) "Electroconvulsive therapy". NIH Consensus Statement Online 1985, Jun 10-12 (citado el 11-11-00); 5(11):1-23.

(139) TAYLOR y FLEMINGER (1980); BRANDON ET. AL. (1985). En: MACKENNA, P. J. (1994): Op. Cit.

(140) ANDREASEN ET. AL. (1990): «MRL of the brain in schizophrenia». *Arch. Gen. Psych.* 47:35-41; WEINBERGER, (1979): «Structural abnormalities in the cerebral cortex of chronic schizophrenic patients». *Arch. Gen. Psych.* 36:935-939; CALLOWAY ET. AL. (1991): «ECT and cerebral atrophy: a CT study». *Acta Psych. Scand.* 64:442-445; DOLAN R. J. ET. AL. (1986): «The cerebral appearance in depressed subjects». *Psychol Med* 1986, 16: 775-779.

Estas referencias fueron tomadas de: DOLAN, M. (2000): *Effects of Electroconvulsive therapy. A review of the scientific literature*. Online 2 de Noviembre

(141) TOMAC, T. y RUMMANS, T. (1997): «Safety and efficacy of electroconvulsive therapy in patients over age 85». *Am J Geriatr. Psy.* (1997);5:126-130. En: DOLAN, M.: Op. Cit.

(142) SAKHEIM. En: *Cognitive Disorders: pathophysiology and treatment*, editado por MOOS ET. AL. (1992); SQUIRE ET. AL. (1981): «Retrograde amnesia and bilateral ECT: long term follow-up», *Arch Gen. Psych.*; 38:89-95; WEINER Y COLS. (1986): «Effects of stimulus parameters on cognitive side effects». *Ann Ny Acad Sci*, 462:315-325.

ciados más arriba, se menciona la opinión de muchos pacientes:

«Hay otros efectos secundarios posibles del ECT. Algunos pacientes lo perciben como una experiencia aterradora; algunos lo consideran una invasión abusiva de su autonomía personal; algunos sienten vergüenza por el estigma social que asocian con el ECT, y algunos reportan una fuerte tensión derivada de las pérdidas de memoria permanentes» (143).

ENFOQUES PSICOSOCIALES

A pesar de los beneficios de la medicación antipsicótica, se ha observado que una gran proporción de los pacientes que están tomando sus medicamentos experimentan recaídas (144). En vista de esto, un grupo de investigadores buscó otros factores que pudieran estar influyendo en las recaídas de estas personas. Investigaron de qué manera el ambiente familiar puede influir en el curso de la enfermedad.

En 1962, Brown y cols. (145) comprobaron que algunos pacientes recuperados, con terapia de mantención y dados de alta a sus hogares, tendían a recaer con mayor frecuencia que aquellos que iban a hogares intermedios o vivían alejados de sus hogares. Sospecharon que este fenómeno podría estar relacionado con factores emocionales. Para aclarar esto, diseñaron una investigación cuyos resultados han sido muy importantes para el tratamiento de las personas con esquizofrenia.

(143) «Electroconvulsive therapy». NIH Consensus Statement Online (1985): «What are the risks and adverse effects of ECT?» (citado el 11-11-00); 5(11):1-23.

(144) MACKENNA, P. J. (1994): *Schizophrenia and related syndromes*. Oxford University Press, New York.

(145) BROWN Y COLS. (1962): «Influence of family life on the course of schizophrenia». En: ALPERT, M. (ED.) (1985): *Controversies in schizophrenia. Changes and Constancies*. The Guilford Press, New York-Londres.

Los hallazgos más notables de estos estudios indican que *hay factores estresantes que están directamente relacionados con los episodios psicóticos agudos*. Se identificaron familias con ciertas características de conducta, a las cuales se denominó *Familias de Alto Nivel de Expresión Emocional (EE)*, que consiste en actitudes muy críticas, hostiles y sobre-involucradas emocionalmente, y familias de bajo nivel de EE. Los pacientes que después de estar hospitalizados regresaban a hogares con familias de alta EE, tenían una incidencia de recaídas de un 58%, mientras que sólo el 16% de los que volvían a hogares con baja EE presentaba recaídas.

También se estudió al 42% de los que regresaron a hogares con alto EE que no tenía recaídas, y se concluyó que éstos estaban bajo la protección de una terapia de mantención (medicamentos) y un contacto reducido, no tan estrecho con sus familiares. Los investigadores definieron como «elevado» un contacto de más 35 horas semanales, y como «reducido» un contacto de menos de 35. Mostraron que estos factores protectores (bajo EE y contacto menor a 35 horas semanales) producían una disminución clara de las recaídas, y la suma de ambos factores disminuía esta incidencia a cerca de un 15%.

Este estudio fue replicado por Vaughn y Leff en 1976 (146), con resultados muy similares. Sin embargo, investigaciones más recientes no confirmaron estos resultados (147).

Estos mismos investigadores descubrieron que *un segundo factor productor de estrés serían los «acontecimientos vitales»*. Los describieron como «acontecimientos de aparición inesperada e infrecuente, que pueden aparecer en la vida de cualquier persona» (148). Se refieren a matrimonios, nacimientos, cambios de casa, muertes, pérdida de trabajo, etc. Encontraron que estos acontecimientos también tienen importancia en la producción de recaídas. Esto nos revela una vez más la fragilidad y vulnerabilidad de la persona con esquizofrenia.

(146) VAUGHN Y LEFF (1976). En: KUIPERS, LEFF Y LAM (1992): *Family work for schizophrenia. A practical guide*. Gaskell, The Royal College of Psychiatry, Londres.

(147) KUIPERS, LEFF Y LAM (1992): Op. Cit., pág.1.

(148) LEFF (1982). En: CORDERO, M. (1984): Op. Cit., pág. 10.

Para este enfoque es muy importante hacer la distinción de que la causa de la esquizofrenia no se encuentra en estos hallazgos, ya que se considera que la esquizofrenia es de causa biológica, mientras que los factores psicosociales permiten predecir su evolución.

Una aplicación práctica de estas teorías es la de Wynne y Singer (149). Ellos han propuesto el concepto de comunicación desviada (CD), que consiste en una comunicación verbal poco clara, en un estilo muy personal, con ausencia de compromiso con las ideas, anomalías del lenguaje, y dificultad para completar los mensajes. Jones y Goldstein han desarrollado un instrumento para medir la CD de los padres. *Parece ser que la CD está más asociada con la etiología de la condición esquizofrénica, mientras que la EE afecta más al curso a corto plazo de la enfermedad* (150).

PSICOTERAPIA

Una de las formas de tratamiento que se ofrecen generalmente dentro de las estructuras intermedias que hemos descrito en el capítulo anterior es la psicoterapia, que puede ser familiar, grupal o individual.

Se ha observado que la participación de la familia es indispensable cuando hay un miembro con psicosis. Cuando la familia no colabora en el tratamiento, especialmente si el paciente vive con ésta, es muy difícil obtener resultados positivos y estables. Por esto la terapia familiar y/o el trabajo con familias es fundamental para la recuperación de una persona que tiene esquizofrenia.

No todos los pacientes con esquizofrenia son receptivos a la psicoterapia; sin embargo, la gran mayoría sí lo son y les es de gran utilidad. En mi

(149) GOLDSTEIN (1983): «Family Interaction: Patterns Predictive of the Onset and Course of Schizophrenia». En: STIERLIN, H. (1983): *Psychosocial Intervention in Schizophrenia*. Springer-Verlag, Berlín, pág. 6.

(150) ZUBIN, J. Y COLS. (1985): «Paul Hoch Award Address». En: ALPERT, M. (ED.): *Controversies in Schizophrenia. Changes and Constancies*. The Guilford Press, Nueva York.

experiencia es más útil la terapia de grupo que la individual. Veremos lo que puede aportar cada una de estas modalidades de tratamiento.

Es conveniente tener presente que al hablar con personas con esquizofrenia es mejor estar tranquilo, escucharlos, seguirlos, no imponer nuestros puntos de vista, ni liderar una discusión.

1) Psicoterapia Familiar

El trabajo psicoterapéutico con familias se inició en los años cincuenta. Al comienzo el foco estuvo puesto en familias con un miembro con esquizofrenia, pero pronto se amplió hasta incluir familias con un amplio rango de problemas psíquicos. En un comienzo el trabajo con familias estaba fundado en la teoría psicoanalítica, y más adelante ésta ha ido siendo reemplazada por la terapia familiar sistémica, que actualmente tiene gran auge.

Las intervenciones dirigidas a familias de pacientes con esquizofrenia (que están en tratamiento ambulatorio y reciben medicamentos) tienen como principal objetivo reducir el nivel de estrés emocional dentro de la familias y la cantidad de recaídas del paciente (151). Este tipo de intervenciones familiares tiene varios objetivos específicos:

- Construir una alianza con los familiares que cuidan de la persona con esquizofrenia.
- Aliviar el estrés y la sobrecarga de los familiares para mejorar el clima emocional de la familia.
- Fortalecer la capacidad de los familiares para anticipar y resolver problemas.

(151) MARI, ADAMS y STREINER (1996): «Family intervention for those with schizophrenia». En: ADAMS, MARI, WHITE (EDS.): *Schizophrenia Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Collaboration; Issue 1. Oxford.

- Disminuir la expresión de rabia y culpa en la familia.
- Ayudar a que la familia tenga expectativas realistas con respecto al rendimiento de la persona con esquizofrenia.
- Alentar a los familiares a que establezcan límites apropiados al interior del grupo familiar, y a que mantengan cierto grado de distancia interpersonal cuando sea necesario.
- Lograr cambios positivos en las conductas y las creencias de los familiares.

Mari, Adams y Streiner (152) realizaron una revisión de varios estudios que evaluaban la efectividad de este tipo de intervenciones familiares. Los resultados de esta revisión indicaron que las intervenciones familiares disminuyen la frecuencia de recaídas y hospitalizaciones, aumentan la adherencia al tratamiento medicamentoso y pueden contribuir a que las personas conserven su empleo. Sin embargo, al parecer no afectan significativamente el estrés familiar y la alta expresión emocional.

A) *El modelo de trabajo con familias de J. Leff*

Describiremos el trabajo con familias que realiza el Dr. Julian Leff (153) en Inglaterra, que se deriva de algunas investigaciones mencionadas más arriba. Hemos elegido este modelo de tratamiento porque nos parece que integra las teorías sistémica y psicoanalítica dentro de un enfoque psicosocial, aportando una postura diferente y práctica.

Tanto la teoría psicoanalítica como la sistémica atribuyen a la familia una causalidad en la enfermedad, mientras que en el enfoque de Leff no se considera a la familia como causa, sino como un elemento que puede modificar

(152) MARI, ADAMS y STREINER (1996): Op. Cit.

(153) KUIPERS, LEFF Y LAM (1992): Op. Cit., pág. 1.

el curso de la enfermedad. Por esta razón, Leff y sus colaboradores no llaman «terapia familiar» a este tipo de intervención, y aclaran que el objetivo central del trabajo con las familias es ayudarlas a tolerar mejor al «miembro enfermo»; *consideran a la familia como una aliada para tratar al paciente con esquizofrenia.*

En este modelo, el trabajo con las familias consiste en una intervención con tres componentes básicos: un programa educativo, sesiones familiares en la casa, y grupo de parientes.

a) *El programa educativo*

Esta educación se imparte al comienzo del trabajo, en dos sesiones que se desarrollan en la casa. El paciente puede estar o no presente. Los temas de este programa son: los síntomas de la esquizofrenia, la causa, el curso, el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad. Se da tiempo para hacer preguntas y discutir, y se entrega un folleto que contiene el material educativo. Dado que el punto de vista de la familia tarda mucho en modificarse, estos temas se abordarán una y otra vez durante el trabajo.

b) *Sesiones familiares en la casa*

Los objetivos de estas sesiones son principalmente que los miembros de la familia se respeten entre ellos y colaboren en el intento de mejorar su calidad de vida. Esto se logra mediante diversas estrategias:

- Formación de alianzas entre los terapeutas y los miembros de la familia.
- Modelaje de cooperación y compañerismo equilibrado entre los co-terapeutas.
- Tareas que juntan a los padres y los separan de los hijos, explorando así las ansiedades parentales respecto a este tema, dándole a cada

miembro de la familia la misma oportunidad de expresarse y cambiando los lugares donde se sienta cada miembro durante la sesión.

Se recomienda que los terapeutas trabajen en parejas. Así pueden proveer un modelo para la familia. También se recomienda que las sesiones se planeen con anticipación.

c) Grupo de parientes

Varias familias asisten simultáneamente a estos grupos, y en ellos no participan los pacientes. Se realizan además de las sesiones familiares, pero también se pueden hacer en lugar de éstas. Estos grupos tienen ventajas y desventajas respecto a las sesiones familiares; la gran ventaja es que son más económicos puesto que dos terapeutas pueden atender a varias familias simultáneamente, y la mayor desventaja es que al no estar el paciente presente, no se puede observar su interacción con la familia. Aun así, se ha visto que son igualmente eficientes para ayudar a las familias a manejar mejor los problemas y reducir las recaídas. No debe haber más de doce personas en un grupo.

Los objetivos de los grupos de parientes son:

- a) Disminuir la crítica y el sobreinvolucramiento de los parientes.
- b) Ayudar a los familiares a compartir y elaborar sus experiencias emocionales.
- c) Permitir a los familiares buscar y compartir soluciones a los problemas.
- d) Aumentar las redes sociales de los parientes, combatiendo así el aislamiento y el estigma social.

Este modelo terapéutico enfatiza la importancia de una relación de trabajo armónica y positiva entre los terapeutas y las familias. Los terapeutas nunca deben criticar o culpar a las familias. Los principios rogerianos de que los terapeutas sean cálidos, empáticos (154) y genuinos, se consideran necesarios para trabajar eficientemente con estas familias.

Es común y esperable una fuerte resistencia inicial; es importante respetar el ritmo de la familia, y que los terapeutas sean persistentes hasta lograr una relación de confianza, que le permita a la familia comprometerse en lograr ciertos cambios (155).

B) H. Stierlin: un modelo de terapia familiar sistémica

La teoría sistémica plantea que el miembro de la familia con esquizofrenia es la persona elegida para presentar la «locura familiar». A este miembro se le llama «paciente índice» o «designado», implicando que la patología está en la familia completa.

Stierlin y sus colaboradores (156) plantean que las familias con un miembro esquizofrénico *se relacionan de una manera demasiado indiferenciada y «laxa», y carecen de reglas básicas y límites interpersonales apropiados, lo que genera dificultades en los procesos de coindividuación y coevolución.* Por ejemplo, si un miembro trata de tener una opinión propia, o intenta alejarse de la familia para hacerse más autónomo, inmediatamente recibe críticas, porque los demás perciben el alejamiento como rechazo o descalificación hacia ellos. También existirían problemas serios en la comunicación, y un alto nivel de crítica hacia la persona con esquizofrenia.

(154) La empatía se define como la habilidad de comprender correctamente las perspectivas de los demás.

(155) KUIPERS, LEFF y LAM (1992): Op. Cit., pág. 1.

(156) STIERLIN, H. (1996): «Features of families with mayor affective disorders». *Family Process*, 25, 3:325-337.

En consonancia con estos planteamientos, el objetivo central de este enfoque terapéutico es promover que las personas se sientan y se reconozcan mutuamente como individuos diferentes, pero conectados unos con otros. Stierlin (157) llama a esto «individuación relacional» (*related individuation*), concepto que también abarca la capacidad de la familia para relacionarse con el mundo exterior.

Para lograr este objetivo se plantean metas como:

- favorecer la separación de los individuos y las generaciones;
- modificar las reglas relacionales y la forma de interpretar el actuar de los demás;
- terminar con las coaliciones rígidas;
- si es posible, acercar emocionalmente a los padres;
- reconstruir una jerarquía funcional, basada en la autoridad y cooperación de los padres.

En este modelo se trabaja para que los miembros de la familia vayan desarrollando motivaciones personales diferenciadas y se interesen por aumentar su individuación. Se estimula la curiosidad de las personas por nuevas posibilidades de relación, el deseo de hacerse competente en algún tema o área, la participación en grupos de la comunidad, y el logro de relaciones de pareja cuando no las hay. Al mismo tiempo se abordan los temores y sentimientos de rabia y traición que esto puede generar. Se trata entonces de *un movimiento dialéctico entre el nivel motivacional individual, y el nivel relacional familiar.*

Una segunda estrategia dialéctica es que *el terapeuta debe alternar entre integrarse a la familia para desarrollar la confianza, y luego tomar distancia para*

(157) STIERLIN, H. (1983): «Reflections on the Family Therapy of Schizo-Present Families». En: *Psychosozial Intervention in Psychizophrenia*. Editorial Springer, Berlín, págs. 191-198.

no perder la perspectiva. El primer movimiento se trata de que el terapeuta desarrolle una relación empática, neutral y no amenazante con cada miembro de la familia, que evite hacer críticas y que acepte lo que cada uno dice, dándole una connotación positiva cuando sea posible. El movimiento de tomar distancia se logra mediante un proceso de reflexión guiado por ciertas hipótesis, tendiendo a disminuir la emocionalidad y los conflictos de la familia. El equipo terapéutico detrás del espejo unidireccional ayuda al terapeuta a alcanzar una metaposición.

Una herramienta preferida por el grupo de Stierlin es el interrogatorio circular (158), en que se pregunta a un miembro por la relación entre otros dos integrantes de la familia. Esta técnica permite recoger información sobre las reglas y mitos familiares, y sobre el punto de vista de cada uno/a. Al mismo tiempo se usa la connotación positiva y las paradojas para abordar las resistencias de la familia.

C) Falloon: un modelo cognitivo-conductual

Las estrategias cognitivo-conductuales orientadas a la familia, combinadas con una terapia farmacológica adecuada y un enfoque de *case management* han obtenido resultados positivos en trastornos psicóticos, tanto a nivel clínico como social, familiar y económico (159).

Las estrategias cognitivo-conductuales son, por ejemplo:

- Resolución de problemas
- Entrenamiento de habilidades

(158) PENN, P. (1982): «Circular Questioning». *Family Process*, Vol. 21, N°3.

(159) FALLOON, I. Y COLS. (2000): «Family interventions for psychotic disorders: a review of long-term benefits of international studies». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 122.

- Estrategias psicológicas específicas para tratar manifestaciones psicóticas crónicas (p.ej. síntomas negativos, ansiosos y depresivos).

El Dr. Ian Falloon —uno de los principales exponentes de este enfoque de psicoeducación familiar integral— trabaja en el proyecto «Participación y Apoyo de los Familiares de Pacientes Psiquiátricos», que se desarrolla en siete servicios públicos de psiquiatría en Italia. Los resultados preliminares indican que los pacientes presentan una mejoría clínica y social, y se reduce la carga para la familia (160).

Este modelo se está aplicando en centros de más de veinte países, que forman parte del proyecto OTP, un estudio de *Integrated Care* (Atención Integrada). Se llama así porque se integra la atención ambulatoria, la hospitalización, la atención primaria y la especializada. También se integra a los familiares y los servicios sociales en el proceso de atención (161).

2) Psicoterapia de Grupo

Esta modalidad de psicoterapia consiste en que los miembros del grupo, juntos, conversen y compartan sus problemas íntimos, relevantes en sus vidas y que aprendan a enfrentar estas situaciones difíciles, aprovechando vicariamente la experiencia de otros. Se trabaja con las partes sanas más que ahondando en la patología, y por lo tanto no hay inconveniente en que el número de participantes sea alto (entre diez y veinte personas).

(160) RONCONE, R., Y COLS. (2000): «The Italian Project Involvement and support of relatives of psychiatric patients». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 123

(161) OTP TEAM (2000): Sahlgremska University Hospital. En: «Integrated Psykiatri», *Psykiologia*.

Los objetivos de la terapia de grupo son:

- Lograr que los participantes comuniquen sus problemas, conflictos y asuntos que les dificultan la existencia.
- Lograr que se interesen por los problemas de los demás, disminuyendo así su narcisismo —patológico o no— que es casi siempre uno de los problemas que más dificulta las vidas de las personas con psicosis. Se intenta desarrollar en ellos actitudes y habilidades promotoras de la comprensión empática.
- Lograr que al conversar sobre sus problemas se den cuenta de que éstos son compartidos por la mayoría del grupo, y así ayudarlos a salir de su aislamiento.
- Lograr que aprendan que compartir su intimidad no los daña, sino que al contrario, los alivia y ayuda, disminuyendo así la paranoia que muchas veces padecen estas personas.
- Ayudar a cada miembro a enfrentar y resolver los problemas, conflictos y dificultades que tienen en la vida, y si no logran resolverlos, al menos que los compartan.

Los mejores resultados en terapia grupal se han obtenido cuando el centro de interés es concreto y funcional. Los miembros del grupo, juntos, intentan encontrar soluciones a los diferentes problemas de la vida, de una manera estructurada, recibiendo al mismo tiempo retroalimentación por parte de los demás miembros del grupo. Cuando los problemas son lo bastante concretos, del aquí y ahora, se producen *insights* respecto a la propia conducta y a la de los demás. La capacidad de darse cuenta de una persona psicótica no necesariamente está disminuida, pero puede estar bloqueada debido a la intensa ansiedad que se despierta, por la autoestima dañada y las experiencias negativas. La instrucción que se da a los participantes es de respetarse y escucharse mutuamente, hablar de lo personal, de cosas que les importan, de cualquier tema que les preocupe y afecte, y respetar la privacidad y el secreto del grupo. No se permite la entrada ni salida durante la sesión (dentro de lo posible), lo que facilita un ambiente de mucha concentración.

Para ejemplificar lo que es la *psicoterapia grupal con psicóticos*, presento a continuación material tomado de mi experiencia como psicoterapeuta en la Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén (Capítulo 6).

Análisis cualitativo de un grupo terapéutico con pacientes de la CTD

En esta sección se transcriben y comentan trozos de una serie de treinta sesiones de terapia grupal realizadas durante 1995. He seleccionado trozos textuales que me parecieron significativos. (162) Los temas son siempre elegidos por los usuarios, y cuando no hay unanimidad, se eligen por mayoría. Todo esto intercalado con la interacción entre ellos, que es de mucho apoyo y solidaridad grupal.

Los temas más recurrentes que aparecieron durante las sesiones fueron:

1. El amor, la pareja, el sexo; este es el gran tema, que vuelve una y otra vez y del cual hablaremos en detalle más adelante.
2. El trabajo y los estudios, el proyecto de vida, cómo hacerlo, llevarlo a cabo, las dificultades con que se encuentran. Este tema se encuentra relacionado directamente con el siguiente.
3. La enfermedad, los medicamentos, y cómo esto afecta la autoestima.

Otros temas que aparecen son la amistad, la familia, las drogas, la rabia y agresividad, la maternidad/paternidad, la religión o Dios, y el suicidio.

El primer tema que apareció en el grupo suscitando gran interés por parte de todos fue el del amor, la pareja, el sexo. Los hombres dijeron qué cosas les gustaban en las mujeres: «Que sea femenina, cariñosa, leal con su pareja, tierna y atractiva». Las mujeres estuvieron de acuerdo en que el hombre debe ser: «natural, auténtico, cariñoso, varonil y respetuoso». Lo que menos les gustaba a los hombres de las mujeres es “la vulgaridad”, y a las mujeres

(162) Estas sesiones fueron registradas fielmente por Paula Narváez, quien estaba haciendo su práctica como psicóloga en la Comunidad.

en los hombres “que piensen sólo en el sexo”. Esta conversación termina con Pedro que dice: “El hombre y la mujer perfecta no existen, se junta una pareja así con las diferencias...”.

Ya en la segunda sesión entramos de lleno al tema con el relato de cada uno, de sus experiencias de pareja. Invariablemente en este tema se llega a un punto crítico donde nos encontramos con los núcleos psicóticos o frágiles, como veremos a continuación. Había niveles de experiencia muy diferentes dentro del grupo: un hombre casado y sin hijos, siete hombres solteros, casi sin experiencia de pareja, tres mujeres casadas con un hijo, una conviviendo, con una guagua (que no estaba con ella), tres mujeres con pololeos ocasionales, y una sin experiencia alguna. Tres de los casados están separados.

Una participante cuenta una experiencia de pareja en que de alguna manera utilizó a su compañero para tener un hijo. María le dice: «Yo te voy a dar un consejo... el amor es lo único en que se puede basar la relación de pareja». Esto es interesante pues ella hizo lo mismo.

Una paciente que está casada dice: «Es bonito estar en pareja, uno se ayuda mutuamente, comparte las cosas juntos». Está casada hace 16 años, y tiene un hijo de 16.

Raquel: «Anoche vino mi marido, vino a verme porque quería ver al niño, no está viviendo conmigo ahora. Estamos viviendo separados porque yo no sé hacer las cosas. Cada dos meses él se va... porque se aburre, lo pongo nervioso».

Terapeuta: «¿Cómo estuvo la visita?»

Raquel: «Bonita, tomamos bebida, conversamos...»

A Camilo, que ha estado muy silencioso se le pregunta por su experiencia amorosa.

Camilo: Qué voy a explicar... yo no he tenido experiencias amorosas... Nunca.

- Terapeuta: ¿Y en el colegio?
 Camilo: De vista... La gente se casa. Yo veía como se juntaban y se casaban.
- Terapeuta: ¿Y a ti no te dan ganas?
 Camilo: Sí, pero no lo he intentado (tiene 29 años).
 Francisco: ¿Le tienes miedo a las mujeres?
 Camilo: No, he pololeado pero no ha pasado a mayores... Yo creo que pololearía, terminaría y así...
- Francisco: Tú dijiste que no habías pololeado.
 Camilo: Sí, pero hace tiempo... Más adelante cuando tenga trabajo, para poder casarme... Cuando joven pensaba que iba a tener una experiencia de juego, pero pololié y me aburrió la niña.
- Francisco: Pero entre estar y no estar con una niña, es mejor estar con una.
- Camilo: Sí, puede ser... Tenía que irse, los momentos eran cada vez más cortos... no decíamos nada, caminábamos, nos juntábamos, la despedida fue triste.
- Jorge: ¿Hace cuánto tiempo?
 Camilo: Hace diez años... mejor ni lo cuento (se ríe).
 José: No me gusta pololear, las rechazo.
 Francisco: A lo mejor no te gustan las mujeres.
 José: A veces sí, a veces no... estoy intranquilo, ando como muerto... El año 92 tuve una experiencia sexual con una mujer (alguien se ríe).
- Francisco: La sexualidad es natural.
 José: Sí, primera vez que tengo sexo con una mujer... No sé quién es, no la vi más, por dejado que soy.
- Terapeuta: ¿Quedaste con ganas de verla más?
 José: Sí, pero no la encuentro.
 Terapeuta: ¿No te gustaría encontrar a otra?
 José: No me gusta el adulterio.

- Terapeuta: ¿Tú sientes que tienes un compromiso con ella?
 José: Como si fuera mi mujer.
 Francisco: ¿Cómo la conociste?
 José: Iba caminando, estaba parada en una esquina... Le dije piropos, ahí empezó el acercamiento. Yo quiero encontrarla... Voy donde la encontré, busco en el mapa. Ella preguntó mi nombre...
- Francisco: ¿Te la llevaste a tu casa?
 José: No, si nos conocimos un sólo día no más.
 María: ¿Dormiste con ella?
 José: Sí, pues.
 Francisco: ¿Dónde?
 José: En un motel... Todavía la echo de menos.
 Roberto: Él se atiene a una sola mujer. ¿Por qué él considera que no puede buscar a otra mujer?
- José: No me gusta el adulterio.
 Terapeuta: ¿Qué es adulterio para ti?
 José: Tener más esposas.
 Camilo: La Biblia dice que si uno está con una mujer y después con otra, está cometiendo adulterio.
 Francisco: Es diferente el adulterio legal al emocional... Él se enamoró de ella.
 Camilo: Una persona hace el amor con ella y después le hace el amor a otra, está mal, darle un beso a una y después a otra, eso está mal también.
- José: Me parece que un día la vi, no sé si era ella o no, andaba con un cabrito...
- David: ¿Te cuesta conquistar a una mujer?
 José: Ahora sí, yo la quiero conquistar a ella.
 María: Es un fantasma.

OTRA SESIÓN

- Alicia: (Mujer de 29 años) He pololeado cuatro veces, pero me pasa que ellos siempre terminan conmigo.
- Darío: ¿Por qué?
- Alicia: Porque me dan muchas crisis. Actualmente estoy pololeando, lo quiero mucho, el único problema es que la mamá se mete mucho.
- Gloria: ¿Qué edad tiene él, qué hace?
- Alicia: Tiene 25 años, va a una terapia como esta.
- Terapeuta: Qué bueno, se pueden ayudar.
- Alicia: La mamá de él me dijo que él necesitaba a alguien que lo tire para arriba, una persona sana, y yo también necesitaba eso.

El grupo la aconseja sobre cosas entretenidas y gratuitas que puede hacer con su pololo.

- José: Esa persona que tú amas, si te engaña, ¿qué harías?
- Alicia: Primero pensé que lo dejaría, pero no sé.
- José: Hay amores verdaderos y otros no, los verdaderos son los que no pelean. Yo quiero ser perfecto con la pareja, yo no voy a pelear.
- Terapeuta: ¿Qué es pelear para ti?
- José: Uno llega tarde, va a jugar a la pelota, se va a tomar, no llega... Primero veo lo que le gusta a mi señora y eso hago para ser perfecto... (A Alicia) ¿Tú peleas con tu pololo?
- Alicia: No, conversamos, hemos peleado dos veces... Me reí, pero lo reconocí, por eso nos reconciamos.
- Terapeuta: ¿Ves que se pelea?
- José: Ella tendría que haberlo pensado antes.

- Alicia: Pero uno no piensa antes de reírse.
- José: Yo lo he hecho y me ha resultado... Perfecto con imperfecto no se puede.
- Alicia: Cuando uno se quiere se acepta.
- José: Adorarse el uno al otro es perfección, odiarse es imperfección, amarse por 80 años.
- Camilo: Una perfecta de 80 años...(bromeando)

Aquí hemos visto una interacción entre diferentes niveles de patología. José está en un espacio totalmente rígido y teórico, alejado de la realidad, mientras que Alicia y el resto del grupo están en un terreno mucho más normal y realista. Es en este tema donde nos encontramos con las partes más vulnerables y frágiles de las personas con esquizofrenia. Quisiera recalcar que en estas sesiones en que se habló del amor hubo una actitud de mucho respeto y atención entre todos. Creo que se debe en parte a que están ansiosos, ávidos por conocer y vivir algo, aunque sea vicariamente.

Pareciera que los relatos y experiencias de las mujeres son más cercanas a lo "normal" que las de los hombres; en todo caso todas las historias están marcadas por la frustración. Es típico que los padres de las personas con esquizofrenia les insisten en que pololeen y en general que interactúen con personas sanas como vimos en el caso de Alicia, lo que en general los lleva a grandes frustraciones. Detrás de esto está la no aceptación de la enfermedad, no sólo por parte de los padres, sino por toda nuestra sociedad.

El segundo tema, que aparece muy relacionado con el primero —sobre todo en los hombres, que tienen muy claro que para casarse necesitan dinero—, es el trabajo y los estudios.

- Jorge: ¿Cómo se llevan los dos, lo material y el amor?
- María: Yo te puedo decir. Hay dos cosas fundamentales: que se quieran y tener una situación económica un poco estable, un trabajo seguro... no de puro amor se vive.
- Jorge: Yo tengo entendido que de amor se vive.

María: No, algunos dicen que somos interesadas, pero hay que ser realistas. Los hijos piden cosas materiales y no se les puede dar puro cariño.

Aquí todo el resto del grupo concuerda en la importancia de lo material, y se entra de lleno al tema.

María: Yo quería plantear el tema de las aspiraciones, y plan de trabajo y sistemas de vida... Yo ahora estoy súper fascinada porque empecé a trabajar y tengo planes para el futuro: quiero estudiar para auxiliar de párvulos.

Terapeuta: ¿Por qué?

María: Me encantan los niños, es terapéutico para mí (lo hizo, ya se tituló).

Se le señala que tendría que ser auxiliar de una parvularia.

María: Sí, a mí no me importa, sería un trabajo por el que yo hasta pagaría en vez que me pagaran a mí. Los jardines infantiles son maravillosos, bonitos, aunque sea auxiliar, cumpliría una función didáctica. Me gustaría darle una situación económica mejor a mi hijo, no significa que sea una ambiciosa sin límites, yo siempre he vivido en la miseria... Vivo con mi mamá, mi hijo y unas tías... Me trataba de rebelar porque no quería ser miserable, veía las salpicaduras en la casa, y veía otras casas bonitas en otros barrios y volver a mi casa...

Terapeuta: ¿Antes no se te había ocurrido trabajar? (tiene 39 años)

María: Es que antes estaba en otra onda... Ahora que me mejoré, estoy abriendo los ojos.

Luego todos la apoyan y cuentan experiencias de trabajo. Llegan al tema de si deben decir o no que tienen una enfermedad mental.

María: En el caso de Roberto, no puede disimular porque tiene epilepsia, pero a los demás no se nos nota tanto. Mi patrona no sabe que tengo defectos emocionales, si ella tuviera un atisbo de que tengo problemas psiquiátricos, me despediría (Todos están de acuerdo con ella).

Terapeuta: Si ustedes cuentan que tienen algo, a lo mejor los tratan mejor. (Me responden que «ese es un cuento de hadas».)

Aquí entramos de lleno en el tema de la discriminación que reciben en cuanto se sabe que tienen problemas psiquiátricos. Un ejemplo de esto es el caso de Luis.

Luis: Yo tengo un trabajo, pero gano poco, mil pesos diarios, de 9 a 2 y de 3 a 7. Cargo cemento y madera.

Grupo: Es un abuso.

Luis: Me gustaría otro trabajo... Estoy haciendo un curso de gasfitería.

Terapeuta: ¿Has hablado en la ferretería de que ganas poco?

Luis: Sí, y se enoja el caballero. También se enoja porque tengo que estudiar, me dice «te estoy pagando, y yo quiero tirar para arriba y tú no me interesas».

Grupo: ¡OOHH! Explotador, etc.

Luis: Sí, yo le he dicho que estoy ahí por necesidad, a los otros empleados los trata bien, les da hasta bebida... Se enoja conmigo cuando no entra gente.

María: Te voy a traer el teléfono de un diario que se llama El Rastro, pones un aviso...

Luego María y Gloria comentan lo humillante que es para ellas el trabajo como empleadas domésticas, el maltrato que reciben y lo difícil que les resulta tolerarlo. Todo el tiempo que hemos hablado del trabajo ha estado presente el proyecto "Pizzería" que es un trabajo protegido que en ese momento se estaba organizando y ahora es una realidad.

Llama la atención lo modestas que son las aspiraciones de la mayoría de los participantes. Las mujeres aspiran a trabajos manuales, como seleccionar frutas, manipular alimentos o cuidar enfermos a domicilio. Los hombres, trabajos en la construcción, o jardines o cualquier cosa. Incluso aquellos que han sido estudiantes universitarios están temerosos ante nuevos fracasos. Francisco dice: «Lo bueno cuando uno piensa estudiar o trabajar, es conocer las limitantes que tiene uno mismo. En la Universidad gastaba mucha energía, me ponía muy nervioso, hay que hacer de a poco las cosas». Esta situación, aunque es dolorosa, implica que se ha cumplido un objetivo terapéutico: aprender a reconocer situaciones altamente estresantes ante las cuales son vulnerables, lo que los protege de nuevas frustraciones y por lo tanto de otras crisis, que son tan dañinas para ellos. También implica que han adquirido un criterio de realidad frente a sus capacidades reales.

Por otra parte, es una señal del "desamparo aprendido" que tienen muchas veces estas personas porque se han acostumbrado a que sus conductas no tengan respuestas y se creen a veces más incapaces de lo que son.

Tina: Yo estudié 4 años de educación diferencial, no terminé, me fue mal en el examen de grado, me vino un bajón... He trabajado en otras cosas, pero he durado poco, no me gustaba lo que hacía, me hacían trapear el piso, limpiar los baños, eso no me gusta. Me gusta la pedagogía. Una vez fui vendedora, fui un solo día y me retiré. Eso me causa frustración, yo sé que me la puedo, pero no lo hago. Yo no soy feliz mientras no me desenvuelva sola... Vivo con mi mamá y mi padrastro... Antes yo era buena alumna, buena hija, ayudaba, de repente me empezó esto, caí en un hoyo y nunca más fui la misma.

Aquí está claramente expresado el impacto que ha tenido la enfermedad en su vida. También está la necesidad de independencia y autonomía que es común a todos, en diferentes grados y maneras. Aquí entramos al tercer tema, que aparece muy ligado al anterior.

María: Tesi, yo te quería preguntar... yo no me quiero volver a enfermar... si tomando los medicamentos ¿voy a estar bien?

Al preguntarle al grupo su opinión llegamos al tema de las crisis, cómo se les manifiestan a cada uno. La mayoría cuenta de sus voces, algunas les dicen cosas buenas, y otras, cosas muy negativas. Alguien pregunta "¿El electroshock hace daño? (a ella se le hicieron varios).

Tina: Cuando estaba estudiando tuve una crisis de nervios, me costaba enfrentar el cambio de estudiante a profesional, fue una crisis existencial. Se me produjo una gran inseguridad. Cuando tuve que suspender la carrera, tuve una depresión reactiva, fue grande...me apoyé en Dios. También había perdido la fe, me llené de problemas la cabeza, por el crédito fiscal y otros... Después vinieron otras enfermedades y problemas. Años después, estaba sola en el baño y me vino un pensamiento ajeno a la cabeza... el diablo se apoderó de mi cabeza. Yo me había cerrado tanto a la fe, me estaba trastornando, me hizo alejarme de Dios.

Terapeuta: ¿Conoces bien tus síntomas?

Tina: Sí, pero sigo insegura, eso me vino, pero nunca más, por eso yo digo que no tengo esa enfermedad (esquizofrenia), como que me gusta decirlo para que se compadezcan de mí... A veces me gusta, y a veces no.

Aquí aparece lo ganancial que puede tener o no, decir que tienen esquizofrenia. Más adelante, en otra sesión, Tina dice:

Tina: Sería la mujer mas feliz si pudiera trabajar, fue frustrante ir a un trabajo y sentirme incapaz, insegura, a lo mejor con niños soy diferente. (Ella estudió educación diferencial, pero le faltó el título).

David: También tengo crisis, me siento inseguro frente a personas, en situaciones del mundo externo, me duele la guata, la boca se me cae. Quiero superar eso... De repente estoy tranquilo y pienso "me va a dar angustia" y a veces me da angustia con incapacidad para relacionarme con gente, me limito.

Tina: En vez de pensar que te va a dar angustia haz otra cosa.
David: Es una sugestión pero no puedo pararla, solo en un 30% lo logro, me dura una o dos horas y estoy bien, es una cosa pasajera, cuando estoy con esa angustia no sé qué hacer... ¿Qué me recomiendan? Yo quiero estudiar Derecho, pero de repente me pongo nervioso, pasa un rato y estoy súper bien.

Terapeuta: ¿Te ha venido acá?

David: Sí, pero muy poco, como acá son todos enfermos... (recapacita, se ríen). Bueno, todos tienen problemas, como yo. De repente me llega una crisis, cada dos o tres días; yo puedo aliviar los síntomas con medicamentos, pero yo quiero cortar esto de raíz... No he encontrado la causa, no sé si es endógeno o reactivo... Yo creo que es algo psicológico, todo parte por un pensamiento. Yo quiero atacar ese pensamiento. ¿En su experiencia como psicóloga le han tocado pacientes como yo?

Todos hablan de sus pensamientos negativos.

Francisco: ¿Cómo se puede trabajar la confianza en sí mismo?

Pedro: Yo escucho voces, me imagino cosas, me siento perseguido.

Jorge: Eso se llama delirio de persecución.

David: Paranoia.

En este trozo podemos observar un alto nivel de introspección. Hay otros pacientes con mucha menos conciencia de enfermedad y curiosamente éstos suelen ser los que caen al hospital durante sus crisis. Un ejemplo: le pregunto por sus crisis a Rolando, un paciente que ha estado hospitalizado varias veces.

Rolando: Ahora no me vienen, no me acuerdo... ya no me dan... Ahora me quedan los nervios... me alteraba... hace meses que ya no... depende de que no me alteren (pone la responsabilidad afuera).

Creo que puedo aventurar la hipótesis de que a mayor nivel de introspección, menor necesidad de hospitalización, y por lo tanto, mejor pronóstico. Pienso que el grupo terapéutico ayuda a aumentar la conciencia de enfermedad y la introspección. Hemos visto muchas veces que los que no saben que tienen una enfermedad, o más bien que no la reconocen, dejan el tratamiento, se ponen a trabajar prematuramente en situaciones estresantes y demasiado exigentes para ellos, y al poco tiempo recaen con una nueva crisis y esto se repite una y otra vez hasta llegar a un deterioro y cronificación de la enfermedad.

Habría muchísimos ejemplos más de cómo ellos viven su enfermedad, la conciencia que tienen de ésta, sus deseos y dificultades. Yo he querido mostrarles estos testimonios directos para que tengan una vivencia de lo que es una persona con diagnóstico de psicosis, en especial de esquizofrenia. Son personas con una dificultad; muchas veces con total conciencia de ella, otras, con conciencia de ella, y otras, las menos, sin conciencia.

Estos pacientes que les he mostrado son graves, son de lo más grave que hay en psiquiatría; la mayoría de ellos han estado varias veces hospitalizados. Sin embargo, creo que no responden al mito de lo que se describe en los libros, ni salas de clase, porque nunca se habla de sus partes sanas. Aquí aparece lo enfermo y lo sano mezclado, tal como se da en ellos. Incluso creo que si ustedes visitaran la CTD tendrían bastante dificultad para distinguir entre los usuarios y los terapeutas. Con esto lo que quiero decir es que las

distancias y diferencias "terapeuta-paciente" son innecesarias y más bien dañinas para la autoestima del paciente, que está tan dañada ya. Por supuesto que existen diferencias y éstas se dan de manera natural en el ejercicio de los roles correspondientes.

Para terminar, quisiera mostrarles algunas interacciones que se dan entre ellos que no están referidas a los tres temas seleccionados, sino que al apoyo que se proporcionan los integrantes del grupo entre sí.

Camilo: Quería plantear que nosotros tratáramos de unirnos, de conversar más entre nosotros, hacernos más fuerza, apoyarse el uno al otro, darnos direcciones, tratar de que si alguien tiene que hacer algo, ayudarlo, tratar de ser más un grupo.

Todos apoyan esta idea.

Juan: Tenemos que aprovechar la fuerza para la realidad de afuera...
 Pedro: Apoyarse mutuamente, lo que pasó con el amigo aquí, nos quedamos a hacer el aseo y después me pidió que lo ayudara a cruzar la calle. Yo le dije por supuesto, se pone nervioso (se refiere a un usuario que recién viene saliendo del hospital y aún está delirante y desorientado temporoespacialmente).

Tina: Pienso que nos podemos ayudar mutuamente, uno se puede juntar más con una persona, pero en general llevarse bien con todos, no pelearse, yo trato de saludarlos a todos. Si veo a alguien triste le pregunto por qué, me preocupo por los que no participan mucho. Yo también tengo problemas, pero trato de preocuparme de los demás.

David: Hay un punto neurálgico que es el compartir. Uno es amigo de la gente con quien comparte sentimientos, gus-

tos e intereses. La solución es salir más en grupo, hay que fomentar más las salidas para compartir entre todos. La palabra clave, vital, es compartir.

Ustedes lectores, habrán oído decir que las personas con esquizofrenia no tienen emociones, que su motivación es muy pobre, que son anhedónicos y que no tienen voluntad. Pues bien, David tiene esquizofrenia.

María: Nunca todos en grupo van a estar unidos, es mentira, sería falso que nos uniéramos todos, algunos simpatizan, otros no.

Aquí vemos que no se permiten tampoco las típicas idealizaciones grupales.

EN OTRA SESIÓN

María: Saben qué me pasa a mí, que el problema de la vista me angustia mucho (es casi ciega).

Francisco: No te olvides que Beethoven quedó sordo y ahí hizo su mejor música.... mientras tengas fuerza de voluntad...

3) *Psicoterapia individual*

Como mencionamos en el capítulo anterior, existen diferentes corrientes psicoterapéuticas que han abordado la problemática de la esquizofrenia. A la corriente psicodinámica y fenomenológica hay que agregar la cognitivo-conductual.

A) Corriente humanista-fenomenológica

A muchos de estos pacientes un análisis del pasado y de las fantasías los hunde más en su mundo fantástico, además de generarles mucha ansiedad. Es preferible que la terapia los saque de sus fantasías, los mantenga en el aquí y ahora. Por eso se recomiendan sesiones terapéuticas más bien semanales, o aun más alejadas; lo importante es que el paciente pueda recurrir al terapeuta cuando lo necesita. El punto principal de la psicoterapia es aumentar su autocontrol y su autoestima, y guiarlo hacia la realidad. La expresión de emociones hay que hacerla con cautela, dando apoyo y contención constantes, por la posible aparición de defensas inadecuadas. Estos pacientes se desestructuran fácilmente. Las interpretaciones rara vez se justifican. No hay que temer dar instrucciones y consejos; es importante meterse en la vida del paciente, pero esto sólo se puede hacer cuando existe confianza, y el terapeuta conoce bien al paciente y a su familia. Cuando la familia se pone en contacto con el terapeuta es conveniente recibirlos, pero el paciente debe estar presente.

Las cuestiones existenciales como la muerte, la soledad, la libertad, el amor, el significado de la vida, aparecen a menudo en estos pacientes. Es conveniente ayudarlos a organizar y dar significado a estos temas. Esto se puede hacer con terapia individual o de grupo.

B) Psicoterapia dinámica individual

La teoría psicoanalítica encuentra el origen de la esquizofrenia en una relación padres-hijos perturbada. Así, la esquizofrenia es vista como una perturbación psicológica que es comprensible, inducida en el niño(a) por los padres (163).

(163) FROMM-REICHMAN, F. (1978): *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos*. Paidós, Buenos Aires.

Para el psicoanálisis lo central en estos pacientes es la ansiedad psicótica, y los síntomas son expresiones de esta ansiedad, y son, al mismo tiempo, intentos por reducirla (cumpliendo una función defensiva). A su vez, la función de la/el terapeuta es contener la ansiedad de los pacientes, y ayudarlos a entender la relación entre su mundo interno y su realidad externa.

Para Frieda Fromm-Reichman, una de las personas que trabajó exitosamente con personas con esquizofrenia, el objetivo de la psicoterapia dinámica en estos casos es ayudar a los pacientes a «adquirir conciencia e 'insight' terapéutico de la historia y las causas dinámicas (164) desconocidas responsables de su trastorno» (165).

El trabajo terapéutico está orientado a la reestructuración de la personalidad de los pacientes; cuando la persona hace una regresión a una etapa infantil (166), el terapeuta intenta ofrecerle una experiencia correctora, es decir, reacciona de una manera sana, estable, que ayuda a reparar el ego dañado de la persona.

«Por ejemplo, un paciente me golpeó, y al día siguiente me preguntó si me había molestado o no que lo hiciera. Respondí que no me importaba que me golpeará, por el hecho mismo, pues me daba cuenta que él era demasiado incapaz de expresar de otro modo que por la acción el bien fundado resentimiento que sentía hacia mí en ese momento. 'Sin embargo', proseguí, 'me desagrada, como a todo el mundo, ser atacada; además, si tengo que vigilar para que eso no suceda, se distraerá mi atención y no podré seguir adecuadamente el con-

(164) DINÁMICO: Psicología de los procesos psíquicos inconscientes cargados de energía. WARREN, H. (ED.) (1948): *Diccionario de Psicología*. Fondo de Cultura Económica, México. Pág. 93.

(165) FROMM-REICHMAN, F.: Op. Cit., pág. 130.

(166) REGRESIÓN: retroceso a un modo de funcionamiento característico de una fase anterior del desarrollo psíquico. WARREN, H. (ED.) (1948): *Diccionario de Psicología*. Op. Cit., pág. 16.

tenido de sus comunicaciones'. El paciente respondió prometiéndome espontáneamente no volver a golpearme, y cumplió su promesa, pese a que tuvo que pasar todavía por varias fases de gran hostilidad» (167).

Frieda Fromm-Reichman intenta entender la sintomatología esquizofrénica y tratarla como una expresión de la ansiedad y una defensa contra ella. Según esta autora, los pacientes esquizofrénicos, como otros pacientes mentales en tratamiento, repiten con el terapeuta las experiencias interpersonales que han tenido durante su vida. Por lo tanto, una parte fundamental de la terapia es explorar y aclarar la ansiedad y los síntomas, tal como se manifiestan en la relación médico-paciente:

«Nuestra atención terapéutica se centra en la investigación y aclaración dinámica de los aspectos conscientes e inconscientes de la relación entre médico y paciente, en sí misma y en sus aspectos transferenciales» (168).

C) *Psicoterapia conductual*

El adiestramiento en habilidades sociales se ha utilizado para tratar a los pacientes mentales crónicos. Puede orientarse hacia las necesidades instrumentales de cada persona (manejo de la medicación, encontrar y conservar una residencia, habilidades de recreo y ocio, consumo y economía doméstica, y utilización de los servicios públicos) y en el desarrollo de habilidades para establecer relaciones interpersonales. Aquí los esfuerzos van

(167) Id., pág. 40.

(168) Id., pág. 127.

dirigidos a mejorar las habilidades conversacionales, de compañerismo y amistad, y de relaciones familiares (169).

Las estrategias de este enfoque son:

- Establecer objetivos positivos: haciendo que el paciente participe activamente, el terapeuta le ayuda a definir objetivos preguntando por ejemplo: ¿qué sentimientos no están siendo expresados?, ¿qué necesidad interpersonal no está siendo obtenida?, ¿con quién necesita mejorar sus relaciones?
- Ensayo conductual: es la representación de papeles en situaciones simuladas que se parecen a la vida real del paciente.
- Reforzamiento positivo: el terapeuta ofrece al paciente retroalimentación positiva por cualquier logro o actitud positiva. Los componentes conductuales del reforzamiento positivo son mirar a la persona, acercarse a ella, mostrar una expresión facial agradable, usar un tono de voz cálido y elogiar la conducta, no la persona.
- Moldeamiento: consiste en el desarrollo de secuencias y cadenas complejas de comportamiento social, por medio de refuerzos sucesivos de pequeños avances del paciente. El terapeuta descompone los objetivos a largo plazo en pasos pequeños, y refuerza el progreso del paciente en el cumplimiento de estos sub-objetivos.
- Instrucciones: se alienta al paciente para que use frases o conductas no verbales eficaces. Esto puede acelerar la enseñanza de habilidades sociales.
- Modelamiento: mediante la demostración de una habilidad determinada, el terapeuta puede enseñar al paciente a mejorar sus conductas sociales. Es especialmente útil para pacientes crónicos con déficit cognitivo.

(169) LIBERMAN, R. (1993): *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Editorial Martínez Roca, España.

- Tareas para la casa y práctica *in vivo*: se pide al paciente que ponga en práctica las habilidades aprendidas en una situación de su vida cotidiana.

Este tipo de intervenciones puede utilizarse tanto en terapia individual como en trabajo grupal.

4) El trabajo como terapia

La validez del trabajo como instrumento terapéutico ha sido ampliamente demostrada. En el capítulo anterior se describió la Empresa Social como parte importante de la Reforma Psiquiátrica, ya que proporciona una forma de trabajo para las personas con desventaja. Con la Empresa Social se intenta derribar el muro entre asistencia y producción. Es decir, no se trata de ayudar a las personas para que se sientan mejor o entiendan más lo que les pasa, sino que trabajen para que produzcan, ya que esto resulta terapéutico en sí mismo. En este contexto las personas no son reconocidas y tratadas por los problemas y carencias que sufren, sino por su energía, capacidad, recursos, pasiones y competencias que pueden invertir, cambiar o ejercitar, sin importar cuán desviadas están de la norma (170). Estos son algunos de los principios de la Empresa Social que se desarrolla en Italia (ver capítulo 3).

El trabajo llega a ser un espacio importante sobre el cual crece esta malla de relaciones entre las personas. Lo terapéutico aquí es no sólo la actividad, el entusiasmo y contacto entre los emprendedores, sino que el cambio de rol, tener acceso y participar con iniciativa y responsabilidad en las empresas.

Programas de Apoyo Laboral

Los programas de apoyo laboral (*supported employment*) ayudan a las personas con enfermedades mentales a ser exitosas y a estar satisfechas con su trabajo. Lo hacen proveyendo apoyo cuando el individuo lo desea o necesita. Esto ha hecho posible el empleo para muchos individuos que de otra manera habrían sido incapaces de tener y mantener un empleo debido a la severidad de su discapacidad (171).

En Estados Unidos hay programas muy desarrollados para facilitar el trabajo de personas con enfermedades mentales severas. Uno de ellos es la Asociación Internacional de Servicios de Rehabilitación Psicosocial (IAPSRs). Este proyecto se está llevando a cabo en tres Estados (Pennsylvania, MO, Missouri y Florida), y ayuda a las personas a obtener un empleo competitivo en el mercado regular del trabajo. Hasta ahora sus logros han sido lograr empleos rápidamente, y proveer servicios de apoyo y consejería a los usuarios. Actualmente están investigando cuáles son los factores que interfieren en la mantención del empleo (172).

Los resultados de diversos estudios indican que mientras más experimenta un «empleado apoyado» las prácticas típicas del trabajo (ser empleado, salarios, orientación, beneficios, y oportunidades de integración social), mejor es el resultado en el empleo (173).

(171) ROBERTS, M. (2000): «Supported employment for people with psychiatric illness». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 105.

(172) HUGHES, R. (2000): «Results of a three-year Research and Demonstration Project Facilitation Employment for persons with serious mental illness». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 144.

(173) BANKS, B. Y COLS. (2000): «Outcomes of Supported Employment: International research of employments supports for individuals with disabilities». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 104.

(170) DE LEONARDIS, MAURI Y ROTELLI (1994): *L'Impresa Sociale*. Anabasi, Milán, Italia.

5) *Arte como terapia*

Estamos asistiendo, en este último tiempo, al nacimiento de películas, publicaciones, exposiciones, festivales, todos con el propósito común de presentar en público el trabajo artístico de personas con dificultad (174).

La rehabilitación psicosocial incluye entre sus múltiples y variados dominios, la terapia a través del arte. Mejora el funcionamiento social y personal de los pacientes psicóticos al facilitar la expresión de emociones, sentimientos y conflictos a través del dibujo creativo (175). La expresión plástica sirve para la introspección, reflexión y conciencia de uno mismo.

Los grupos expresivos como terapia artística, danza, musicoterapia, psicodrama (Capítulo 3, Polonia), se distinguen de los grupos de psicoterapia tradicionales en que no abordan los problemas de los pacientes en forma exclusivamente verbal, sino que promueven la expresión y elaboración de los conflictos por medio del uso y exploración de material de tipo artístico. Este proceso tiene un gran potencial de transformación y sirve de punto de partida y estímulo para el trabajo psicoterapéutico (176).

Mirado desde la rehabilitación, el arte es «hacer algo». Una pintura es un logro tangible y demuestra destrezas de organización, competencia, imaginación y el uso creativo del cuerpo. Se deben enfatizar tres áreas en el proceso de rehabilitación (177):

(174) VASSEUR, A. (2000): «Art et culture refondateurs de liens sociaux». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 154.

(175) IENCIU Y COLS. (2000): «Together -by art and introspection. The art therapy groups's experience in the psychosocial rehabilitation». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de Mayo, París, pág. 167.

(176) ARAYA, C.; CORREA, V.; SÁNCHEZ, S. (1992): *La plástica como herramienta psicoterapéutica*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile.

(177) BEDONI, G. Y COLS. (2000): «Art as a need: aesthetic dimension and rehabilitative process». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 168.

- El valor de la comunicación por medio de la imaginación y de los símbolos.
- La importancia de «otros» lenguajes con personas con esquizofrenia.
- El arte como un «hacer» para las capacidades latentes cuando hay perturbaciones severas de la comunicación verbal.

En Hungría hay una vasta tradición de terapia de arte. Un lugar muy especial es el Hospital Psiquiátrico Pomaz donde hay una gran colección de pinturas, dibujos, y esculturas hechas por los pacientes. Tienen más de dos mil piezas. Desde hace 16 años este hospital organiza un campamento internacional en el cual los pacientes trabajan juntos durante dos semanas y esto se transforma en una verdadera comunidad terapéutica (178).

Para un grupo de terapeutas de Lituania, el participar en exhibiciones de arte que muestran sus obras mejora la calidad de vida de los pacientes. Esta participación los pone orgullosos, especialmente si la prensa y la sociedad les presta atención (179).

Además de la pintura y el dibujo hay muchos otros modos de terapia de arte. Uno de estos es la técnica del autorretrato escultural. Esta consiste en que se le pide a los pacientes que moldeen su autorretrato en plastilina frente a un espejo en la presencia del doctor. Este método además de estimular el proceso de auto-reconocimiento, autoestima y autoevaluación, promueve una manera diferente en la relación médico paciente, en especial para aquellos que sufren de autismo (180).

(178) KOSZA, I. (2000): «Art therapy in Hungary». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 167.

(179) SURVEILAITÉ, D.; BARAUSKAITÉ, I. (2000): «Participating at art exhibitions, a way to improve a quality of life of psychiatric patients». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 167.

(180) ARAKELOVA, G. (2000): «On the peculiarities of psychotherapeutic contacts in the treatment and rehabilitation of autistic patients by the technique of sculptural self-portrait». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París, pág. 167.

La musicoterapia tiene una estrecha relación con la danzaterapia, y a veces es difícil distinguir sus límites, por la interacción entre sonido, movimiento, ritmos musicales y humanos. Es una de las terapias de arte que se ha aplicado a mayor número de personas con discapacidades físicas y problemas sociales. Las variedades dentro de la musicoterapia abarcan roles creativos, interpretativos y receptivos.

Existen variadas formas de musicoterapia, pues la música puede movilizar los potenciales creativos del paciente hacia la salud, entendida como armonía y la coordinación rítmica interna y con los demás. Lo estético asume un rol terapéutico. Esta postura representa el polo artístico-estético de las terapias de arte, siendo el polo opuesto el modelo médico y psicológico tradicional.

En Chile, como uno de los programas de la **Unidad de Rehabilitación del ex Hospital Psiquiátrico**, Svieta Mayeska, terapeuta ocupacional polaca, está haciendo un taller de máscaras, psicodrama y cuerpo. Este consiste en que entre diez a veinte pacientes crónicos se reúnen una vez por semana durante tres horas y trabajan juntos. El taller es mixto, algunos de los pacientes viven en el hospital y otros asisten a actividades diurnas. El taller se divide en tres partes:

- Primero hacen ejercicios corporales, toman contacto entre sí, aprenden a tocarse sin miedo, se hacen masajes, etc.
- Luego cada uno elige su máscara y con ella hacen diferentes juegos; con la máscara puesta comienza a vivir y hablar el cuerpo. Por ejemplo, uno queda afuera y el resto actúa con sus cuerpos reflejándolo. Utilizan mucho el espejo. Se desarrolla la capacidad de improvisar.
- En la tercera parte se conversa sobre lo que se ha hecho y cada uno dice lo que siente y piensa. Este taller dura diez meses, y un grupo de los pacientes ha tenido una asistencia extraordinariamente constante.

Esta Unidad de Rehabilitación tiene además otros talleres, como por ejemplo teatro, literatura, fotografía, música, títeres y expresión corporal.

En la Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén (CTD, Capítulo 6) se hizo una experiencia con alumnas en práctica de la U. Diego Portales. Consistió en un taller de pintura que duró 2 a 3 años. El taller se realizaba una vez por semana de 9.30 a 13.00 horas. Constó de cuatro etapas:

1. Conocer las temáticas recurrentes de la vida cotidiana, por medio del trabajo plástico y el análisis de las obras.
2. Integrar la propia expresión con el manejo de la técnica. Aquí se trabajaron conceptos básicos de la plástica (manejo de luces y sombras, copia de modelos, conocimiento de colores, uso de diversos materiales, otras técnicas, como difuminado, matices, etc.).
3. Conocer artistas, tanto pintores como escritores y poetas, con el fin de enriquecer el conocimiento de la cultura, e integrar lo anterior con el desarrollo de las habilidades sociales y el desarrollo de la concentración, atención y el análisis de producciones artísticas. Esta actividad incluyó visitas a exposiciones de arte y museos.
4. Realizar producciones colectivas, integrando las fases anteriores.

Al finalizar el taller los participantes hicieron un mural bellissimo y muy integrado en uno de los muros de la comunidad (portada).

También se hizo otra experiencia de trabajo plástico con alumnas en práctica de Psicología, de la U. de Las Condes. Al final se realizó una exposición en dicha Universidad, que contó con la asistencia de alumnos, profesores, la Decana de Psicología y la Rectora. A los usuarios artistas se les premió con un diploma además de ver sus obras expuestas en la Universidad. El reconocimiento por parte de personas de la Universidad, ajenas a la CTD fue importante para la autoestima de los pacientes, y muy gratificante para todos.

En la misma CTD se realizó un proyecto FONDART dirigido por el profesor de teatro Jaime Silva. Consistió en la presentación de la obra de

teatro «El Príncipe Feliz» de Oscar Wilde. En ésta actuaron nuestros usuarios y algunos alumnos de teatro, todos dirigidos por él. Trabajaron intensamente y el resultado fue muy hermoso. Puedo decir con certeza que esta fue una experiencia muy terapéutica para los pacientes que participaron en ella. También fue muy positiva para toda la CTD, puesto que la obra fue vista por familiares, amigos y público en general, lo que, de paso, ayudó a tener una interacción más cercana con los vecinos.

Experiencias como estas, en las que personas externas a la comunidad, artistas, alumnos/as aportan su quehacer y lo hacen con nuestra colaboración y de manera estructurada, tenemos muchas y son extraordinariamente positivas.

* * *

Hemos revisado muchas modalidades de tratamiento y dentro de ellas podemos discernir entre las tradicionales (o represivas) y las innovadoras o liberadoras, aunque la gran mayoría de las expuestas aquí pertenecen a la segunda corriente.

También podemos observar las diferencias entre los países y la importancia del contexto político, social, económico y cultural, y cómo éste influye en los servicios y tratamientos.

Al revisar la cantidad de opciones que existen hoy en día para una persona con trastornos mentales nos damos cuenta de cómo ha ido cambiando, en especial en este último tiempo (desde los años 1950-60), el concepto de «enfermedad mental», particularmente el que tienen los que la tratan. Sin embargo, aún nos falta mucho camino por recorrer, especialmente en materia de información. A pesar de todos estos tratamientos novedosos, la gran mayoría de las personas mantiene sus prejuicios respecto a la esquizofrenia; no hay suficiente divulgación que lleve a una familiaridad con el tema.

Lo importante es que no hay una sola forma de tratamiento para la esquizofrenia: todo lo que sea favorable para el crecimiento psicológico y la madurez de los seres humanos en general también ayudará a las personas con esquizofrenia y viceversa.

El tratamiento debe ser integral: no sólo medicación, ni sólo psicoterapia, sino que debe considerar todos los aspectos y necesidades de la persona y no descuidar la participación de la familia. Deben establecerse metas específicas *con* el paciente, y no *para* él. Con el desarrollo de sus deseos, pensamientos, sentimientos, roles y responsabilidades, su sentimiento de identidad se hará más fuerte. Esto lo llevará a experimentar más relaciones interpersonales y así irá adquiriendo mayor autonomía y madurez, interna y externa, que es uno de los objetivos principales de la terapia con personas con esquizofrenia.

Lo ideal es encontrar el nivel de estimulación más conveniente para la persona en cuestión. Cuando un paciente está en crisis o fase aguda (agitado, confuso, delirante, hipersensible, etc.), el objetivo principal de la terapia será disminuir todas las exigencias a que está sometido/a. Intentar procurarle una atmósfera tranquila y relajada, con la menor estimulación posible, ojalá en un lugar pequeño, limitado. Esto es lo contrario de lo que generalmente ocurre, pues la misma agitación del paciente crea un círculo vicioso de agitación en su entorno. Es por esto que es tan importante que los que tratan con estas personas sean tranquilos y serenos, y confíen en su capacidad de contener a los pacientes.

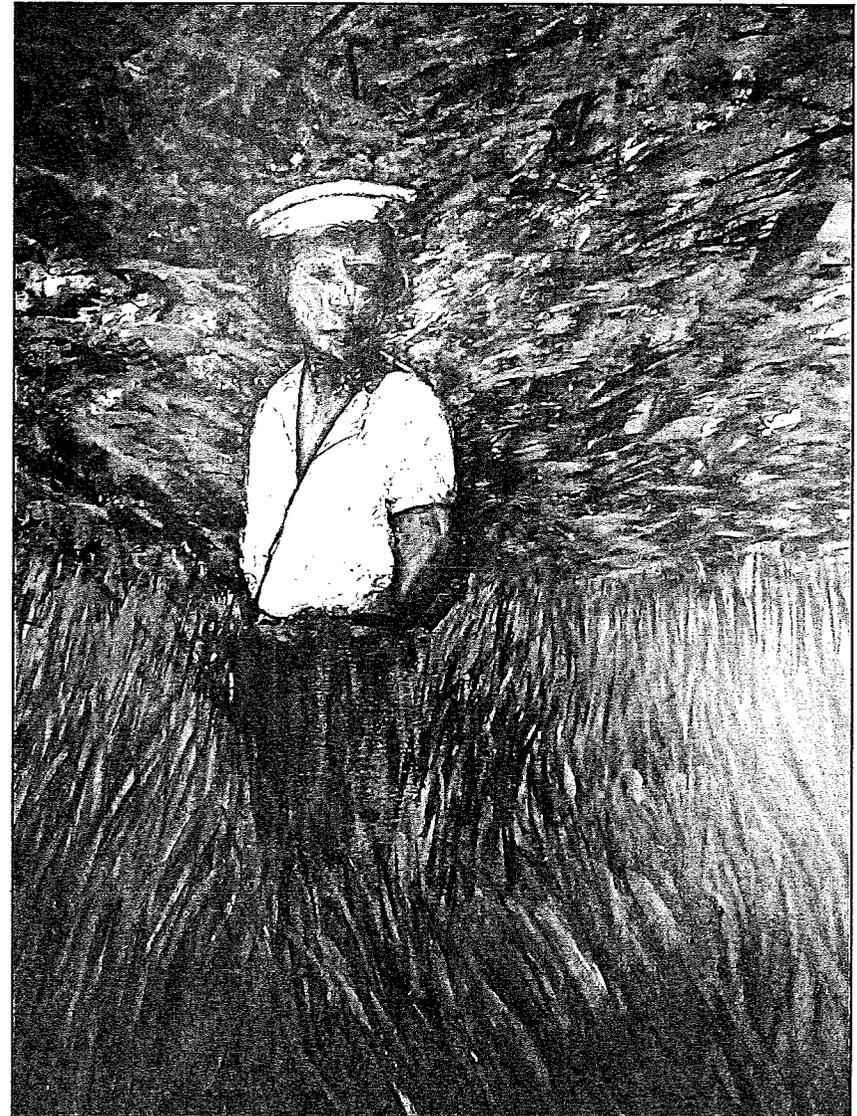
En cambio, para los pacientes que están sin síntomas productivos, sino que están apáticos, indiferentes, con poca energía, hay que hacer exactamente lo contrario: activarlos socialmente, estimularlos, responsabilizarlos y proveerles —con mucho respeto— múltiples oportunidades para que encuentren lo que ellos pueden y les guste hacer y ahí apoyarlos, favoreciendo un círculo virtuoso de actividad = premio o refuerzo.

Quiero enfatizar que lo más importante no es *qué* se hace con los usuarios, sino *cómo* se hace. A los terapeutas tiene que gustarles su quehacer, hacerlo con entusiasmo, o por lo menos, con gusto. Tienen que saber valorar con quiénes están trabajando y disfrutarlo. De otra manera, no sirve.

Es necesario que las personas que tratan con la esquizofrenia tengan ciertas características: que sean sensibles, tengan un yo fuerte, sean sinceros y directos, que tengan buen humor y alegría de vivir, pues esto es contagioso y reírse es terapéutico (para todos, no sólo para los pacientes).

Estas afirmaciones están fundamentadas por investigaciones cuyos resultados indican que no sólo las características intelectuales y estructurales del ambiente terapéutico merecen atención, sino que también son de primera importancia sus características afectivas (181).

(181) CIOMPI, L. (1988): Op. Cit.



Francis Bacon (1909-1992). Miss Diana Watson.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

El modelo de tratamiento de Comunidad Terapéutica (CT) ha sido aplicado para personas con diferentes tipos de problemas, razón por la cual su estructura se ha dado de diferentes formas. Ha sido aplicado en situaciones tanto residenciales como diurnas. Sin embargo, todas las Comunidades Terapéuticas sostienen la filosofía de que el medioambiente terapéutico es en sí mismo una parte instrumental de la mejoría.

Los principios claves de la CT incluyen:

- responsabilidad por sí mismo,
- decisiones tomadas en conjunto,
- comunicación abierta,
- la creencia de que todos los miembros de la comunidad, personal y pacientes, son agentes activos en la mejoría.

La aproximación de Comunidad Terapéutica es, hasta ahora, la única rama de la psiquiatría que tiene un interés explícito en la democracia (182). La ideología democrática es cada vez más relevante y sus procedimientos aparecen cada vez más legítimos en el ejercicio del poder y la autoridad.

(182) WINSHIP, G. y HAIGH, R. (2000): «Public mental health and the new therapeutic community». *Therapeutic Communities*, Vol 21, Nº1, pág. 53.

Históricamente, el término Comunidad Terapéutica se ha usado para describir una institución residencial especializada donde la terapia se lleva a cabo en la vida diaria, incorporando los temas de democratización, horizontalidad en las relaciones, vivir y compartir juntos, permisividad y confrontación realista (183). Sin embargo, aun cuando esta ideología se ha aplicado con gran éxito en servicios psiquiátricos de internación y ambulatorios, no ha sido adoptada en otros tipos de servicio como hospitales y centros diurnos, por ejemplo.

En la actualidad se propone ampliar este concepto, para promover una mayor aplicación del método de CT a una variedad de áreas terapéuticas, en lo que se ha llamado «CT pública» (184). El planteamiento central es que esta modalidad de tratamiento es aplicable a diversas instancias en el contexto comunitario y que promueve una práctica psiquiátrica más abierta. Por ejemplo, se ha usado este modelo con personas que sufren estrés post-traumático y en un pabellón de pacientes violentos y regresivos (185). Ambos con muy buenos resultados.

Pensamos que estos principios se podrían aplicar, y podrían ser de mucha utilidad en una gran variedad de ramas terapéuticas, manteniendo la idea fundamental de que la rehabilitación y la recuperación descansan sobre la internalización exitosa de un tipo de relación —basada en los principios comunitarios— que el paciente se lleva al mundo público desde su experiencia terapéutica. Las únicas personas que no se benefician con este modelo serían la personalidades psicopáticas y las personas con retardo mental severo, pues ambas requieren de sistemas jerárquicos y límites muy definidos.

No es fácil determinar cuál es la esencia de la CT, ya que hay muchas interpretaciones de este nombre. Kennard logra destilar este concepto:

(183) RAPOPORT (1960). En: WINSHIP, G. y HAIGH, R. (2000): Op. Cit.

(184) WINSHIP, G. y HAIGH, R. (2000): Op. Cit.

(185) BILLS, L. y BLOOM, S. (2000): «Trying out Sanctuary the hard way». *Therapeutic Communities*, Vol. 21, N°2.

«Algo que yo llamo el impulso de comunidad terapéutica fluye a través de muchas formas de organizaciones de cuidados institucionales, o más bien en las personas que las crearon... Estas incluyen escuelas especiales, hospitales psiquiátricos, prisiones, albergues, centros diurnos. Este impulso es difícil de definir. Se manifiesta en muchas actitudes: liberalismo igualitario, mentalidad psicológica, tolerancia a la expresión de ideas contrapuestas, y una cierta informalidad con respecto al asunto de ayudar a las personas. Es un impulso que focaliza en la calidad de las relaciones y la comunicación entre las personas, en la forma en que naturalmente se relacionan entre sí... Este impulso se contradice con otros, por ejemplo, el impulso a uniformar a las personas, haciéndolas lo más fáciles de manejar posible, que se encuentra en muchas instituciones, así como en sociedades más represivas. O el impulso a cuidar a las personas de manera protectora pero controladora, que es característico de muchos buenos hospitales» (186).

El método de CT intenta procurarle a los pacientes un máximo de oportunidades de tratamiento y rehabilitación apropiados. Los profesionales que trabajan con este método actúan como interlocutores, al introducir sistemas terapéuticos que transforman patrones patológicos de relación —derivados muchas veces de relaciones previas dañadas— en relaciones sanas y potencialmente apoyadoras. Las asambleas comunitarias y las interacciones informales ofrecen oportunidades permanentes para practicar y experimentar nuevos comportamientos, desarrollando así una comprensión más profunda de cómo el presente se relaciona con el pasado y de cómo las relaciones pasadas se reviven en el presente.

(186) KENNARD (1983). En: HINSHELWOOD, B. (1999): «Looking back over the first 20 years of the Journal». *Therapeutic Communities*, Vol 20, N°4, pág. 316.

El modelo de CT parece apropiado al mundo de hoy porque mira al paciente en el contexto de su ambiente social y personal, y se orienta a desafíos psicosociales totales, aun con los pacientes más intransigentes, incluyendo personas con adicción a las drogas, con personalidad limítrofe y con desórdenes forenses. El tratamiento de CT es ambicioso, ya que aspira a la productividad social, reinserción laboral, y la optimización del balance costo- beneficio.

En su artículo *Contemporary Community Psychiatry: Where is the Therapy?*, el Decano del *Royal College of Psychiatrists*, plantea que la ideología de la CT debería llenar el vacío que existe en el corazón de la psiquiatría comunitaria (187).

Al especializarse en facilitar grupos y dinámicas de las organizaciones, el método de CT tiene un rol central en ayudar al desarrollo de nuevas formas de organización social, más allá de las instancias residenciales, por ejemplo, en hospitales diurnos y equipos de salud mental comunitarios (188). De hecho, uno de los primeros hospitales diurnos en el mundo, y el primero en Norteamérica, fue organizado como comunidad terapéutica por D.E. Cameron en Canadá, en 1947.

UNA EXPERIENCIA CHILENA

En Chile también se ha organizado hospital diurno con el modelo y la ideología de CT. En el año 1978, se creó un nuevo hospital diurno en el Hospital Psiquiátrico. Se formó un equipo multidisciplinario en que el Dr. Patricio Olivos era el director, y yo era la psicóloga. Gracias al director del hospital de ese momento, el Dr. Rafael Parada, tuvimos todas las facilidades y el apoyo para planificarlo y llevarlo a cabo en las mejores condiciones dentro de las circunstancias. (Estábamos en plena dictadura y funcionábamos dentro de nuestro antiguo hospital psiquiátrico). Se nos otorgó un lu-

(187) COX (1998). En: WINSHIP, G. Y HAIGH, R. (2000): Op. Cit., pág. 50.

(188) HINSHELWOOD, B. (1999): Op. Cit.

gar nuevo, amplio y luminoso. Funcionó bien, aunque con algunas dificultades, ya que la ideología que nos rodeaba no era precisamente comunitaria. Aun así, logramos realizar las asambleas comunitarias y nuestras actividades de manera democrática, aplicando dentro de lo posible los principios comunitarios.

Creo que fue uno de los mejores momentos que ha tenido el hospital diurno del Hospital Psiquiátrico. Trabajamos con entusiasmo y alegría, viendo cómo nuestros pacientes se relacionaban bien entre ellos y con nosotros. Pero, después de tres años, la contradicción entre lo que nosotros pretendíamos hacer y el lugar en que lo estábamos haciendo fue demasiado grande (había cambiado la dirección del hospital).

Me fui, con gran parte del equipo, a desarrollar una iniciativa similar a otra parte (esa es otra historia). Al poco tiempo el hospital diurno fue trasladado a otro lugar más chico y oscuro, y pasó del modelo comunitario al modelo psicoanalítico. Recién ahora, como conté en el capítulo 3, se está intentando volver a poner en práctica el modelo comunitario en este servicio.

Aquí quisiera hacer un breve comentario. Siempre me ha llamado la atención que en este hospital psiquiátrico —que ha sido el mayor centro de formación en psiquiatría que tenemos en Chile— gran parte de los estudiantes se forman en psicoanálisis. No creo que este enfoque sea muy útil para los pacientes del hospital, que en su gran mayoría provienen de medios de extrema pobreza, y por lo tanto, no tienen mucha educación ni formación intelectual.

LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN INGLATERRA

El país con más tradición en materia de CTs es Inglaterra, razón por la cual contaré cómo se desarrollaron allí éstas y describiré algunas de ellas. El precursor de estas CTs fue John Conolly, quien fue nombrado director del «asilo de lunáticos» de Hanwell en 1839 (así se llamaba el actual Hospital St. Bernard, donde está la unidad Conolly que aún funciona como CT). Él

impulsó un tratamiento sin métodos represivos; eliminó las camisas de fuerza y todos esos elementos constrictivos. Introdujo el principio de que los enfermos debieran ser educados y les ofreció actividades musicales y recreativas. También pensaba que los cuidadores debían de tener un entrenamiento específico. Lo sorprendente es que estos principios aplicados en 1840 sobreviven hasta el día de hoy en la CT de la Conolly Unit del St. Bernard's Hospital (189), que describiré más adelante.

1) Maxwell Jones

Maxwell Jones era un psiquiatra con formación médica tradicional que trabajó en los primeros años de la segunda guerra mundial en el Maudsley Hospital de Londres (este es el principal centro inglés de formación psiquiátrica). De ahí fue enviado al Millhill School, un hospital en la periferia de Londres. Ahí Jones y otros instituyeron un tratamiento para los problemas psíquicos de los militares, con tan buenos resultados que se creó un Hospital Psiquiátrico con características diferentes de los hospitales existentes.

Después de la guerra continuó trabajando con pacientes con las mismas características: personas con serios problemas de discapacidad, que habían perdido su trabajo, que se sentían inútiles y desorientadas.

En el Belmont Hospital la preocupación de Jones era proporcionar a los pacientes las habilidades sociales necesarias para que se comportaran adecuadamente en su vida personal. Los primeros objetivos de su CT fueron hacer a las personas capaces de enfrentar las situaciones sociales de la vida externa a la comunidad, sin ambiciones psicoterapéuticas. Realizaba reuniones grupales con miembros del equipo y los pacientes e invitaba a comunicar libremente los problemas poniendo énfasis en borrar los roles.

Jones fue capaz de darse cuenta de que las personas se pueden comunicar mejor entre sí cuando no están oprimidas por el autoritarismo y que esto en sí es terapéutico.

(189) MACARIO, M. (1990): *Attraverso lo specchio: un viaggio nelle comunità terapeutiche inglesi*. Centro di Studi Psichiatria e Territorio, Savona, pág. 39.

Simultáneamente y en contraste con esto, en el Hospital Militar de Birgmingham, Thomas Main, Fowlkes y otros de la Tavistock Clinic, entre ellos Wilfred Bion, modificaron la organización tradicional del hospital, creando un *setting* terapéutico dentro del cual se privilegiaban las relaciones humanas y las relaciones de grupo, lo que era una novedad en ese tiempo. Su modelo de referencia era el psicoanalítico. Hubo muy poco contacto entre estas dos CTs, una con un modelo sociodinámico y la otra con un modelo psicoanalítico. Esta experiencia continuó en el hospital Cassel, del cual Main fue director muchos años.

El modelo de Maxwell Jones se hizo más popular en Inglaterra y luego en Estados Unidos, según algunos porque era más fácil de realizar ya que no requería de un largo entrenamiento de los terapeutas.

Posteriormente, en el período de postguerra, Jones se fue convenciendo de que el motivo por el cual muchos pacientes no lograban insertarse en la sociedad no era tanto la falta de habilidades sociales como la dificultad de asumir roles sociales, como el de padre por ejemplo, y que esto se relacionaba con las experiencias de vida familiares. En este período estaba influenciado por el psicoanálisis. Había iniciado un análisis personal con Melanie Klein.

Al mismo tiempo estaban apareciendo los neurolépticos y los antidepresivos, por lo cual la terapia social o comunitaria pasó a segundo lugar. Los psiquiatras ingleses estaban más interesados en estudios científicos sobre los fármacos que en investigaciones socioantropológicas.

En 1960 apareció el libro de Rapoport, investigador norteamericano que estuvo cuatro años en la CT de M. Jones (entre 1953 y 1957) e hizo un estudio muy crítico sobre ésta, en que señalaba sus contradicciones. (Esto enojó mucho a Jones). En este período el Hospital de Belmont pasó a llamarse Henderson Hospital.

A mediados de 1960, Jones se fue a trabajar a Estados Unidos, y no regresó a trabajar en Inglaterra, lo que fue una dura prueba para la gente del Henderson Hospital. Él fue un innovador carismático, su entusiasmo era contagioso, no sólo para el equipo sino también para los pacientes (190).

(190) RAPOPORT, (1970). En: MACARIO, M.: Op. Cit., pág. 22.

Según el Dr. Stewart Whitely (191), quien tomó la dirección de la CT del Henderson Hospital en 1965, cuando él ingresó a la CT ésta era considerada por la psiquiatría inglesa como una especie de psiquiatría alternativa. Él y su equipo hicieron investigaciones y publicaciones con las cuales modificaron esta actitud, y lograron hacer que las CTs entraran en el sistema, de manera que éste fuera considerado como uno de los posibles recursos terapéuticos.

Whitely señala que el método de la CT ha sido utilizado en muchos hospitales con diversos tipos de pacientes: por ejemplo, David Clark ha trabajado con esquizofrénicos crónicos; Angus Miles ha trabajado con esquizofrénicos y discapacitados psíquicos. Lo importante es la selección de los pacientes: hay que juntar personas que tienen algunas características en común, que pueden estar a un mismo nivel.

«Los ideales y el método de la comunidad terapéutica ya no se consideran como algo especial, sino que son vistos como un estilo de trabajo global que puede adaptarse a muchos contextos diferentes». Entrevista a Stuart Whiteley (192).

Para este psiquiatra la CT es más que una técnica terapéutica; es una manera de vivir.

2) Ronald Laing y David Cooper

Un desarrollo de estas primeras CTs fueron las comunidades de Kingsley Hall de Ronald Laing, y la de Villa 21, cerca del Shenley Hospital —un gran hospital psiquiátrico al norte de Londres—, instituida por David Cooper en 1962. Estos dos psiquiatras ingleses reaccionaron contra la psiquiatría

(191) MACARIO, M. (1990): Op. Cit., pág. 2.

(192) Id., pág. 2.

tradicional creando el movimiento denominado «antipsiquiatría» del cual también hablaremos en el próximo capítulo. Según Joseph Berke, Laing quería que estas comunidades estuvieran insertas en los servicios de salud públicos, pero no fue posible debido a que se encontraron con demasiada hostilidad por parte de éstos.

Kingsley Hall fue una comunidad no sólo constituida por pacientes, sino también por médicos, psiquiatras y otras personas, varias de las cuales estaban atravesando por un período de crisis en sus vidas personales. La comunidad estaba construida en torno a la figura de Laing. Él era su cuerpo y alma; así, cuando él se fue, la comunidad se deterioró en muchos aspectos. Al inicio, cuando Laing vivía ahí, Kingsley Hall tuvo un período feliz, en que la comunidad era muy activa como centro social y cultural. Se experimentaban los ideales de los años 60.

En el verano de 1967, Laing, Cooper, Berke y Leon Redler organizaron en Londres el «Congreso sobre la Dialéctica de la Liberación» que duró 16 días y reunió a activistas e intelectuales de todo el mundo para discutir sobre el problema de la construcción de una Comunidad y también más en general sobre la liberación humana.

Después de este Congreso, Cooper, que no se había interesado en política hasta el momento, se hizo maoísta y se encaminó hacia una posición política extremista. Laing, por su parte, se empezó a alejar de la política y comenzó a interesarse cada vez más en el misticismo oriental. Su alejamiento de la comunidad había ya comenzado y empezó a viajar a la India.

En 1968 Morton Schatzman y su mujer, Lilian, se instalaron a vivir en Kingsley Hall por cerca de un año. Cuando ellos se fueron la Comunidad se empezó a derrumbar de a poco hasta que en 1970 se cerró definitivamente. En ese momento no ocurría ahí nada que se pareciera a terapia.

«En algunas ocasiones era una escuálida casa de desalojados (sin casa) y la gente que vivía ahí estaba

dolorosamente aburrida en un ambiente sin calor humano ni protección...» Entrevista a Joseph Berke (193).

Aun así este movimiento dejó aportes positivos e importantes para la perspectiva psiquiátrica.

3) *Joseph Berke: la Asociación Arbours*

La Arbours Association fue fundada por Joseph Berke, médico norteamericano que se fue a Inglaterra en 1965 a trabajar con Laing en la Comunidad de Kingsley Hall. Esta es una especie de continuación de Kingsley Hall, pero con algunas cosas en común y otras muy diferentes.

Al comienzo, Morton Schatzman y su mujer, Lilian, hospedaron en su casa particular a la Comunidad durante casi cinco años. Ellos sencillamente acogieron en su casa a personas que necesitaban ayuda y que de otra manera irían a parar al hospital psiquiátrico. También hospedaron a personas que querían ayudarles. En 1970 arrendaron una casa para la comunidad donde los pacientes y el equipo vivían juntos. La única distinción jerárquica provenía del hecho que unos ofrecían ayuda y otros la necesitaban.

Pero esta era una estructura de una consistencia incierta, no podía ofrecer el apoyo necesario a personas con crisis emocionales severas y socialmente marginadas. Así, se dieron cuenta de que no sólo necesitaban una estructura, sino también el apoyo de gente externa a la comunidad. También se dieron cuenta de que a las personas con trastornos psíquicos lo que menos les interesa es la propia libertad, más bien los asusta. Esto contrastaba con las ideas que tenían al comienzo de que las personas necesitaban su libertad para realizar el viaje a través de la crisis psicótica.

Por estas razones reestructuraron las relaciones del equipo con los pacientes, organizaron la comunidad de manera más sistemática, más confiable,

(193) Id., pág. 55.

más profesional. También ha sido fundamental, para la forma de organización de Arbours, el que funcione según el modelo psicoanalítico.

La Arbours Association es una institución vital, que dispone además del Centro de Crisis, de tres comunidades terapéuticas de larga estadía, un servicio de psicoterapia ambulatoria y un curso de formación en psicoterapia analítica. Es una asociación privada de tipo asistencial reconocida por el Estado, por lo cual el costo de la permanencia en el Centro de Crisis puede estar en la mayoría de los casos a cargo del servicio social de la zona de residencia del paciente.

El Centro de Crisis está organizado según el modelo psicodinámico. Alberga pocos pacientes (alrededor de cinco). Se trata de personas que por diversos motivos están sufriendo una crisis, que definen como una «situación de descompensación psíquica en la cual el sujeto no está capacitado para enfrentar las dificultades ordinarias de la vida».

A) *Los pacientes*

El Centro recibe una amplia gama de pacientes: psicóticos, personas con perturbaciones graves de personalidad, neuróticos y depresivos. Se trata de personas que por diversos motivos están atravesando una crisis, es decir, una situación de descompensación psíquica, por lo tanto no están en condiciones de enfrentar las dificultades de la vida cotidiana.

B) *Estructura*

El ingreso de los pacientes se hace mediante una llamada telefónica del paciente o de sus familiares, seguida de una conversación del «equipo de crisis», formado por dos o tres terapeutas y todo el grupo familiar del paciente. Al final de esta entrevista se le puede ofrecer un lugar al paciente en el Centro, pero antes del ingreso se elabora un proyecto terapéutico que define entre otras cosas la duración de la permanencia en el Centro. Hay estadías breves (menos de cuatro semanas), medianas (de uno a tres meses) y largas (más de tres meses); en algunos casos ha habido estadías que duraron más de un año.

La técnica terapéutica del Centro de Crisis circula en torno a la figura de los terapeutas residentes y los asesores externos. Cada paciente está a cargo de un terapeuta residente, cuya función es compleja y comprende: contención de la ansiedad, conectar la realidad interna del paciente con la realidad externa, la utilización de interpretaciones actuadas. Los asesores externos a veces se encuentran con el paciente junto con su terapeuta residente varias veces por semana. El asesor tiene el típico rol de psicoterapeuta con respecto al paciente y una función de apoyo y supervisión con respecto al terapeuta residente.

Todos los residentes (terapeutas y pacientes) participan en tres encuentros comunitarios semanales. En estas reuniones se enfrentan en un plano realista, los problemas de convivencia en el Centro. Además hay una reunión semanal de la casa que involucra a todos los residentes y a todos los que frecuentan el Centro por algunas horas. Los pacientes tienen muchas otras ocasiones informales para hablar con los terapeutas.

Los pacientes son libres de organizar como prefieran el tiempo que no tienen dedicado a psicoterapia individual, a las reuniones, y a la gestión de la casa. En general no tienen terapia psicofarmacológica; en los raros casos en que esto ocurre, la proporciona un psiquiatra que tiene esta exclusiva función dentro del Centro.

Cuando el paciente es dado de alta, puede continuar con una psicoterapia ambulatoria (esto es lo más frecuente), puede ingresar a una de las otras comunidades de larga estadía, o puede seguir su propio camino.

C) *El equipo*

Los tres terapeutas residentes constituyen la espina dorsal del Centro de Crisis. Son personas que han estado o están en análisis y que viven en el Centro por un período de dos años. Todos tienen un supervisor con quien se encuentran semanalmente. Los asesores externos son psicoterapeutas que tienen la responsabilidad del tratamiento psicoterapéutico del paciente. Muchas veces estos han sido residentes en el centro. También hay alumnos en práctica y terapeutas que participan en la vida del Centro por algunas

horas semanales. En total trabajan con roles terapéuticos entre 12 y 15 personas para 5 pacientes.

El *Crisis Center* ha demostrado ser una situación adecuada para pacientes psicóticos en fase aguda.

2) *Philadelphia Association*

La Philadelphia Association fue fundada en Londres en 1964 por Ronald Laing, David Cooper, Aaron Esterson y otros. Se trata de una comunidad sustancialmente autogestionada por los pacientes en un plano paritario entre sí, donde no hay un líder formal.

La filosofía terapéutica de esta comunidad se basa en el principio de que proveyendo a las personas en crisis de un ambiente comunitario tolerante y comprensivo, éstas están capacitadas para encontrar solas y a su ritmo el camino de salida a sus problemas. La aproximación psicoterapéutica de la Asociación se basa en una rigurosa crítica fenomenológica de la teoría y de la práctica psicoanalítica. Por lo tanto, responde a un modelo fenomenológico y se basa en el concepto de Laing de que la perturbación psíquica, aunque grave, es una experiencia humana y no un hecho psicopatológico. La asociación tiene cuatro comunidades en Londres y una cerca de Oxford.

A) *Los pacientes*

La admisión en la Comunidad y la partida son decididas por el grupo de residentes. Los pacientes hospedados son personas que están atravesando una crisis psicológica que puede tener diversos grados de gravedad: desde un episodio disociativo franco hasta problemas neuróticos o de contactos sociales (194). La duración de la permanencia del paciente se negocia con los demás residentes y con el terapeuta de la Comunidad. La mayoría de las personas residen alrededor de un año.

(194) Id., pág. 107.

B) *El equipo*

La presencia de terapeutas en la Comunidad de Philadelphia Association es muy limitada. Cada Comunidad tiene uno o dos terapeutas que están presentes con los pacientes sólo durante dos o tres encuentros semanales. Es una condición casi obligatoria que los pacientes estén recibiendo una terapia individual para que sean aceptados en la Comunidad.

Por ser este modelo muy estimulante y proveer poca contención, no es adecuado para personas con psicosis severas.

3) *Henderson Hospital y Conolly Unit de St. Bernards Hospital*

Estas comunidades responden al modelo tradicional, que utiliza las situaciones reales de vida comunitaria como principal método terapéutico. La técnica terapéutica utilizada es básicamente aquella descrita por Rapoport y se basa en cuatro temas de tratamiento fundamentales: la rehabilitación activa, la democratización, la permisividad y el espíritu comunitario. Los pacientes comparten con el equipo terapéutico la responsabilidad con respecto a la gestión de la comunidad. Todos los tratamientos son efectuados en grupo, no hay ninguna forma de terapia individual. Hay numerosas reuniones de toda la Comunidad que se realizan una vez al día, y a veces dos.

Hay grupos de terapia de arte, psicodrama, y otras técnicas terapéuticas no verbales. También hay psicoterapia de grupo, con grupos de 8 a 10 personas, cinco veces a la semana.

A) *Los pacientes*

El Henderson Hospital recibe adultos jóvenes con trastornos de personalidad de tipo neurótico o límite, que en muchos casos tienen una historia de desviación social o delincuencia, mayores de 17 años, de inteligencia normal. La comunidad puede hospedar hasta 36 pacientes, hombres y mujeres.

En el Conolly Unit son hasta 20 pacientes de ambos sexos, entre 20 y 40 años. Se trata de personas con diversos diagnósticos psiquiátricos, que tie-

nen en común la imposibilidad de vivir en forma autónoma fuera del hospital, y que no necesitan estar en un sector de agudos.

En ambas CT la permanencia es siempre voluntaria, entre 9 y 12 meses.

B) *El equipo*

El equipo está compuesto por psiquiatras y enfermeras, también hay educadores, un terapeuta ocupacional y un psicólogo. Todos los miembros del equipo participan en las actividades de gestión cotidiana de la comunidad. El grupo de los trabajadores participa semanalmente en un grupo de supervisión de tipo autocentrado con un conductor externo.

Estas instituciones tienden a promover la independencia del paciente. Aquí no se estimula la regresión. La responsabilidad y el poder son compartidos con el equipo terapéutico; por ejemplo, los pacientes tienen un rol fundamental en la decisión de aceptar o no a un nuevo residente.

Parece evidente que un modelo comunitario de este tipo no es adecuado para pacientes que presentan una relación muy perturbada con la realidad y que requieren de una contención consistente. Por esta razón, en general las personas con psicosis no son aceptadas.

4) *Asociación de Comunidades Terapéuticas*

En julio de 1972 se constituyó la Asociación de Comunidades Terapéuticas, ATC, en Inglaterra, tomando posteriormente carácter internacional. Ésta ha continuado organizando tres a cuatro reuniones al año, conferencias y cursos de formación, y provee supervisión a las instituciones que participan en ella. También publica una excelente revista, el *International Journal of Therapeutic Communities*.

La Comunidad Terapéutica ha demostrado ser una poderosa y permanente aproximación para tratar y rehabilitar a las personas que abusan de las drogas (*substance abusers*). Estas CTs no responden al modelo clásico

democrático de Maxwell Jones, sino que son jerárquicas. Son derivadas de modelos de auto-ayuda y no tienen relación histórica con las CTs democráticas (195). Sí tienen en común algo fundamental de las CTs, que es la utilización de los pares como facilitadores del cambio social y psicológico de los participantes.

* * *

Las jerarquías fijas de las instituciones no cambian fácilmente aunque se demuestre que hay alternativas mejores. Coincido con Bills y Bloom (196) (197), cuando plantean que desafiar la burocracia existente y lograr cambios en este ámbito requiere una enorme cantidad de tiempo, energía y compromiso.

Este desgaste —que en sí no es sano— ayuda a comprender por qué las ideas inherentes al movimiento de comunidades terapéuticas no han logrado el *status* que debieran tener, dada la eficacia de la terapia de *milieu* (el medio en sí es lo terapéutico). Hacer un buen trabajo no proporciona poder político. Hay una clara presión de los sistemas para resistir el cambio, mantener las instituciones violentas, e impedir la creación de sistemas que llevan al bienestar físico y mental de quienes trabajan y viven dentro de ellos. Estas autoras sostienen que si dejamos de lado las luchas individuales y grupales en este laboratorio experimental que llamamos

(195) LLOYD, C. Y O'CALLAGHAN, F. (1999): «Hierarchical Therapeutic Communities: the jewel in the crown, or the poor relation among treatment approaches to chronic addiction?». *Therapeutic Communities*, Vol. 20, N° 4, pág. 268.

(196) Las doctoras Lyndra J. Bills y Sandra L. Bloom son ambas directoras de los Programas *Sanctuary* que utilizan el modelo CT en diferentes contextos. La primera introdujo el modelo *Sanctuary* en un pabellón de mujeres regresivas y violentas en un hospital psiquiátrico en EE.UU. Cuando este experimento empezó, el pabellón registraba cien incidentes violentos al mes; al año, éstos se redujeron dramáticamente y a los dos años sólo dos pacientes de 24 seguían hospitalizadas. Sin embargo, el modelo no fue aplicado en el resto del hospital, ni por ninguno de los médicos que presenciaron el cambio.

(197) BILLS, L. y BLOOM, S. (2000): «Trying out Sanctuary the hard way». *Therapeutic Communities*, Vol. 21, N°2.

movimiento de comunidad terapéutica podemos demostrar que se puede ir más allá del individualismo, hacia un sentido de funcionamiento grupal que no sacrifica sino que promueve los derechos individuales al proteger el bienestar de toda la comunidad.

Sugerimos que el modelo o la aproximación de Comunidad Terapéutica es apropiado para los nuevos proyectos en salud mental, y que las ideas sobre la práctica de la CT sean divulgadas e incorporadas en los nuevos modelos de servicios comunitarios.

El desafío que tenemos por delante es cómo desarrollar Comunidades Terapéuticas eficientes, un modelo que utilice lo que ya ha funcionado en el pasado, y que sea adecuado para las necesidades actuales. Considerando el proceso actual de reforma psiquiátrica, que implica la creación de múltiples estructuras nuevas y diferentes, y lleva a una democratización en la manera de visualizar y tratar a los pacientes mentales, este modelo podría ser de gran utilidad.

Por estas razones, y tomando en consideración lo limitado y restringido de nuestros recursos, es que proponemos a la Comunidad Terapéutica Diurna como espacio de rehabilitación para personas que sufren trastornos mentales severos, como un ambiente terapéutico que provee las respuestas adecuadas a las necesidades de los pacientes, y aporta los elementos necesarios para el crecimiento integral del ser humano.



Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén, Mural.

*COMUNIDAD TERAPÉUTICA DIURNA
DE PEÑALOLÉN: 1991-1998*

ANTECEDENTES

Para comenzar este capítulo presentaré algunos antecedentes que han influido en la forma de organizar la Comunidad Terapéutica Diurna (CTD) de Peñalolén. (198)

Como hemos visto, en los años sesenta Ronald Laing y David Cooper iniciaron un movimiento que denominaron "antipsiquiatría", que si bien dio lugar a mucha polémica, llevó a cambios muy positivos en la perspectiva psiquiátrica respecto de la psicosis. Estos psiquiatras emprendieron la dura tarea de desmitificar las instituciones tradicionales, denunciando el papel que les cabía en la mantención de las enfermedades mentales: reaccionaron contra una psiquiatría sometida a las necesidades del sistema.

En su obra *The Divided Self*, Laing muestra la posibilidad y necesidad de la comprensión en la interpretación y el tratamiento de las psicosis. Según él, los síntomas de los esquizofrénicos pueden ser inteligibles al mirarlos como expresiones de un *self* fragmentado. Luego, en escritos posteriores, pone el foco de su atención en el entorno social y, en especial, en el contexto

(198) Dejé de dirigir la CTD el año 1998; continúa funcionando y seguimos en contacto.

familiar del paciente, incluyendo a la familia en el concepto de comprensibilidad de los síntomas del paciente (199).

Con los antipsiquiatras se estableció también Joseph Berke, quien trabajó con Laing en Kingsley Hall y luego creó la Arbours Association, que eran Centros de Crisis donde los pacientes vivían sus crisis psicóticas. Se instalaban con los terapeutas, en pie de igualdad, rompiendo con las habituales reglas tradicionales del encuadre psiquiátrico, creando un ambiente adecuado para que cada paciente desarrolle su sintomatología, hasta los estados más extremos de regresión, sin oponerse a ésta con camisetas de fuerza químicas, ni físicas.

Según Berke, las crisis son encrucijadas que pueden llevar a un colapso, con el consiguiente caos personal y social, o, por el contrario, a un crecimiento y desarrollo. Para esto se desarrolló el concepto de red (*network*), en el sentido de acompañantes calificados para la crisis del paciente, o familias transitorias de elección, adecuadas y pasajeras (200). Como vimos en el capítulo anterior, Berke fue cambiando su conceptualización de las crisis psicóticas y por lo tanto su manera de tratarlas.

Simultáneamente, Maxwell Jones y Thomas Main implementaron comunidades terapéuticas dentro de los hospitales en que trabajaban, y es en especial sobre los postulados de Maxwell Jones, que trabajamos en nuestra comunidad (201).

Con el tiempo hemos incorporado otras influencias. La más fuerte, de Franco Basaglia, psiquiatra italiano que logró realizar una reforma legislativa que modificó todas las estructuras de las instituciones psiquiátricas italianas con la famosa ley 180 de 1978. Esta reforma incluyó varios aspectos:

(199) SEDGWICK, P.; LAING, R. D. (1972): «Self, symptom and society». En: BOYER, R. (ED.) (1972): *Laing and Anti-psychiatry*. Penguin Books, Gran Bretaña.

(200) BERKE, J. H. (1980): Op. Cit.

(201) JONES, M. (1964): *La Comunidad Terapéutica*. Paidós, Buenos Aires. JONES, M. (1962): *Psiquiatría social*. Editorial Escuela, Colección Psiquiatría y Psicología. Buenos Aires.

- Superar gradualmente los manicomios.
- Incluir la psiquiatría dentro de la medicina, librándola del estrecho vínculo con la justicia.
- Se trasladó la base del tratamiento del hospital psiquiátrico a servicios territoriales menos mecanizados, favoreciendo la prevención y reinserción social de los enfermos.
- Se prohibió construir nuevos hospitales psiquiátricos y divisiones psiquiátricas en hospitales generales.
- Se instituyeron servicios de diagnóstico y tratamiento en los hospitales, organizados en forma departamental con los otros servicios territoriales.
- Se transformó la antigua hospitalización obligatoria (TSO): sólo se puede hospitalizar obligatoriamente a alguien con la autorización del Alcalde, y propuesto por un médico, con lo cual se protege legalmente al enfermo y se resguarda su dignidad.

Esta reforma se sigue realizando en Italia, de diferentes maneras, con gran entusiasmo y éxito terapéutico en algunos lugares, como en Trieste, y con mucha inercia y resistencia en otros. Lo importante es que se legisló respecto de los enfermos mentales, lo que hizo que todo el país tomara conciencia de su existencia (202).

También se contemplaron las experiencias de los países nórdicos, muy avanzados y responsables para tratar a sus enfermos mentales, en especial el modelo de tratamiento finlandés (203). También fueron importantes para nosotros algunos psiquiatras ingleses, en particular Julian Leff, con su acento en el trabajo con las familias, y Martín Cordero, psiquiatra chileno (204).

(202) LEGGE 180, Sull'Assistenza Psichiatrica Pubblica (1978). Servizio Sanitario Nazionale, Gazzeta Ufficiale della Repubblica Italiana.

(203) ALANEN Y COLS. (1990): «Tratamiento y Rehabilitación de las Psicosis Esquizofrénicas: El Modelo Finlandés de Tratamiento». *Nordic Journal of Psychiatry*. Supplement N° 22, Vol. 44.

(204) CORDERO, M. (1984): Op. Cit.

Me parece importante destacar que las primeras Comunidades Terapéuticas y muchas de las que he conocido después, tienen un modelo psicoanalítico o son realizadas por personas con formación en psicoanálisis, razón por la cual siempre existe un sustrato psicoanalítico en lo que nosotros hacemos. Si bien no aplicamos las técnicas, la teoría está presente. Una de éstas es la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica dirigida por el Dr. Jorge García Badaracco en Buenos Aires. Se aplican un conjunto de conceptos respecto a la enfermedad mental, al ambiente y actitud que resulta terapéutico para el enfermo, que compartimos. Define actitud terapéutica de la siguiente manera:

“Ésta consiste en considerar al paciente no como un enfermo que tiene algunos aspectos sanos residuales, sino como un ser humano potencialmente sano, con un conjunto de dificultades más o menos importantes, que le han impedido y le siguen impidiendo todavía funcionar como un individuo normal. Cuando un paciente se comporta normalmente es entonces considerado como tal y las cosas que dice... o las cosas que solicita son tomadas en consideración, en la medida de lo posible, sin establecer ninguna diferencia con una persona normal. De esta manera, la parte enferma es tomada como expresión de una dificultad y de una búsqueda, y entonces susceptible de solución o abordable a nivel de una respuesta terapéutica que pueda constituir una experiencia enriquecedora para el individuo.” (205).

También integramos algunos conceptos del neoconductismo, en especial el de Desamparo Aprendido desarrollado por Seligman (206) que es un aprendizaje negativo que ocurre cuando las conductas de una persona no tienen respuestas. Apoyados en esta teoría es que intentamos estimular las con-

(205) GARCÍA-BADARACCO, J. (1982): *Biografía de una Esquizofrenia*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

(206) SELIGMAN (1992). En: BLOOM, S. (2000): «Creating Sanctuary: Healing from systematic abuses of power». *Therapeutic Communities*, Vol 21, N°2.

ductas adaptativas a su medio de nuestros usuarios. Al hablar de las “partes sanas” nos referimos a aquellas conductas que los ayudan a funcionar e interactuar con el entorno de manera positiva.

Estamos abiertos e interesados en todas las teorías y técnicas que puedan aportarnos recursos para la rehabilitación. Personalmente he adoptado más bien la corriente psicoterapéutica con un enfoque fenomenológico, que tiene gran auge en el mundo actual para el tratamiento de las psicosis (Italia y Finlandia son claros ejemplos de su implementación).

A través de múltiples investigaciones y experiencias se ha llegado a la conclusión de que *el énfasis en el tratamiento del paciente psicótico debe ponerse en su rehabilitación, el desarrollo de habilidades y la satisfacción de necesidades, más que en la reducción de la sintomatología*. Hay consenso en que es preferible tratar al enfermo mental en su propio medioambiente, su familia, su comunidad, vale decir, por medio de tratamiento ambulatorio y territorial (207, 208). También hay acuerdo en la importancia de la incorporación de la familia al tratamiento. Es más, *hay consenso en que la cronificación de las psicosis se debe más a las largas hospitalizaciones y a la sobremedicación que a la propia enfermedad* (209).

LA HISTORIA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DIURNA DE PEÑALOLÉN EN SANTIAGO DE CHILE

La Comunidad Terapéutica Diurna (CTD) de Peñalolén surgió como una necesidad. Éramos un equipo multidisciplinario integrado por dieciocho personas, que formaba parte de un Programa de Atención Primaria en Sa-

(207) MOSHER, L. y BURTI, L. (1991): *Psichiatria Territoriale. Principi e Pratica*. Feltrinelli, Milano.

(208) BLEANDONU, G. y DESPINOY, M. (1974): *Hôpitaux de Jour et Psychiatrie dans la Communauté*. Payot, París.

(209) DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.: «Responding to Crisis. Mental Health Service of Barcola, Trieste». *Studies*, pág. 139-158.

lud, con énfasis en salud mental. Este programa tenía como contraparte local a la Iglesia Católica, por intermedio de la Parroquia San Roque, que era nuestra sede al comienzo (1988).

El programa estaba enmarcado dentro del compromiso de la Cooperación Italiana, ONG cuyo objetivo era apoyar el proceso de recuperación democrática en Chile. Esta organización financiaba el programa, y lo apoyaba técnicamente, contribuyendo a la reflexión sobre sus objetivos. Éstos se centraban en promover la salud mental desde una perspectiva integradora mediante la asistencia, la prevención, la educación y la participación comunitaria. Estos últimos tres elementos habían estado ausentes de los programas de salud mental durante la dictadura, y por lo tanto, se pretendía apoyar la sistematización de este modelo de asistencia en el sistema democrático chileno que estaba por iniciarse.

Estamos hablando de 1989, o sea, a fines de la dictadura militar en Chile. Era un momento difícil, en que la gente vivía aislada, desconfiada y con miedo. Nuestro propósito como equipo multidisciplinario era buscar maneras de promover la salud mental en la comunidad, suscitando la participación de las personas en su propio medio. Para lograr los objetivos se trabajaron las relaciones que se dan espontáneamente en los barrios, entre parientes, vecinos, amigos. La idea no era ir a resolver los problemas de salud con acciones asistenciales, sino apoyar a las personas con problemas con la capacitación necesaria.

Entre las muchas acciones que se desarrollaron, el equipo invitó a un grupo a trabajar en sus propios barrios haciendo un diagnóstico de la salud de sus vecinos mediante entrevistas. Luego se comentaron las situaciones y problemas que revelaban estas entrevistas, con el propósito de priorizar la solución de uno de estos problemas.

A raíz del diagnóstico realizado por un grupo de mujeres, supimos de una mujer que sufría de trastornos mentales (este caso está descrito al final del Capítulo 1). Para «cuidarla» la mantenían encerrada por años, en una pieza con candado. El grupo decidió que éste era el problema que querían enfrentar en ese momento. Por lo tanto, nuestro equipo decidió ensayar una experiencia

de participación de la comunidad en el manejo e intento de resocialización de una paciente con esquizofrenia crónica, según el diagnóstico psiquiátrico. Con este fin, se hicieron reuniones semanales en la casa de una de las mujeres del grupo, en las cuales se compartía información sobre los problemas mentales más frecuentes: alcoholismo, violencia, neurosis, psicosis y otros.

En este taller se hicieron y lograron muchas cosas positivas, como que volviera a haber comunicación y amistad entre las vecinas, que compartieran sus problemas; disminuyó el aislamiento y el miedo. Pero con respecto a la mujer que padecía de esquizofrenia y que permanecía encerrada no se logró mucho; los familiares no la dejaban salir, a pesar de las pésimas condiciones en que se encontraba.

En este mismo período, algunas personas de la comuna que tenían problemas mentales severos llegaban a la Parroquia San Roque, base del equipo, en busca del psiquiatra, quien los medicaba y conversaba con ellos, y de una terapeuta ocupacional que les proporcionaba materiales para diversas actividades. Nos prestaron una mesa de ping-pong que había en la Parroquia, y a poco andar nos vimos trasladándonos día por medio con un saco de materiales a la pieza del ping-pong para realizar nuestras actividades.

Así, se juntaron tres elementos: la necesidad —personificada por la enferma encerrada y las personas con trastornos mentales que nos buscaban y que no tenían acceso a ninguna atención—, mi proyecto de siempre que era formar una Comunidad Terapéutica para personas con psicosis en sectores de extrema pobreza, y el fin de la dictadura. Yo ya había constatado que no es posible hacer comunidad en dictadura, por mi experiencia anterior en la Comunidad de Melinka, que duró seis años. Cada vez que queríamos hacer una reunión, los vecinos llamaban a los carabineros, que llegaban antes que los invitados, dificultando nuestro trabajo.

Este nuevo Proyecto no habría sido posible sin el interés y entusiasmo de los miembros del equipo que participaron en él: el Dr. Andrés Bahamondes (210), psiquiatra; Loreto Rencoret, terapeuta ocupacional;

(210) Fallecido a principios de los noventa.

Giorgio Novelli, fotógrafo y terapeuta corporal; Julia Vicencio, asistente social; Víctor Cantelano, terapeuta ocupacional. Por mi parte, asumí la Dirección de la Comunidad.

En ese momento colaboraban con nosotros dos pobladoras, Rosita y Tencha, quienes después de varios años debieron dejarnos por razones personales, y cuyos aportes a la Comunidad fueron muy valiosos. También ingresaron como alumnas de psicología en práctica Loreto Rosselot, y luego Beatriz Carvallo, quienes también fueron grandes aportes para la CTD. Ambas se incorporaron después como parte del equipo estable. Un cambio positivo reciente, ha sido la incorporación de una secretaria, Patricia Herrera, que si bien siempre estuvo con nosotros, sólo en este período se incorporó con horario y sueldo estable.

Ese fue el comienzo. La Cooperación Italiana fue muy receptiva con el Proyecto de Comunidad Terapéutica que les presentamos, y nos dieron una casa en Peñalolén Alto, en cuya parte de atrás construyeron una pieza multiuso diseñada específicamente para nuestro trabajo. Así, el 1 de Abril de 1991 nos entregaron la casa donde funciona la CTD hasta hoy. Fue una gran inauguración, con asistencia del Alcalde de Peñalolén, el Embajador de Italia, autoridades del Ministerio de Salud y personas del mundo de la Psiquiatría, además de vecinos y pobladores.

Empezamos trabajando con los tres pacientes que iban a la Parroquia. Hicimos una labor de detección de pacientes en sus casas, venciendo resistencias y desconfianzas, convenciendo a vecinos y familiares. También visitamos e interactuamos con los consultorios Carol Urzúa, La Faena, San Luis y el Hospital Salvador. Muy lentamente empezaron a llegar más pacientes, derivados principalmente por nuestras colaboradoras, las pobladoras del sector. Poco a poco logramos que trajeran a Matilde (211), la mujer encerrada.

Pensamos que el hecho de llevar más de un año de trabajo previo en Peñalolén facilitó nuestra inserción en esta comunidad y además ya existía un conocimiento mutuo con muchas organizaciones locales.

(211) Los nombres de los pacientes son ficticios.

En conjunto con nuestros pacientes fuimos arreglando la sala multiuso —que quedó muy grata— y todos quedamos con la sensación de que nos pertenecía, pues trajimos cosas bonitas de nuestras casas para decorarla, y plantas para el jardín. Sabido es que todo ser humano necesita su nicho ecológico: un espacio grato que sienta como propio. Esta es una diferencia importante con respecto a los hospitales psiquiátricos tradicionales, donde los pacientes no tienen ninguna injerencia en el espacio que habitan.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DIURNA

Desarrollamos este proyecto para ofrecerle a las personas con perturbaciones mentales graves, habitantes de sectores marginales de la comuna, una alternativa a la hospitalización total o al abandono. Implementamos una modalidad de tratamiento que abarca la medicación, la terapia y la rehabilitación psicológica, social, ocupacional, corporal, familiar, la reinserción laboral y la atención en crisis.

Aplicamos la ideología comunitaria de Maxwell Jones (212), adaptándola a nuestras circunstancias, en especial, al hecho de que nosotros aspiramos a crear y mantener una comunidad diurna, en cambio ellos funcionaban en comunidades totales. Vivían juntos.

Los principios fundamentales que guiaron la CTD fueron:

- responsabilidad compartida,
- horizontalidad en las relaciones,
- comunicación abierta y grupal,
- democracia en la toma de decisiones,
- permisividad,
- respeto y aceptación.

(212) JONES, M. (1962): Op. Cit.

De este modo tratamos de hacer surgir al máximo las iniciativas y capacidades personales de cada miembro de la comunidad. Se trata de que los usuarios vayan responsabilizándose por su propio tratamiento, sus propias vidas, recuperando su autoestima y su autonomía, que han sido casi siempre muy severamente dañadas.

Intentamos tener un espectro de actividades lo más amplio y flexible posible, de manera de proporcionarle al usuario el máximo de oportunidades de encontrar experiencias gratificantes e incentivos para su desarrollo personal y modificar sus conductas patológicas. Estas actividades permiten y fomentan una convivencia y un apoyo permanente entre todos los miembros de la CTD y están orientadas a generar en conjunto estrategias para la reinserción de los usuarios a una vida normal y al trabajo, mediante el estímulo y apoyo a sus partes sanas.

La comunidad estaba formada por un equipo multidisciplinario en que participaban dos a tres psicólogos (as), dos a tres terapeutas ocupacionales, un psiquiatra, una asistente social, un(a) estudiante de Psicología en Práctica y una secretaria. Todos trabajaban en horarios parciales, puesto que disponíamos de sueldos para cinco medias jornadas. Este equipo atendía alrededor de 30 usuarios que asistían diariamente en las mañanas de 9:30 a 13:00 y algunos días en las tardes, a diversas actividades programadas. Además se atendían alrededor de 20 pacientes en seguimiento.

La mayoría de los usuarios tenía un diagnóstico de esquizofrenia, también los había con psicosis afectivas, y psicosis por daño orgánico. Uno de nuestros principios era aceptar, dentro de nuestras posibilidades, a todas las personas, siempre que su crisis fuera tan aguda que le impidiera funcionar en la vida. Esto también se aplicaba a las personas que querían colaborar con la Comunidad. La idea era aceptar a todas las personas que significaran un real aporte para la CTD. Por lo tanto, el criterio de ingreso para los usuarios era que nosotros creíamos que le podíamos servir al paciente para estar mejor y que éste no fuera dañino para los otros. No se pueden recibir personas con retardo mental severo, psicopatías, ni drogadicción, pues nuestra manera de trabajar no les sirve.

Consideramos fundamental incorporar y apoyar a la familia dentro del tratamiento, pues hemos visto que sin el apoyo de ésta es muy poco lo que podemos hacer por nuestro usuario. Se trabajaba con las familias, había talleres de madres (eran ellas las que asistían) y una Agrupación de Familiares y Amigos de la Comunidad, que nos apoyaba y se reunía periódicamente.

De hecho, en 1995 ellos presentaron dos proyectos al FOSIS y los ganaron. Ambos siguen funcionando aunque el financiamiento era solamente por un año. Uno es la Pizzería, taller protegido en el cual trabajan algunos de nuestros usuarios y otro es el Hogar Protegido, en el cual viven algunos de nuestros usuarios. Ambos proyectos formaban parte de la Comunidad y el equipo estaba a cargo de su funcionamiento en lo técnico, lo que produjo bastantes problemas pues no se aumentaron las horas de trabajo remunerado, pero sí el trabajo.

1) *Nuestro enfoque terapéutico*

La persona que se psicotiza es, según mi parecer, alguien que no ha podido tolerar la realidad interna, sumada a la externa. Para poder resistirla se vuelve loco y hace un quiebre con su vida real, e inventa o crea otra: delira, escucha voces, se pone paranoico. Aparecen todos los síntomas de la psicosis. Ya vimos en los capítulos anteriores todas las posibles causas de las psicosis. Ahora se sabe que las personas que se psicotizan son personas especialmente vulnerables y sensibles a su entorno y a los hechos que ocurren en él (Capítulo 1: Teoría de la Vulnerabilidad). También se ha demostrado que las crisis psicóticas están muchas veces relacionadas con eventos vitales (213).

Todo esto es válido, pero no quita que la persona que se psicotiza es una persona que vive su crisis personal de una manera diferente, que sufre, que es especialmente vulnerable y que necesita ayuda.

(213) LEFF, J. (1981): *Psychiatry around the world: a transcultural view*. Royal College of Psychiatry, Gaskell.

Conuerdo con el Dr. García Badaracco en que,

“La experiencia nos ha mostrado que un enfermo mental es un ser que por distintos motivos —constitucionales y ambientales— ha crecido con carencias psicológicas múltiples y en su condición de enfermo no tiene los recursos necesarios para vivir en sociedad, establecer relaciones interpersonales satisfactorias, realizarse como persona y ocupar un lugar útil en la comunidad” (214).

Nuestra experiencia nos ha mostrado que las personas con trastornos mentales no son más violentas o peligrosas que el resto de los seres humanos; al contrario, muchas veces son demasiado pasivas, sumisas y silenciosas (215).

2) Principios que nos orientan en la práctica

En consecuencia con la forma en que entendemos a nuestros pacientes, nuestro abordaje terapéutico es tratar a una persona que sufre una crisis psicótica o una psicosis crónica, como un ser humano integral, acompañándolo en lo que sea que le está pasando, y cuidando la totalidad de la persona.

Se intenta proporcionarle las características básicas de un ambiente terapéutico; existe en el equipo profesional una disposición humana para comprender y compartir, en la medida de lo posible, el sufrimiento psicológico del otro. Nosotros no ponemos una barrera terapeuta-paciente. Escuchamos al enfermo, tratamos de entenderlo y tomamos en cuenta sus deseos y opiniones. También consideramos importante tocarlos y abrazarlos, para que se sientan aceptados y queridos, primer paso en la rehabilitación integral.

(214) GARCÍA-BADARACCO, J. (1982): *Biografía de una Esquizofrenia*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, pág. 160.

(215) MULLEN, P.; TAYLOR, P.; WESSELY, S.: *Psychosis, Violence and Crime*. Edited by Pamela J. Taylor, EE.UU.

Creemos en la necesidad de flexibilidad y de complejidad en nuestras intervenciones. En especial si se trata de psicosis, la persona que la padece está en una situación sumamente compleja, y por lo tanto los recursos y métodos destinados a solucionar y ayudar en tales situaciones también debieran ser complejos. Debemos evitar las aproximaciones y métodos rígidos, predeterminados y los equipos muy especializados. También pensamos que un régimen flexible es conveniente porque se contrapone a la rigidez que encontramos en casi todas las familias de nuestros usuarios.

Nuestra experiencia, y también la de otros países, nos ha mostrado que la coexistencia de diversas formas de aflicción puede crear un ambiente que permite múltiples comportamientos y expresiones, lo que facilita que cada uno descubra su espacio terapéutico. Esta coexistencia de enfermos agudos con crónicos, jóvenes con viejos, diferentes patologías, diferentes clases sociales, es no sólo posible, sino que es enriquecedora y útil, por la confrontación entre sujetos diversos, lo que permite, entre otras cosas, una mayor apertura y enriquecimiento recíproco. Esto evita especializaciones estériles y además permite la mejor utilización de los recursos de cada miembro de la comunidad, lo que resulta económico en el más amplio sentido de la palabra.

LA PRÁCTICA

Creamos un sistema de tutorías en el cual cada miembro del equipo se hace cargo de algunos usuarios, de sus proyectos terapéuticos, y de facilitar su inserción en la comunidad. Esto se lleva a cabo por medio de entrevistas semanales.

El proceso de rehabilitación comprende cuatro etapas, las que se insertan en el proyecto terapéutico de cada usuario al ingresar:

- La primera etapa abarca ingreso, diagnóstico, evaluación de potencialidades, secuelas, recursos sociales y redes de apoyo.

- En la segunda etapa se inicia el trabajo de rehabilitación con el desarrollo de hábitos básicos de autocuidado, habilidades sociales, trabajo corporal, preparación laboral, controles psiquiátricos, medicación, terapia de grupo e individual, orientación y psicoeducación a los familiares.
- En la tercera etapa los usuarios pasan a una capacitación laboral externa o al trabajo en el taller protegido, con seguimiento de su evolución y apoyo a los familiares.
- La cuarta etapa se caracteriza por la reinserción laboral y social del usuario.

Todo este proceso toma idealmente 18 meses, pero nos adecuamos a los tiempos de cada usuario.

Para optimizar el potencial terapéutico de la comunidad, es importante que las actividades se planifiquen de manera que respondan a las necesidades reales y cambiantes del paciente y su entorno. También a las necesidades básicas: dónde y cómo duerme y come, con quién, qué dinero recibe, cuánto y en qué lo gasta, etc. La eficiencia y riqueza de nuestro trabajo dependerá de si logramos proporcionarle a nuestros usuarios seguridad social, protección y apoyo legal.

Todo esto presupone estar al lado del usuario, y para esto hay que dejar de lado la tendencia en psiquiatría a tratar solamente la «patología» del paciente, mirando como algo menor todo lo que tenga relación con su vida material. En todo sujeto que está enfermo son discernibles y reconocibles aspectos sanos y normales, siempre es posible reconocer y evaluar el nexo entre lo normal y lo anormal, entre estar bien y sentirse mal, entre poder actuar y necesitar ayuda. Mientras la psiquiatría clínica tiende a reconocer sólo los síntomas de lo patológico, anormal, enfermo, nosotros tenemos que darle valor al nexo dialéctico entre enfermedad y salud, y por lo tanto, a todos los componentes sanos, a todas las expresiones de salud y normalidad de nuestros usuarios.

El objetivo de la rehabilitación es la maximización de la salud, más que la minimización de la enfermedad. Pensamos que cada momento en la CTD debiera ser terapéutico, lo que representa un gran desafío para el equipo.

1) Las actividades más importantes

A) Asamblea comunitaria

La actividad central de la CTD es la Asamblea Comunitaria, que es una reunión en la que participan todos los miembros de la comunidad. Es el evento semanal en el que se decide el destino cotidiano de la comunidad. Se identifican los problemas, se evalúan las actividades, se plantean nuevas ideas, se proponen y planifican paseos, fiestas y otras metas. Esta Asamblea es presidida en forma rotativa por usuarios y profesionales elegidos por la propia Asamblea.

Siguiendo el pensamiento de Maxwell Jones (216), este sería el momento de mayor integración para el paciente. Es donde más se estimula la participación y responsabilidad del paciente en su propio tratamiento. Cualquier iniciativa o crítica razonable es acogida, apoyada y realizada dentro de lo posible.

De la Asamblea han surgido muchas iniciativas que no estaban planificadas por el equipo terapéutico, como por ejemplo asados, tecitos, un taller de baile, teatro, talleres literarios, cocinar entre todos, un conjunto musical. También ocurre que a veces una actividad se vuelve floja o rutinaria y los usuarios nos lo señalan, y proponen alguna modificación. También se conversa de los problemas comunes, por ejemplo: hemos tenido robos, alguna pelea entre los usuarios, hospitalizan a alguien, o algún terapeuta se ausenta por enfermedad o viaje.

(216) JONES, M. (1964): *La Comunidad Terapéutica*. Paidós, Buenos Aires. JONES, M. (1962): *Psiquiatría social*. Editorial Escuela, Colección Psiquiatría y Psicología. Buenos Aires.

La Asamblea es, por lo tanto, el motor de la comunidad. En ésta el paciente recupera, si alguna vez la ha tenido, la sensación de que si sus conductas son adecuadas, tendrán respuesta, deshaciendo así su desesperanza aprendida.

El siguiente es un extracto de una Asamblea realizada en octubre de 1998. Hay dieciséis usuarios/as y seis terapeutas presentes, aunque los que hablan en este trozo son todos usuarios salvo uno (Moncho).

- Ricardo: Moncho, podrías invitar a los demás al taller de video.
 Moncho: Sí, como la mayoría de ustedes saben, los días jueves, entre las 11 y la 1 se realiza el taller de video. Los que no han participado pueden integrarse.
 Luis: Sobre el taller de video, yo quiero decir que es bueno ver películas para analizarlas. Eso es muy bueno. A mí me gusta ver películas que me dejen algo. Por ejemplo, había un encuentro juvenil. Yo ya no soy joven, pero creo que si hubiera sido joven habría participado, porque es bueno. La comunicación, el poder dar ideas es bueno. Es lo que yo quería acotar.
 Marcelo: Lo que estás diciendo se cumple, yo la otra vez vi Johnny Cien Pesos, y se cumple lo que dices tú.
 Luis: Claro, así es. Esa película es buena porque muestra una realidad muy dura. Tener los ejemplos a la vista es mucho mejor.
 Marcelo: Podría haber una película sobre nuestra enfermedad.
 Sergio: Esquizofrenia es una cosa de palabra, porque se puede poner esquizofrenia o esquizofrenia.
 Ricardo: A mí lo que más me gustó fue El Mirador (217).
 Roberto: Es bueno porque uno lo comenta, y además uno puede escribir.

(217) Programa de televisión en que se transmitió un reportaje sobre hospitales psiquiátricos.

- Luis: Ha habido personas con problemas físicos y psíquicos que han hecho un buen aporte, por ejemplo este científico hemipléjico (Hawkins). A lo que voy yo es que en la vida en que vivimos, el tener una enfermedad se le ve de manera distinta. Yo creo que podría ser al revés. Hay personas con enfermedades y salen adelante. Eso es lo que yo les quería decir.
 Juan Pablo: ¿Hay otros varios? (usuario, Presidente)
 Verónica: Yo creo que hay que hacer el aseo en la Comunidad. A las 8 A.M. podría ser.
 J. Sebastián: No, es muy temprano.
 Verónica: A las 9 A.M. entonces (se llega a un acuerdo).
 Juan Pablo: ¿No hay más varios?
 Sergio: Sr. Presidente, a mí me enseñaron en el hospital psiquiátrico que lo único que puede mejorar la enfermedad es el trabajo.
 Roberto: En resumen, nos toca entrenar el martes y jueves (se refiere a un partido de fútbol que se acordó previamente).
 Juan Pablo: Se levanta la Asamblea.

B) Reunión semanal del equipo

Otra actividad fundamental es la reunión semanal del equipo. En esta instancia se evalúa el funcionamiento de la Comunidad en todos sus aspectos y se analiza el estado y evolución de cada paciente. Aquí se intercambia información, se coordinan actividades y se comparten los problemas. La tabla de temas se define entre todos los miembros del equipo. Intentamos incorporar a estas reuniones el estudio de diversas materias, pero no nos alcanzaba el tiempo.

C) Control psiquiátrico

Quiero resaltar la importancia del control psiquiátrico, pues sabemos que la medicación es necesaria y útil en estos casos para llevar a cabo la rehabilitación.

Algunos usuarios controlaban su medicación en el Hospital Salvador y en el ex Hospital Psiquiátrico. Los demás eran controlados por el psiquiatra de la CTD, que los veía periódicamente para ir ajustando la medicación a las necesidades de cada uno/a. Este sistema funcionaba mejor, puesto que había una mejor coordinación con nuestro trabajo, y los controles eran más frecuentes.

D) Terapia de grupo

Una actividad importante y muy especial para la comunidad es la terapia de grupo. Cuando yo estaba a cargo de esta actividad, las sesiones se realizaban una vez por semana durante una hora. Asistían entre 7 y 16 pacientes, además de la terapeuta, y un(a) estudiante de Psicología en práctica, que cumplía el rol de observador y tomaba nota de las sesiones. El grupo era cerrado, en el sentido de que no entraba cualquier paciente. Se trataba de mantener cierta homogeneidad, especialmente en la capacidad de introspección. No entraban usuarios con retardo mental ni los que estaban muy descompensados. A los pacientes nuevos los conocíamos un poco antes de que ingresaran al grupo.

En la terapia de grupo la instrucción que se daba a los participantes era respetarse y escucharse mutuamente, hablar de lo personal, de cosas que les importan, de cualquier tema que les preocupe y afecte, y respetar la privacidad y el secreto del grupo, cosa que hacían religiosamente. No se permitía la entrada ni salida durante la sesión (dentro de lo posible) lo que facilitaba un ambiente de mucha concentración. Se ha visto que los mejores resultados en terapia grupal con pacientes psicóticos se han obtenido cuando el centro de interés ha sido concreto y funcional. En el Capítulo 4 hay una transcripción y análisis de algunas sesiones de terapia de grupo realizadas en la CTD.

E) Terapia ocupacional

La terapia ocupacional es la actividad donde se enseña a los usuarios destrezas manuales. Tiene dos objetivos centrales. Por un lado, fortalecer y recuperar capacidades como la atención, la concentración y habilidades psicomotoras. Por otro lado, se trata de proporcionarles a los usuarios actividades que los motiven y les permitan tener algunos ingresos. Un ejemplo de esto es el taller de velas, que era muy exitoso, puesto que las velas no sólo requieren de un aprendizaje elaborado, sino que además son bonitas y se venden bien.

También hay talleres expresivos en que los usuarios hacen cerámica, pintura, música, danza y otras actividades de manera regular. En estos talleres los usuarios se expresan en forma no verbal, y también pueden comentar y analizar con el grupo lo que les ocurre.

Se le daba gran importancia a la todo lo corporal; deportes, salidas a paseos, idas a la playa, etc. Se hacían talleres de Tai Chi, Yoga, gimnasia, expresión corporal, danza y otros. Los talleres se organizaban en función de lo que los usuarios deseaban y necesitaban, y de la disponibilidad y habilidad de los terapeutas.

2) Pizzería

La pizzería es un taller protegido, producto de un proyecto FOSIS que ganó la Agrupación de Familiares con ayuda del equipo terapéutico. Los propios usuarios bautizaron el local como Pizza Pazza (pizza loca). Los pacientes que están en la tercera etapa de su tratamiento van a trabajar y ganan un modesto sueldo. Las exigencias laborales se adecuan a las capacidades de cada usuario. Siempre hay un terapeuta de la Comunidad a cargo de la dimensión terapéutica de este trabajo. La iniciativa ha sido bien acogida por los vecinos, y los usuarios se han integrado más a la vida del barrio.

3) Hogar protegido

Tal como la CTD, el hogar protegido surgió como una necesidad, porque teníamos pacientes que vivían prácticamente en la calle o que tenían relaciones tan disfuncionales con sus familiares que necesitaban un espacio alternativo. Al igual que la pizzería, también es producto de un proyecto FOSIS que ganaron los familiares de la comunidad.

Hay un terapeuta que está a cargo, que va varias veces a la semana, y una monitora que trabaja medio día en tareas domésticas. El hogar es para seis usuarios hombres, y se trata de estimular que se hagan cargo de sus necesidades cotidianas, cosa que ha resultado muy difícil porque en nuestro país los hombres no están acostumbrados a realizar tareas domésticas.

El personal ha resultado insuficiente, porque no hay financiamiento para pagar a una persona con jornada completa. Esto impide que se pueda aceptar a los pacientes más graves, que son los que más lo necesitan.

CARACTERÍSTICAS Y REQUISITOS DEL EQUIPO

Es fundamental que a las personas que trabajan en este tema les guste su trabajo, que crean en él y lo sientan como nutritivo, reparador y crecedor. Si no es así, es mejor que no lo hagan; será sólo fuente de frustración para todos. También es necesario que los miembros del equipo tengan cierta modestia y sentido de realidad, pues se trata de un campo de objetivos restringidos, con resultados lentos y limitados.

Por supuesto, también es fundamental que las personas que trabajan con pacientes psicóticos estén informadas sobre la psicosis y su tratamiento.

NUESTROS LOGROS

El principal logro, y el más satisfactorio, es que nuestros usuarios se ven bien y contentos, en su mayoría. Los alumnos que nos visitan permanentemente no pueden creer que son igualmente enfermos que los de los hospitales que han visitado. Los usuarios tienen una actitud positiva y abierta entre ellos y hacia los de afuera. Su autoestima no está menoscabada como la de muchos de estos pacientes.

Además de estos logros tan generales, hemos tenido muchas satisfacciones, en particular con nuestros usuarios.

En una investigación que hicimos en la Comunidad sobre la evolución de ochenta pacientes durante el período 91-95, hubo algunos resultados interesantes. Uno fue que las hospitalizaciones disminuían significativamente: de un promedio de dos hospitalizaciones antes de ingresar a la Comunidad, los pacientes de la CTD bajaban a un promedio de 0,38 hospitalizaciones en ese período.

Los pacientes también habían logrado una adherencia significativa al tratamiento medicamentoso: el 82,5% tiene una adherencia medicamentosa satisfactoria, el 13,75% tiene una adherencia parcial, y un 3,75% no toma sus medicamentos. Hay que considerar que antes de su ingreso a la CTD, la mayoría de ellos tomaba sus medicamentos en forma irregular, o simplemente no los tomaba.

Nuestras estadísticas indican que un 8% (dos usuarios) al año tienen una mejoría casi total, lo que significa que están de vuelta en un trabajo no protegido o en sus estudios universitarios. Sí tienen que continuar con sus controles médicos y alguna medicación.

Por otra parte, los pacientes han mejorado sus habilidades sociales, su relación con su familia, y en general se puede decir que ha mejorado su calidad de vida. Lo más satisfactorio es ver cómo llegan y cómo están después de un tiempo con nosotros; es un cambio grande, cualitativo, que siempre nos alegra.

Me gustaría ilustrar los cambios en la calidad de vida de los usuarios a través de algunos casos.

1) Caso de José

A) Antecedentes

José es derivado por la Dra. Guajardo del consultorio Carol Urzúa, comuna de Peñalolén. Es enviado a la CTD para evaluación y diagnóstico. Viene con diagnóstico tentativo de alcoholismo, drogadicción y reacción psicótica. El 9 de Julio de 1991 se realiza la entrevista de ingreso, en la que están presentes el médico psiquiatra Dr. Andrés Bahamondes, la psicóloga Teresa Huneeus, y por parte del paciente, José, su madre y su hermana.

Al momento de la entrevista, José presenta una crisis paranoidea aguda, está delirante, tembloroso, muy asustado y culposo. Piensa y siente que está endemoniado. Viene saliendo del Centro de Rehabilitación de San Miguel, donde estuvo recluido tres años.

B) Antecedentes familiares y sociales

El padre tiene 51 años y se desempeña como albañil. Actualmente está cesante, eventualmente hace trabajos esporádicos. Es alcohólico intermitente. La madre, de 48 años, es dueña de casa, ansiosa y preocupada. El hermano mayor de 24 años, casado, con hijos, ha presentado conductas violentas y delictuales. No vive en la misma casa. La hermana de 23 años, con una hija de 4 años. El hermano gemelo monocigótico, es alcohólico y drogadicto.

La familia es disfuncional, aglutinada, de alta expresividad emocional (EE), rígida en su interacción, todos muy cariñosos y preocupados, excepto el padre. El ingreso familiar es inestable, con una entrada de aproximadamente 40 mil pesos al mes. José tiene un grupo fuerte de amigos en el barrio. Ha estado detenido siete veces por conductas delictuales, robo y drogas.

C) Infancia

José fue un niño muy tranquilo y pacífico. Los gemelos estaban siempre juntos, se echaban de menos cuando estaban separados y les pasaban las mismas cosas, aunque Pedro era un poco más peleador. Ambos presentaron enuresis nocturna hasta los 14 años, siendo golpeados por el padre por ese motivo.

Vivieron en diferentes casas, en Avda. Colón, en IV Centenario, en una población en que «todo era como en familia», según la madre. Fue cuando se cambiaron a Peñalolén que empezaron las conductas «pelusas». En ese momento los gemelos tenían 13 años. Se pusieron adictos al neoprén, a fumar marihuana y comienzan las peleas y robos. La madre una vez rapó a José para que no pudiera salir a la calle. Salió y se lo llevaron preso porque lo tomaron por un «lanza».

José cursó hasta cuarto año básico, realizó trabajos esporádicos en jardinería. En el Centro de Rehabilitación de San Miguel se capacitó en carpintería.

Luego de la entrevista de ingreso y previa reunión con el equipo terapéutico, José es aceptado, a condición de que no incurra en consumo de alcohol, ni drogas, ni conductas de robo y que la familia participe en el tratamiento. el diagnóstico se cambia por: 1) Psicosis exógena, esquizomorfa. 2) Consumo de drogas. 3) Retardo mental leve.

D) Proyecto terapéutico de intervención

El primer objetivo terapéutico fue disminuir los síntomas psicóticos, pues estaba con una crisis paranoidea muy aguda que le producía gran sufrimiento y le impedía funcionar en la vida. Esto se hizo mediante la medicación y la contención.

Medicación: Diazepam, 10 mgs. al día, Clorpromazina, 25 mgs, 3 al día. A esto, que es lo que estaba tomando, se le agrega: Haldol, 3 mgs. en la noche y Tonaril, 2 mgs. al día.

- Proyecto psicoterapéutico: Desarrollar su estructura del yo reforzando sus conductas responsables y adultas, aumentando su autoestima, poniendo límites a conductas infantiles e irresponsables.
- Terapia ocupacional: Darle tareas simples, muy estructuradas, cortas y precisas, con resultados a la vista. Más adelante prepararlo para un oficio sencillo.
- Terapia corporal: Dejar que él decida responsablemente su participación en las actividades corporales. Desarrollar coordinación, flexibilidad y relajación, mediante gimnasia yoga. Desarrollar contacto y capacidad de darse cuenta por medio de los sentidos. Estimular el contacto con las emociones a través de la música.
- Terapia social: Apoyo a conductas adecuadas con compañeros y terapeutas de la CTD. Extinción de conductas inadecuadas, agresivas e infantiles. Crear red de amigos fuera de la comunidad. Intentar mejorar interacción familiar, disminuir ansiedad de la familia. Producir interacción entre esta familia de alta EE y otras de poca EE para así disminuir la presión sobre el paciente. Compartir con ellos su preocupación y crear y permitir un espacio de diálogo.

E) Interacción con la comunidad

En las primeras entrevistas con el médico, José aparece como disgregado, incoherente, muy angustiado y asustado, con vivencias paranoídeas delirantes, autorreferente y con aspecto muy deprimido, en tal grado, que el médico considera la hospitalización total si no mejora luego.

En la comunidad se mantiene aislado. Durante el primer mes empieza a estar mejor, aunque continúa con sus vivencias delirantes y muy deprimido. Ya en el segundo mes se ve apagamiento de la productividad psicótica, dice «haber pensado menos en los vampiros», mantiene ciertas conductas desajustadas e intranquilidad motora. Comienza a presentar risas inmotivadas.

Poco a poco se va integrando a las actividades de la comunidad, a la que asiste regularmente y se van cumpliendo los objetivos del proyecto terapéu-

tico. Esto coincide con la información de la madre quien dice haberlo notado «algo mejor y más animado». A fines de 1991 continúa asistiendo regularmente. Trabaja con interés, de ánimo elevado, locuaz, con tendencia a la euforia, aunque «aún le tiene miedo a los vampiros y a la gente». Debido a que la madre informa que duerme mucho, se le suspende el Meleril. Queda solamente con Haldol y Tonaril.

En mayo de 1992 entra en una crisis que consiste en que vuelve a ingerir alcohol, dice que quiere volver a ser como antes: «tomar, robar, fumar marihuana». Dice que el «copete» le gusta y no le hace mal. Que quiere pasarlo bien en las fiestas. Le recuerdo sus tiempos de crisis y lo mal que lo pasó, el Dr. le dice que si ingiere alcohol no lo verá más. Ante nuestras «amenazas» acepta tomar Antabuse y no seguir tomando alcohol, se le explican bien los efectos. Sin embargo, una vez la madre se lo dio con los otros medicamentos, sin decirselo; él tomó alcohol y se sintió tan mal que dejó de tomar. Nosotros no estuvimos de acuerdo con la madre y se lo dijimos. Sin embargo el objetivo se logró. José volvió a estar bien y siguió progresando en la CTD.

En enero de 1993 tuvo nuevamente conductas desadaptativas; exaltado, provocador, incluso fue encontrado robándole a un terapeuta de la comunidad. Se hace una reunión con él, el terapeuta agredido y la psicóloga y directora de la CTD. Se manifiesta muy arrepentido, dice que «se había fumado un pito y no sabía lo que hacía», se ve apenado, pide disculpas. Acordamos que si lo vuelve a hacer queda fuera de la comunidad. Le damos la opción de elegir entre las drogas y el robo y la comunidad; lo confrontamos con la incompatibilidad entre ambas opciones. Acepta y se queda con nosotros.

F) Situación hasta 1995

En marzo de 1993 la familia de José decide vender su casa en Peñalolén para irse a vivir a Chillán, buscando un ambiente más sano para los «chiquillos». Fueron preparados para la partida. José lo pensó mucho, si irse con ellos o quedarse, finalmente decidió irse. Se le entregaron medicamentos y un informe completo sobre su estadía en la CTD e indicaciones para su tratamiento.

Actualmente mantenemos contacto con él y su familia, su hermana y hermano mayor se quedaron acá. Él nos ha escrito, muy cariñoso. Está trabajando en el campo, pololeando, tiene muchos amigos, juegan a la pelota. Todos lo quieren allá. Ha venido ocasionalmente a Santiago, está más delgado y se ve muy bien. La madre, quien viene a visitar a los dos mayores, dice que los chiquillos se portan bien; ni pitos, ni robos. Sí, a veces algo de trago y ocasionalmente una pelea. Según la hermana que nos visita para mantenernos al corriente, aquí en la CTD encontró «un ángel» lo que le hizo un gran bien.

G) Comentarios

José superó todas nuestras expectativas. Llegó con una crisis psicótica tan aguda que parecía imposible evitar la hospitalización. Se evitó. Venía con antecedentes de drogadicción, lo que combina muy mal con nuestros pacientes pues se contaminan fácilmente entre sí. Traía antecedentes de robo y todos los malos hábitos de un centro de detención. La CTD que funciona en base a confianza, aceptación y responsabilidad personal, se pone en peligro al tener a alguien con estas características. Tampoco ayudaba en su pronóstico que tuviera retardo mental. Sin embargo, habían elementos a favor. José vivía muy cerca de nosotros, la familia estaba muy desesperada y dispuesta a colaborar, nunca había estado hospitalizado. Cumpliendo con nuestro principio de aceptar dentro de lo posible a las personas cuya crisis sea tan grave que le impide funcionar en la vida, lo aceptamos y funcionó.

Con José, lo más importante después de la contención de su psicosis, fue el desarrollo de su autoestima, tan dañada por su condición de delincuente. Aprender a confiar en sí mismo, poco a poco, le permitió cambiar sus amigos por otros, con mejores hábitos, produciéndose así una cadena de hechos que lograron cambiarle el signo a un proceso que parecía negativo e irreversible.

2) Caso de Ana

Ana y su familia supieron de la comunidad a través de la presidenta de su junta de vecinos. Esta historia clínica data de 1995.

Su diagnóstico era Oligofrenia y Epilepsia. La medicación que tomaba era Diazepam 10 mg, uno en la noche, y Dipirona.

A) Historia clínica

Tiene antecedentes médicos de cuadros convulsivos desde los dos años de edad. Estuvo en tratamiento en diferentes consultorios. Alrededor de los 12 años comenzó a controlarse periódicamente en el Servicio de Neurología del Hospital Barros Luco. La madre describe su embarazo como muy malo, debido a un mal que le hicieron. Para ésta, sería la causa de la enfermedad de Ana y también de su incurabilidad. El padre cuenta que según un médico, Ana tenía un cerebro de 7 años.

Ana no sabe leer ni escribir. Asistió a la escuela por un período muy breve. La madre dice que los ataques le impedían asistir. Desde los 28 años que no tiene ataques. Actualmente (1995) tiene 40 años.

B) Ingreso

Asisten a entrevista de ingreso en junio de 1991. Estuvieron presentes la psicóloga Teresa Huneeus, el psiquiatra Dr. Andrés Bahamondes y el Terapeuta Ocupacional Víctor Cantelano, el padre de Ana y ella. La actitud del padre es muy negativa hacia Ana, muestra mucho desaliento, lo que incluso hace que el equipo dude de su ingreso a la CTD. Finalmente se decide dejarla a prueba una semana, y el padre acepta con indiferencia.

En reunión de familiares la madre informa que Ana es muy agresiva cuando se le contraría (cosa que la familia hace constantemente). Incluso ha llegado a golpear y atacar a la madre. Le gusta «alegar», es discutidora. Los padres no creen que Ana pueda aprender algo, o estar mejor en la vida, y se lo hacen notar siempre a Ana y a todos los que la rodean.

C) Situación Familiar

Ana vive con su padre, su madre, su hermano soltero y recientemente volvió a la casa una hermana que se separó y su hijo. Viven en una casa en buenas condiciones y no tienen problemas económicos graves (el padre es jardinero).

Los mayores conflictos que vive Ana son con su padre, quien la ha maltratado siempre, tanto física como psicológicamente. Su hermano es con quien mejor se lleva en la casa. Antes de ingresar a la CTD, el padre restringía muchísimo las salidas de Ana, así que ella pasaba la mayor parte del tiempo en la casa, peleando con quien la contrariara.

D) Diagnóstico y Tratamiento

Al ingresar a la CTD se mantiene el diagnóstico de Oligofrenia y Epilepsia orgánica. Continúa tomando Diazepam 10 mg en la noche, y un mes después se le agrega Carbomacepina (uno diario). Ana presenta además estados de paranoia psicótica, lo que dificulta mucho sus relaciones interpersonales. Su déficit cognitivo es severo, lo que afecta su desempeño y su comprensión en tareas que requieren algún grado de abstracción. Es extremadamente autorreferente y carece de empatía. También tiene Esclerosis Tuberosa (Genodermatosis) de carácter no infeccioso, que es una enfermedad a la piel que da un aspecto desagradable.

E) Proyecto terapéutico

- Plan psicoterapéutico: estuvo enfocado a reforzar sus conductas positivas, reconociendo sus méritos; disminuir y canalizar en forma adecuada su agresividad, especialmente en la casa; desarrollar autoaceptación y disminuir su autorreferencia extrema. En el área social, disminuir descalificaciones hacia los demás, y desarrollar mayor consideración, solidaridad y respeto por los otros, aprender a dialogar.

- Terapia ocupacional: desarrollar actividades productivas, hacer trabajos que puedan ser vendidos, como paños pintados, tejidos.
- Área familiar: incorporar a la familia en el tratamiento, evitando que lo boicoteen. Que al menos un familiar asista a las reuniones familiares y a la agrupación de familiares. Disminuir descalificaciones y conductas agresivas del padre hacia Ana.
- Estimular colaboración de Ana en las tareas de la casa, reforzar sus contactos en el vecindario, así como su participación en otras organizaciones comunitarias, estimular el reconocimiento y valorización por parte de la familia de Ana de sus logros y méritos.

F) Interacción dentro de la Comunidad Terapéutica

En su primer tiempo en la CTD, frente a cualquier dificultad o conflicto amenazaba con irse a tirar al canal San Carlos, para que todos sufrieran por ella. No participaba en actividades con lápiz y papel, debido a que no sabía escribir, y en su casa siempre le dijeron que no podía aprender. En la comunidad aprendió a escribir su nombre.

Desde un comienzo asistió regularmente y participó con interés, destacándose por su habilidad manual. Aprendió a pintar y bordar muy bien. Se comprometió plenamente con la CTD y se ofreció para realizar diversas actividades domésticas. Durante su permanencia en la CTD ha pololeado con otros participantes. Tuvo una relación estable durante más de dos años, manteniendo relaciones sexuales con su pareja. Ana no puede embarazarse, ya que su familia decidió esterilizarla hace varios años.

Se ha logrado que disminuyan sus conductas negativas; es agresiva y descalificadora solamente en situaciones específicas y concretas en las que se siente hostilizada. Ha disminuido su vulnerabilidad, lo que hace que sus estados agresivos y paranoídeos se presenten con menor frecuencia e intensidad, ya no amenaza con atentar contra sí misma a cada rato y por cualquier cosa. Ha mejorado su autoimagen y su autoestima. Es capaz de recibir críticas sin descontrolarse. Toma sus medicamentos, es muy responsable en las actividades en las que se compromete y cumple las normas de la CTD.

A pesar de los avances que ha hecho Ana, sus padres no reconocen ningún cambio, y además la encuentran «muy buena para andar en la calle», lo que no les gusta. El papá le sigue pegando.

Se ha logrado que su hermano Carlos asista a las reuniones de familiares y participe en el tratamiento de Ana; él sí reconoce los cambios que ha tenido su hermana. Se han organizado reuniones con Ana, su hermano, la asistente social y la psicóloga, para mejorar la relación de ambos. En una de estas reuniones Carlos reconoció que también tiene muchas dificultades con el padre, debido a que lo controla y lo reta mucho. Carlos se desquita con Ana, ya que ella hace cosas que él también quiere hacer, como salir sin avisar, y hacer lo que quiera sin dar explicaciones.

Ellos pudieron llegar a un acuerdo: no sólo lograron mejorar sus relaciones, sino también las de Ana con su padre. Este acuerdo consistió en que Ana haría aseo y cumpliría ciertos horarios, pero también podría tener su tiempo personal, en el cual puede hacer lo que quiera. Así también, Ana se comprometió a avisar cada vez que modificara sus planes, y a no gritar a su madre. Uno de los principales logros de Ana en este aspecto ha sido el desarrollar la capacidad de escuchar y dialogar con el hermano, buscar alternativas de solución frente a este problema y poco a poco ponerse en el lugar de Carlos y atender a sus necesidades.

En el año 1995 participa en todas las actividades de la CTD, es capaz de seguir instrucciones y desarrollar tareas en forma independiente. Se ha integrado al taller de matemáticas, donde está aprendiendo las operaciones básicas, y se ha iniciado en el aprendizaje de la lecto-escritura.

Su aspecto personal ha cambiado enormemente, ha adelgazado y se viste en forma más juvenil, con colores alegres. Su enfermedad a la piel ha disminuido, tiene amigas en el barrio, es muy buena para los negocios y vende cosas. Participó en un taller de teatro que dio funciones a público, siendo ella una de las protagonistas.

G) Conclusiones

A través de su participación en la CTD, y a pesar de tener muchos factores en contra, Ana pudo lograr algo que todos los seres humanos necesitamos y es el tener un lugar en el mundo. Un lugar en el cual es reconocida y es una persona importante con responsabilidades; ella se encarga del jardín y pone la tetera todos los días, entre muchas otras cosas. Ha hecho amigos, ha pololeado. Antes, pasaba la mayor parte del tiempo encerrada en su casa peleando con su familia, amenazando con agredir y auto-agredirse.

Ahora su vida es distinta porque ha recibido respeto, valoración y amor. Incluso está más bonita. En un ambiente así, ella ha aprendido a valorarse y cuidarse, lo que es notable en una persona que ha estado sometida a descalificaciones constantes a lo largo de toda su vida.

Su familia no ha ayudado en este proceso de cambio, sino que por el contrario, ha puesto innumerables obstáculos y los padres siguen poniéndolos, pero su hermano ha cambiado su actitud hacia ella, trata de entenderla y apoyarla.

Con la intervención de la CTD se ha evitado la internación, idea que siempre tuvo la familia, como una salida «para sacarse este problema de encima». Creemos que haber evitado su internación para siempre es un gran logro, que se ve reforzado por el cambio de su hermano.

3) Caso de Luis

A) Anamnesis

Luis fue atendido por corto tiempo, a fines de 1990, en el Policlínico de la Parroquia San Roque, en lo que fue el antecedente inmediato de la CTD de Peñalolén. En abril de 1992 se incorpora a la CTD.

Se le diagnosticó esquizofrenia paranoide cuando tenía 18 años, al terminar el colegio (cursó hasta cuarto año de Educación Técnico Profesional).

Fue tratado en forma particular por distintos médicos en diferentes períodos. Nunca ha sido hospitalizado. Ha tenido indicaciones de Meleril, Clorpromazina y Modecate. En 1989 usó Piportyl L 4/25 mg. diarios por un mes.

B) Situación Familiar

Luis vive con ambos padres y su hermano Eugenio, tres años mayor. La madre refiere que Luis y Eugenio se llevan y se tratan mal. Ella dice que Eugenio no acepta la enfermedad de Luis y éste no acepta el «triunfo» de Eugenio, que es ingeniero y tiene un buen trabajo.

El padre pasa poco tiempo en la casa, y cuando está se dedica a ver televisión. Trabaja casi todos los días, y es bebedor excesivo.

La madre trabajó fuera de la casa y en forma remunerada por algunos años, pero «fue peor, la casa era un desastre», por lo cual se retiró para estar con Luis.

Luis, su mamá y Eugenio son miembros activos de una iglesia evangélica; Luis no fuma ni bebe, y tampoco consume drogas, tiene pocos amigos y es tímido; según la madre, siempre fue así, por lo cual ella siempre lo protegió más que al hermano.

C) Interacciones con la CTD

Cuando su madre supo que la CTD estaba funcionando en Peñalolén Alto, le pidió a Luis que asistiera. En esos momentos Luis sólo estaba tomando Alprazolam de 0,5 mg, uno al día. Había consultado en algunos programas naturistas de la radio, donde le recetaron muchos medicamentos que no tomaba.

No presentaba síntomas psicóticos, pero hacía dos meses había tenido alucinaciones auditivas. Al ingresar a la CTD se mantuvo el diagnóstico de esquizofrenia, y la medicación que se le indicó fue: Alprazolam, 0.5 Mg, uno al día, y Meleril, 25 mg., uno diario.

En su primer tiempo en la comunidad, se le observa como carente de propositividad vital, poco constante, se muestra inseguro, se da por vencido fácilmente, poca tolerancia a la frustración y pasividad, buena psicomotricidad fina y una capacidad intelectual normal. Tiene buen vocabulario.

En ese momento dice no creer en los médicos, pero reconoce necesitar ayuda. Muestra inestabilidad emocional y de humor. Se siente con poco ánimo y poca capacidad de concentración: «No tengo capacidad para enfrentar problemas». Dice venir a la CTD «porque los otros me necesitan, no lo veo tanto por mí, el provecho para mí es la parte social, para poder hacer amigos o conocidos al menos». Él dice tener dificultad para establecer relaciones interpersonales desde temprana edad. No ha tenido pareja ni relaciones sexuales.

D) Proyecto terapéutico

- Proyecto psicoterapéutico: mejorar su autoestima y su seguridad personal.
- Terapia ocupacional: se trató de mejorar su persistencia, que terminara las tareas que iniciaba, y se apoyó su participación en el boletín de la comunidad.
- Área social: recuperación de su rol funcional, favoreciendo el establecimiento de relaciones interpersonales al interior de la comunidad terapéutica. Incorporación de la familia en reuniones de familiares y en la agrupación de familiares.

Luis demostró que con ayuda es capaz de realizar muchas tareas, llevar a cabo proyectos como el boletín de la comunidad, realizar entrevistas, transcribir discursos. Dirigió la asamblea comunitaria eficientemente como su presidente.

Así, fue disminuyendo gradual, pero notablemente su sintomatología. Recuperó roles sociales, desarrolló y mantiene conductas de autocuidado. Toma sus medicamentos.

A través del apoyo y vínculo con la asistente social de la CTD comenzó a hacer la práctica profesional como contador en un hogar de niños desde julio de 1992. En mayo de 1993 fue contratado como ayudante de contador en un jardín infantil (media jornada). Tanto el hogar de niños como el jardín infantil pertenecen a la misma fundación.

A lo largo de su proceso de mejoría Luis fue tomando distancia con la CTD, tratando que no lo relacionaran con ella; incluso le pidió a su mamá que no participara en la agrupación de familiares.

En su trabajo conocen sus dificultades, y lo apoyan. La asistente social de la CTD se mantiene al tanto de su situación de trabajo, lo que ha servido para reforzarlo y ayudarlo a superar dificultades que se le han presentado.

Mantiene contacto con la CTD en calidad de paciente en seguimiento, y recurre a ella cuando no se siente bien.

Se ha integrado activamente en tareas de responsabilidades de su casa, y se le ha observado muy interesado en su trabajo, donde es bien evaluado tanto en lo profesional como en lo personal.

E) Conclusiones

Cabe destacar la importancia de un ambiente de relativa protección en el trabajo. Sin este factor, hubiera sido muy difícil que Luis se mantuviera en uno. Tanto esto, como la posibilidad de contar con la CTD en los momentos de tensión han contribuido a mantener sus logros.

Sin la CTD, difícilmente se hubiera evitado que Luis siguiera el camino directo a hospitalizaciones recurrentes, llevando una vida bastante solitaria, con una madre sobreprotectora, un hermano que lo rechazaba y un padre ausente.

4) Caso de Juan (1998)

Juan ingresó a la CTD a fines del año '96. Tiene 28 años y una larga historia de paciente psiquiátrico. Es el menor de dos hermanos. Sus padres

se separaron cuando él tenía 10 años. Vive con su madre, su abuela materna y su hermana mayor. A los 14 años él y su hermana se van a vivir con el padre. Aparentemente estuvieron muy abandonados en ese tiempo. Él presenta un cambio conductual: fuma marihuana, ingiere alcohol, empieza a escuchar voces. Es hospitalizado a los 15 años en una clínica privada por seis meses. Se le diagnostica esquizofrenia. Vive en un centro abierto (Corporación del Paciente Mental) por cuatro años. Es retirado por problemas económicos y se va a vivir con su madre. A los seis meses se descompensa y se va a la clínica San Benito desde 1991 hasta 1996. Después hizo trabajos esporádicos y viajó al Norte, donde estuvo en un Hogar Cristiano en que le prohibían tomar pastillas porque «sólo había que orar».

Su hermana escuchó por la televisión sobre la CTD y lo trajeron. Llegó totalmente psicótico, sin medicación, vagaba todo el día. Sólo lo dejaban entrar a la casa de la mamá y la hermana a las ocho de la noche, y se tenía que ir a las ocho de la mañana. Le daban tres mil pesos semanales para todos sus gastos, lo que no le alcanzaba ni para alimentarse. En la CTD lo ve la doctora y le indica Haldol, Tonaril y Neuleptil. La familia le arrienda una pieza cerca de la CTD. Pero está tan psicótico que no logramos que se tome los medicamentos. Entretanto nos quedamos sin médico. Se acuerda que nosotros le suministremos los medicamentos diariamente.

Finalmente, en abril conseguimos que lo vea una psiquiatra del Hospital Salvador y lo ingresa en un programa de Sisordinol inyectable. Poco a poco van disminuyendo los síntomas psicóticos. Le piden la pieza donde vive, y llega diciendo "tendré que dormir en la calle".

Lo ingresamos a nuestro Hogar Protegido. El mes pasado se ganó el premio al más colaborador (aunque aún tiene muchos malos hábitos de sus tiempos de vago). Asiste diariamente a la CTD, fue elegido Presidente de la Asamblea y lo hace muy bien. Está con proyectos de trabajo, pero nosotros consideramos que le falta un poco aún (está en la 2ª etapa).

Estos casos son muy diferentes entre sí; a cada uno de ellos le ha servido de manera diferente la interacción con la comunidad terapéutica.

A) *Las familias*

Con los familiares hemos tenido logros y también problemas. Ha habido y hay talleres terapéuticos con madres y algunos padres, que son muy positivos, especialmente para la relación con su hijo/a con problemas. Se formó una Agrupación de Familiares y Amigos de la CTD, con personalidad jurídica, que inicialmente demostró su capacidad de acción, pero que después se estancó, en parte porque nunca hubo rotativa en la directiva.

Algunos problemas se han producido porque el gobierno les ha ofrecido mucho poder, sin darles la capacitación necesaria para que ellos puedan asumir ese poder en forma constructiva. En este sentido, ha faltado claridad por parte de las políticas gubernamentales. Junto con esto, creo que en este tema, como equipo, nos ha faltado saber aprovechar y apoyar mejor a los familiares.

EL EQUIPO

El equipo terapéutico ha sido otro logro de la Comunidad. Durante los primeros cinco años el equipo no tuvo ningún cambio, excepto el de los psiquiatras. Esto resultó muy importante, pues la estabilidad del equipo facilita la estabilidad y seguridad de los pacientes. Después se produjeron cambios, poco a poco. Durante una etapa hubo muchas personas con una jornada reducida, y desde hace poco se volvió a priorizar por pocas personas con horario completo (equivalente a media jornada).

El equipo ha tenido siempre ciertas características que son muy importantes para este trabajo: es entusiasta, es comprometido, les gusta lo que hacen, creen en su trabajo y saben lo que se puede esperar, se identifican con él y lo asumen con mucha responsabilidad, son afectuosa/os con los usuarios y entre sí.

La construcción de relaciones abiertas, democráticas, el afiatamiento del equipo y la responsabilidad compartida no son lo habitual en los equipos de

trabajo. Ni menos lo eran después de la larga dictadura que tuvimos. En general, las estructuras son jerárquicas y las funciones están muy claramente delimitadas. Pero cuando se logra compartir el quehacer interdisciplinario, respetando y valorando los diferentes aportes, el resultado es muy positivo e integrador para los miembros del equipo y por lo tanto para los usuarios.

Un pequeño logro ha sido también que todos estos años hemos compartido la casa con otros grupos de salud, en especial el «grupo de dolor de espalda», que es un grupo de mujeres que fue iniciado por una doctora del equipo de la Cooperación Italiana y que continuó como grupo de autogestión con una regularidad admirable. También ha habido talleres de teatro y otros para adultos, jóvenes y niños, aunque estos han sido esporádicos.

ALGUNAS DIFICULTADES

Al igual que en otros procesos de reforma psiquiátrica, las principales dificultades han estado relacionadas con la burocracia y el escaso apoyo a nuestro trabajo por parte de las autoridades de salud mental y municipales. Si bien hemos contado con financiamiento, éste ha estado supeditado a informes y cuentas que consumen mucho tiempo.

Esta burocracia y falta de recursos ha sido un elemento desalentador y desestabilizador durante estos ocho años. Cada año hemos tenido que repostular nuestro proyecto y hacer nuevos convenios, lo que nos ha hecho trabajar con incertidumbre con respecto a nuestra continuidad. Algunos de los miembros del equipo han optado por cargos más estables y mejor rentados debido a sus compromisos familiares. Esto hace imposible que el equipo tenga una dedicación exclusiva y jornada completa, que sería lo adecuado para este trabajo. No hemos tenido las condiciones para investigar, estudiar y reflexionar en conjunto, ya que hemos estado respondiendo a lo urgente.

Otra dificultad ha sido el escaso reconocimiento que hemos tenido por parte de la psiquiatría institucional. Sin embargo, algunos psiquiatras han interactuado con nosotros, y esto resulta muy beneficioso para nuestros pa-

cientes. Desgraciadamente, la mayoría de los psiquiatras que trabajan en el sector público tienen un punto ciego para lo que es innovador o diferente. Ha sido reconfortante encontrar que Bills y Bloom (218) tienen la misma sensación cuando dicen: «Hay una clara presión del sistema más amplio a resistir el cambio...»

En un ejemplo de esta descoordinación, una paciente que estaba mucho mejor y con ganas de integrarse al mundo laboral se lo contó a su psiquiatra, y éste le dijo que ella tiene una enfermedad incurable, y que nunca va a poder trabajar en nada. Nos cuesta mucho trabajo deshacer estos entuertos, pues el doctor es la autoridad para ellos.

Otra dificultad ha sido la imposibilidad de tener un psiquiatra trabajando de manera estable en la CTD. Hasta ahora no ha habido uno/a que se quede más de un año en la Comunidad. Esto se debe en parte a las bajas remuneraciones que ofrecíamos y también a que no cumplíamos con los requisitos de un centro de formación adecuado para la carrera de un psiquiatra.

Al escribir esto me doy cuenta que esta es una de las batallas en que me he ido dando por vencida. Siempre tuve la idea de trabajar con un/a psiquiatra que «tuviera puesta la camiseta» de la Comunidad, que participara en asambleas, fiestas, paseos, tal vez hiciera un taller con los usuarios. Incluso yo estaba dispuesta a dejar mi jefatura si esto facilitaba que esa persona quisiera asumir ese rol.

Esto me recuerda una visita que hice a un Hospital Diurno en Italia: el psiquiatra, que estaba todo el día ahí, tenía un grupo de danza con sus pacientes; él y sus pacientes se vestían con mallas y bailaban de manera muy expresiva. Me pareció maravilloso. De hecho, yo lo conocí en un grupo de terapeutas que estaban en un taller de danza, o sea, a él le gustaba bailar y lo hacía con sus pacientes. Esto es muy importante: que los terapeutas —incluso los psiquiatras— hagan lo que les gusta y no lo que no les gusta, pues sólo así transmitirán bien su quehacer.

Otra dificultad importante ha sido nuestro aislamiento. Por motivos que me es difícil precisar, nos hemos sentido bastante solos en este trabajo. Una causa evidente es que existen pocas redes para este tipo de trabajo. Hemos interactuado con las organizaciones que conocemos, como el COSAM de Estación Central, la Comunidad Terapéutica para Drogadictos de Peñalolén, la Casa de Acogida de Peñalolén, Peñasol (Trabajo para un Hermano), el Hospital Psiquiátrico, el Hospital El Peral, y el Hospital Diurno del Consultorio N°1.

Donde más hemos sentido el déficit de vínculos ha sido en las posibilidades de reinserción laboral y también en las posibilidades de reubicación de los pacientes cuando se cambian de comuna. Cuando queremos dar de alta a un paciente, éste no tiene dónde ir.

Todas estas deficiencias no son culpa de personas específicas, sino del sistema imperante. No habiendo consenso en lo político, social, ni profesional —psiquiátrico—, es imposible que el paciente psiquiátrico tenga acceso a una atención adecuada para sus necesidades.

Quisiera ilustrar los problemas de coordinación con los servicios de salud mediante el caso de uno de nuestros pacientes. La historia clínica data de 1997.

Caso de Julio

Julio es un paciente que actualmente tiene 24 años. Es el segundo hijo de madre sola. El hermano mayor vive en Temuco. Ambos son hijos del mismo padre de quien no se sabe nada desde hace 24 años. Julio cursó hasta 4° medio. Nunca ha trabajado. Vivió gran parte de su infancia con sus abuelos en el Sur. En 1987, cuando él tenía 14 años, se le diagnosticó un osteosarcoma. Fue tratado con cirugía conservadora y quimioterapia. Fue dado de alta en 1992, en control regular. Está bien.

Historia Clínica

Antecedentes psiquiátricos desde 1992 (19 años), año en que viajó solo a casa de familiares en el Sur. Ahí presenta su primera crisis psicótica. Fue hospitalizado en el Instituto Psiquiátrico, donde permaneció tres meses, con muy mala tolerancia al tratamiento neuroléptico. Post-alta se mantuvo en control por seis meses, pero abandonó por mala tolerancia. Estuvo más o menos estable hasta septiembre del 95, permaneciendo en casa, sin actividad, muy autorreferente. En esta fecha comienza a sentirse muy angustiado, con insomnio, no salía a la calle. Además presentaba conducta agresiva: rompía objetos y agredía a su madre. Intentó electrocutarse. Fue hospitalizado por tres meses. Fue dado de alta, pero estaba nervioso, angustiado, mal. Debido a esto lo llevaban frecuentemente al Servicio de urgencia del Instituto Psiquiátrico. En enero del año 96 es hospitalizado por tercera vez para iniciar tratamiento con Leponex, pero se fuga. Desde esa fecha ha estado en control regular ambulatorio en el Instituto Psiquiátrico.

En abril del año 96 ingresa a la CTD (se enteró por una vecina). Su diagnóstico es esquizofrenia pseudoneurótica en estudio. Empieza a participar en más actividades cada vez. En mayo refiere sentirse "como integrado a la comunidad". Siempre necesita mucha atención individual, en especial de la doctora y de las psicólogas. Incluso en períodos en que no asiste porque está muy mal y tiene temor de salir a la calle, se le va a buscar a su casa. Recordemos que vive muy lejos (una hora y media de viaje diario).

Se hace un intento de derivarlo a un centro más cercano a su hogar, pero no resulta. Entretanto se tienen que cambiar de casa, de Puente Alto a San Bernardo, y la madre establece una relación de pareja con un hombre que maneja un camión. Esta situación complica muchísimo a Julio, especialmente porque esto implica que tendrá que irse a vivir con su madre y el "caballero", como le dice.

Por mucho que él se opone y que trabajamos este cambio con él, la situación se va concretando paulatinamente. En la CTD está participando en taller de pintura, huerto, grupo terapéutico, actividad corporal, asamblea

comunitaria, control con la doctora y sesión con la psicóloga semanalmente, taller de velas, lo que le reporta algún dinero. La psicóloga que lo está viendo trabaja los cambios con la madre y con ambos. En junio, ya está viviendo en la nueva casa y en la nueva situación.

A mediados de julio llega tan angustiado, agresivo, paranoico, con ideas suicidas, que intentamos hospitalizarlo en el Hospital Salvador, pero no lo reciben. (Otro de nuestros usuarios estuvo hospitalizado ahí y estuvo bien). Debido al alto riesgo suicida explícito, él mismo pide la hospitalización. Lo reciben en el Sector 7 del Hospital Psiquiátrico el lunes 21 de julio.

El jueves 24 lo visita una persona del equipo y está en las mismas condiciones en que ingresó, en observación y solamente con Amparax. La madre está citada para el viernes 25, para acordar el tratamiento con Leponex. El martes 29 de julio, el paciente se fuga del Hospital. Nos llama de casa de un amigo, diciendo que no soporta más el maltrato de los auxiliares. Al parecer estuvo agitado y le aplicaron la "técnica del ahorcamiento" y le pusieron camisa de fuerza. Además le inyectaron calmantes o algo muy fuerte, pues apenas podía hablar.

Lo convencemos de que ese día se vaya a casa de su madre y que al día siguiente venga a la CTD. El jueves 31 de julio, después de largas conversaciones en que contó con detalle lo ocurrido en el Sector, lo convencemos de que ingrese nuevamente al Hospital, prometiéndole que intervendremos para que esas cosas no vuelvan a ocurrir.

Su madre, la psicóloga que es su tutora y yo, como Directora de la CTD lo llevamos al hospital. En el Sector 7 tuvimos una reunión con su doctora tratante, en que acordamos algunas cosas:

1. Los auxiliares no lo iban a golpear, ni violentar físicamente.
2. Podía comunicarse con nosotros por teléfono por lo menos una vez al día.
3. Solamente le podían poner un tranquilizante con su anuencia (del paciente), no quería otros neurolépticos, mientras no se le comenzaba el tratamiento con Leponex.
4. La estadía en el Hospital no duraría más de tres semanas.

5. Podía ir a su casa los fines de semana si la doctora consideraba que estaba en condiciones.

El lunes 4 de agosto aparecen el paciente y su madre en la CTD pues no se habían cumplido los acuerdos. La madre se lo había llevado a la casa pues no le habían dejado el permiso para salir el fin de semana. Vino otro médico y le dio otros neurolépticos, etc. «Me fallaron» dijo el paciente. A pesar de que era cierto, lo convencimos otra vez y volvió a ingresar. Esta vez no hicimos tantos acuerdos. Sólo lo visitamos y llamamos lo más que pudimos. Estuvo más o menos un mes y empezó su tratamiento con Leponex.

La situación actual (1997) es que está con permiso del Hospital pues aún le están controlando el medicamento, pero la madre se va de viaje con el “caballero” por más o menos 10 días. Hemos hecho todo por convencerlo de que se quede en el Hospital, pero no quiere. Él piensa que puede estar bien solo y vendrá todos los días a la CTD, y si se sintiera mal, volverá al Hospital.

Nosotros no lo encontramos lo suficientemente estable. Se lo dijimos a la madre y a él, pero lo dejamos tomar su decisión, pues no tenemos cómo imponerle una hospitalización sin faltarle el respeto.

Actualmente (2000) el paciente reside en el Hogar Protegido de la Comunidad y sigue asistiendo a ésta.

Historias como ésta, en que hay una descoordinación con los otros servicios, y en especial, una manera diferente de tratar al paciente, tenemos muchas.

* * *

ALGUNAS CONCLUSIONES

Evitar a las personas con trastornos mentales las hospitalizaciones y los largos períodos internados es evitarles hacer la carrera clásica del “enfermo mental” que los lleva a una cronificación cada vez mayor de su condición, junto con una mayor segregación por parte de la sociedad. Ya

se dijo, *la cronificación de la esquizofrenia es producida por largas hospitalizaciones, sobremedicación, aislamiento, invalidación y no por la propia esquizofrenia*. Nos parece que tener hospitalizado a un paciente compensado es como tener hospitalizado a un diabético compensado: un desperdicio de vida y de medios.

Casi cualquier patología psíquica, por severa que sea, puede ser contenida y tratada dentro del propio medio del paciente, con un apoyo técnico adecuado, siempre que este medio sea apropiado, lo que significa que el medio (familia, comunidad, sociedad) debe ser educado sobre prevención de crisis, para evitar que éstas lleguen a ser agudas. Esta necesidad implica que deberían existir centros profesionales de ayuda técnica donde los familiares y los propios pacientes puedan recurrir cuando lo necesiten.

Queremos enfatizar la importancia de dejar de lado los prejuicios y concluir que teniendo una interacción adecuada, casi cualquier persona, por muy mal que esté, puede ser ayudada para que utilice mejor sus cualidades y recursos positivos para estar mejor en la vida.

Intentaremos resumir lo que nos parece la manera “adecuada” de tratar al paciente psicótico:

- a) Lo primero y más importante es que estas personas sean tratadas por personas que los acepten y si es posible, que los quieran, que no les tengan miedo, ni prejuicios respecto a su trastorno, que les guste trabajar con ellos. Que sepan reconocer los síntomas y de qué se trata la esquizofrenia.
- b) Hay que tratarlos con flexibilidad y al mismo tiempo con firmeza y claridad. Los límites deben estar muy claros, especialmente con respecto a cuestiones como la medicación, los horarios y los compromisos. Por ejemplo, hay tres normas o prohibiciones básicas que se dan a conocer a todos los participantes de la CTD: no se permite la agresión física; no se permite el consumo ni el tráfico de drogas dentro de la Comunidad; y no se permite realizar el acto sexual dentro de la Comunidad. Violar estas normas significa la expulsión de la CTD.

- c) Se trata de crear condiciones para guiarlos hacia una actividad organizada, utilizando los recursos de cada uno. Se requiere un acompañamiento guiado, pues gran parte de las personas que tienen o han tenido psicosis caen en la inactividad o en una actividad desorganizada que los deja al margen de la sociedad. Esta actividad tiene que ser paulatina, sin forzar ni exigir más de lo que pueden hacer, siempre cuidando y reforzando la autoestima.
- d) Todo esto tiene que darse dentro de un medio social acogedor, que enseñe a compartir, a tener un comportamiento socialmente adecuado y estimule a los usuarios para que asuman responsabilidades respecto a sí mismos (medicación, trabajo) y con respecto a los demás (comunicación, consideración por el otro).

Para terminar este capítulo quisiera citar algunas opiniones de usuarios de la CTD, recogidas en un estudio hecho por alumnos de Psicología de la Universidad Central, cuyo objetivo fue evaluar la percepción de los usuarios respecto de la CTD, en contraste con la institucionalización psiquiátrica tradicional (219). Transcribiré textualmente algunas preguntas y respuestas de cuatro pacientes (dos mujeres y dos hombres que han estado en diversos centros de salud).

¿Ha participado anteriormente como paciente en algún centro de Salud Mental? ¿Cuál? ¿Cuánto tiempo?

- A: El 91, en el Salvador, por 5 meses y no me gustó.
- B: Sí, estuve tres días en el Peral, y en el Psiquiátrico, tres meses.
- C: Estuve yendo muchos años como paciente ambulatorio al Salvador.
- D: No, solamente en el Hospital Psiquiátrico y ahora acá.

(218) BILLS, L. Y BLOOM, S. (2000): «Trying out Sanctuary the hard way». *Therapeutic Communities*, Vol. 21, Nº2.

(219) CORREA, D. Y LÓPEZ, G. (1998): *Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén: El enfoque comunitario como una alternativa a la institucionalización psiquiátrica*. Escuela de Psicología, Universidad Central.

Si lo ha hecho, ¿qué diferencia existe entre el tratamiento anterior y el que recibe en la C.T.?

- A: Por supuesto, esto es la gloria, la diferencia es como del infierno a la gloria. Aquí nos hacen cosas entretenidas, nos tratan bien, son súper, súper buenas personas... Bueno, todos nos tratamos bien entre los compañeros y las actividades son distintas y nunca nada va a ser mejor que esto... Aquí no trabajo pero soy asistente de párvulos y estuve tres meses cuidando a una bebita y me sirvió bastante ese trabajo.
- B: Aquí te atienden, te dan desayuno, nos echamos bromas, tallas, nos reímos y en el Psiquiátrico uno estaba bajoneada y triste. Aquí se pasa mucho mejor.
- C: Encuentro que el sistema para hacer el diagnóstico y llevar la enfermedad es mejor aquí que en el Salvador. Aquí es más completo, hacemos cosas, trabajamos y nos pagan. Aquí a uno lo tienen más regalón, allá eran muy fríos los contactos entre paciente y doctor.
- D: No sé, no sabría decirte. Aquí es más ordenado, yo no me daba cuenta de lo que estaba haciendo en el hospital ni de qué tratamiento estaba recibiendo, era puro desorden. No le daba mayor importancia a los talleres de allá.

¿Se siente cómodo(a) en CT?

- A: Sí, me arranco de la casa para venir, lo paso súper bien aquí.
- B: Muy, muy cómoda, este es mi mundo real.
- C: Sí, me siento cómodo.
- D: Sí, a veces. A veces no, porque no vengo con ganas de hacer algo. Pierdo la fe de repente.

¿Cómo ha sido el trato que ha recibido en la C.T. de parte de los profesionales y de los demás usuarios?

- A: Nos tratan mejor que en la casa, nos quieren. Ellos no trabajan por un sueldo, trabajan por amor.

- B: Me tratan muy bien, me quieren mucho, me tienen paciencia.
- C: He recibido un buen trato de parte de los profesionales y no he tenido problemas.
- D: Bueno, súper buena onda. Nunca me habrían tratado así antes. Muestran cariño, me saludan. En el hospital la gente anda en otra y no nos visitan, me sentía apartado.

¿Qué es lo que más le gusta de la C.T.?

- A: Pasar lo bien, venir, todo lo de la C.T. me gusta y lo que más me gusta es hablar con mi tutora.
- B: Me gusta que tengo hartos amigos, las tías te tratan bien, a veces jugamos ping-pong.
- C: Me gusta cuando se hacen cosas manuales como los talleres de velas, de dibujo. También me gustan los paseos, he participado en todos los paseos.
- D: La velas, el taller de velas.

¿Haría algún cambio dentro de la C.T.? ¿Qué cambiaría?

- A: La dejaría como está y más encima me gustaría vivir aquí.
- B: Nunca, nunca, nunca, sólo que se le pinten las paredes y más herramientas para trabajar.
- C: Hasta el momento no, encuentro que está bien. No le haría cambios.
- D: Si tuviera la posibilidad de hacerlo, sí. Ayudar a los mismos usuarios para que todo marche bien.

¿Cuánto tiempo más piensa usted participar en la C.T.?

- A: Toda la vida...pero igual quiero tener alitas y volar, pero las necesito afectivamente, es un compromiso afectivo, por cariño más que por enfermedad. Aunque esté bien igual quiero venir y estar aquí.
- B: Toda la vida hasta la muerte, me gusta mucho.
- C: Hasta el día que me digan que no venga más.

- D: No sé, no tengo la... hasta cuándo voy a estar aquí, no lo sé. Yo creo que falta mucho tiempo, pero así como voy... depende de mí.

¿Han cambiado sus planes desde que ingresó a la C.T.?

- A: Antes no tenía planes, estaba completamente loca, estaba mal. Aquí empecé a tener puras mejorías.
- B: Soy muy feliz desde que estoy aquí.
- C: Fíjate que sí, en parte. Tengo más ganas de hacer cosas.
- D: Aquí tengo una ayuda, una posibilidad para cambiar algo, pero afuera no. Para cambiar algo y hacer algo de provecho.

¿Quiere agregar algún comentario a esta entrevista?

- A: Podrían desaparecer los hospitales psiquiátricos e instaurarse puras comunidades como ésta, fotocopiadas las personas de aquí. Aquí todos te socorren, incluso en lo económico. En los hospitales sólo hay carniceros y degenerados terribles.
- B: Nada.
- C: Sí, que me entrevisten es algo novedoso para mí y me gustó.
- D: No, sólo gracias a ti por hacerme esta entrevista.



Camille Claudel, The Waltz (1893)

*INCIDENCIA, PREVALENCIA Y RECUPERABILIDAD
DE LA ESQUIZOFRENIA EN DIFERENTES
PAÍSES Y CONTEXTOS*

Las psicosis ciertamente parecen ser universales. La esquizofrenia es reconocible donde sea que ocurre en el mundo y su forma es relativamente independiente de influencias culturales. Esta afirmación —que aparece contradictoria con los planteamientos de este capítulo— se refiere a que la esquizofrenia es una enfermedad que una vez declarada, presenta los mismos síntomas a través de una amplia variedad de culturas (220).

“Las grandes ciudades deben ser consideradas directamente como lugares perniciosos de cultivo de enfermedades mentales... Hacen la contribución más grande al rápido aumento de enfermedades mentales y suicidios... Están especialmente en riesgo aquellas personas que, viniendo de un ambiente simple, son lanzadas al ajetreo y bullicio de la gran ciudad” (221).

(220) LEFF, J. (1981): Op. Cit.

(221) KRAEPELIN. En: JILEK, W.G. (1998): «Abbreviated English version of the keynote paper presented at the International Symposium on Cultural Psychiatry». Florianopolis, S.C., Brasil. Página web de *Transcultural Psychiatry Newsletter* (January, 1999).

Esta idea no es nueva, sino que tiene más de cien años; son palabras del propio Kraepelin, instaurador de la "Dementia Praecox" como entidad clínica, que luego, con Bleuler, se transformaría en "Esquizofrenia". Kraepelin continuó la línea de muchos psiquiatras importantes del siglo XIX (Georget, 1820; Esquirol, 1830; De Boismont, 1839; Morel, 1860; Griesinger, 1867, y otros), que percibían un efecto negativo de la civilización occidental sobre la Salud Mental (222). Curiosamente, en los muchos textos que he revisado sobre la historia de la Psiquiatría sólo había encontrado descripciones y definiciones de Kraepelin sobre esta enfermedad, que llevaría a un deterioro inexorable. Pero nunca había leído estas palabras hasta que encontré un artículo en Internet (223).

Lo importante es que este punto de vista, que ha sido tan ignorado por la psiquiatría mayoritaria, durante tantos años, está teniendo cada vez más peso, y surgen más investigaciones que demuestran la influencia del ambiente, de la política económica, de los factores socio-culturales y del tratamiento, sobre la incidencia, prevalencia y recuperabilidad de la esquizofrenia en el mundo, que es el tema de este capítulo.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Incidencia es el número de personas que desarrolla una condición por primera vez cada año. Se calcula en general por cada 10.000 personas.

Prevalencia es el número de personas que exhiben una condición particular en un momento específico en el tiempo. Se calcula por cada 1.000 habitantes (224).

(222) BERRÍOS, G.; PORTER, R. (EDS.) (1995): *A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders*. Atholon, London, pág. 340.

(223) KRAEPELIN. ED: JILEK, W.G. (1998): Op. Cit.

(224) LEFF, J. (1981): Op. Cit.

Los datos sobre incidencia nos podrían dar alguna idea sobre las causas de la enfermedad, mientras que los datos sobre prevalencia de esquizofrenia son el resultado de tres procesos: la tasa de aparición de la enfermedad (incidencia), la tasa de muerte de las personas con esquizofrenia y la tasa de recuperabilidad. Por lo tanto, los datos sobre prevalencia varían más que los de incidencia.

1) Incidencia

La incidencia de la esquizofrenia aumenta bajo ciertas condiciones del contexto socio-económico de los países (225).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un estudio epidemiológico sobre la incidencia de la esquizofrenia en una variedad de culturas (226). Participaron doce centros, cuatro de países en desarrollo y el resto en países desarrollados. La población total fue de 1.379 pacientes, 745 hombres y 634 mujeres, de edades entre 15 y 54 años. Se analizaron los datos de dos subgrupos de esquizofrenia:

- la esquizofrenia estricta (S+), definida por los síntomas de primer orden de Schneider (Capítulo 1), y
- los demás trastornos esquizofrénicos.

La incidencia anual para la población total del estudio varía entre 1,5 por 10.000 en Aarhus, Dinamarca y 4,2 en Chandigarh rural, India. La incidencia anual del primer subgrupo S+, es similar a través de una variedad de culturas: entre 0,7 y 1,4 por 10.000 en este estudio, lo que sugiere que en este grupo los factores etiológicos son comunes a todas las culturas estudiadas. Esto no significa que la etiología de la esquizofrenia S+ sea exclusiva-

(225) WARNER, R. (1985): *Recovery from Schizophrenia. Psychiatry and political economy*. Routledge & Kegan Paul, London.

(226) SARTORIUS ET. AL. (1986). ED: LEFF, J. (1981): Op. Cit.

mente biológica. Podrían existir factores ambientales que operan en todas las culturas. Por su parte, la incidencia anual en el segundo subgrupo (los otros trastornos esquizofrénicos) presenta mayores variaciones entre diferentes culturas: de 0,7 a 3,1 por 10.000. Esto sugiere que en este grupo, los factores etiológicos ambientales tienen un papel importante (227).

La incidencia de la esquizofrenia es semejante en todos los países de Europa Occidental: alrededor del 1,2 por 10.000 de la población por año (228). En Estados Unidos es de 5 por 10.000 de la población general (229) (hay que tomar en cuenta que la definición de esquizofrenia en EEUU es más inclusiva que la europea, y esto da cuenta de las diferencias).

A partir de estos datos, podemos colegir que la incidencia de la esquizofrenia a nivel mundial varía aproximadamente entre 1 y 5 por 10.000 habitantes.

Llama la atención que en los países en desarrollo hay una proporción más alta de casos con un comienzo agudo y con un curso más benigno que en los países desarrollados.

Aunque en Occidente la incidencia de la esquizofrenia es semejante en hombres y mujeres, en los países del tercer mundo es mayor en los hombres. Es posible que las mujeres con esquizofrenia pasen más desapercibidas en el tercer mundo, pero también puede ser que en estos países el estrés del trabajo asalariado recaer o recaía más sobre los hombres (230).

Sólo recientemente la incidencia de la esquizofrenia se ha ido igualando para ambos sexos en los países desarrollados. La incidencia de la esquizofrenia en las mujeres del mundo industrializado ha llegado a ser la misma que la que se observa entre los hombres, pero con un comienzo más tardío. Para los hombres, la edad de inicio más frecuente se da entre los 15 y los 24 años.

(227) LEFF, J. (1981): Op. Cit.

(228) Id.

(229) WARNER, R. (1985): Op. Cit.

(230) Id.

Para las mujeres es la próxima década de la vida, entre los 25 y los 34 años, donde se observa más frecuentemente un desarrollo de esquizofrenia.

Como sugiere el psiquiatra John Strauss (231) este inicio diferenciado por sexo puede reflejar el estrés asociado a las tareas vitales de cada género: trabajo y carrera exigente para los hombres, y crianza y ajustes de roles domésticos y laborales para las mujeres.

Esto nos lleva a pensar que habrá una tasa más alta de esquizofrenia en el sexo que tenga condiciones laborales más difíciles. En lo laboral incluyo también la crianza y las tareas domésticas.

2) Prevalencia

Aunque existe una opinión generalizada de que la prevalencia de la esquizofrenia es el 1% de la población y que esta cifra varía muy poco de un lugar a otro, la evidencia de diversos estudios sostiene que la prevalencia de la esquizofrenia no es la misma en todas partes del mundo (232). La prevalencia varía entre 2 y 10 por 1000 (233). Al igual que la incidencia, la prevalencia también varía de acuerdo a factores del contexto socio-económico.

Está claro que la esquizofrenia y otros desórdenes mentales son más frecuentes en las clases desfavorecidas. Por ejemplo, una investigación en Estados Unidos encontró que la prevalencia de la enfermedad era 11 veces mayor en la clase más baja comparada con la clase más alta (234).

(231) STRAUSS, J. En: WARNER, R. (1985): Op. Cit., pág. 231.

(232) WARNER, R. (1985): Op. Cit.

(233) STRAUSS & CARPENTER (1991) En: LEIGHTON, C. (1992): *Schizophrenic disorders. Sense and nonsense in conceptualization, assesment and treatment*. Plenum Press, New York, pág. 10.

(234) HOLLINGSHEAD, A. B. & REDLICH, F. C. (1958): «Social class and mental illness». En: HUNEEUS, T. (1997): «Redes sociales y rehabilitación psicosocial». *Rev. de Psiquiatría*, XIV-4; págs. 167-173, Santiago.

Múltiples estudios indican que la prevalencia de esquizofrenia es más baja en países en vías de desarrollo. Warner (235) compara estudios realizados en Europa, Norteamérica, Sudeste Asiático e India entre los años 1931 y 1983, y encuentra una prevalencia más baja de esquizofrenia en las sociedades económicamente menos desarrolladas. Por ejemplo, en Tonga (Pacífico Sur), donde la economía se basa en agricultura de subsistencia, y cada tongano adulto tiene derecho a una porción de tierra para este fin, el psiquiatra social H.B.M. Murphy (236) encontró una prevalencia de 0,9 a 1,3 por 1000, lo que es bajísimo en comparación con la prevalencia que encontró en Canadá, utilizando los mismos métodos, donde la prevalencia varía entre 4.2 y 10.5 por 1000. Muchos estudios llevan a resultados semejantes, aunque no todos son igualmente confiables, ya que son hechos por diferentes investigadores y con distintos métodos y enfoques.

En estudios que incluyen países de Asia, África y Sudamérica (237), se ha encontrado que la prevalencia de la esquizofrenia en países en desarrollo varía dentro de límites relativamente estrechos: el rango varía entre 0.9 y 4.3 con un promedio de 2.6 por 1000, no corregido por edad. Sin embargo, es más válido comparar tasas corregidas por edad (238): de 1.3 a 8.0 por 1000, con una media de 4.4. Las tasas más bajas en los países en desarrollo se encontraron entre los tongas: 1.3 (corregido por edad). La prevalencia más alta es de 8 por 1000 en Irlanda, que es igual a la de Bengala Oeste.

(235) WARNER, R. (1985): Op. Cit.

(236) MURPHY, H. B. M. En: WARNER, R.: Op. Cit.

(237) LEFF, J. (1981): Op. Cit.

(238) Corregido por edad significa que se ha eliminado el efecto de esta variable sobre la prevalencia de la esquizofrenia. Dado que la esquizofrenia se presenta generalmente en la adolescencia y la edad adulta (y no en la infancia), cuando las poblaciones de dos países tienen una proporción distinta de niños, jóvenes y adultos, la prevalencia de esquizofrenia será mayor en el país que tenga más población adulta, y será menor en el país que tenga más población infantil. Por lo tanto, es necesario hacer una corrección estadística que elimine la variable edad y haga comparables los datos.

En los mismos estudios mencionados más arriba, la prevalencia en los países desarrollados varía de 2.4 en Escocia (rural) a 15.1 en Finlandia y 15.8 en Suecia (ambas rurales y corregidas por edad).

J.A. Böök encontró la prevalencia más alta del mundo en Norrbotten, al norte de Suecia, Círculo Ártico. Se podría suponer que los factores ambientales, que llevan a duras condiciones de subsistencia en las regiones árticas, habrían aumentado en la población el riesgo de desarrollar esquizofrenia (239).

Según Leff (240), las diferencias en la prevalencia de la esquizofrenia de un lugar a otro no son atribuibles a la variable desarrollo/sub-desarrollo por sí sola. Esto se comprende mejor luego de analizar algunos resultados de los estudios recién mencionados (241):

1. En los países del tercer mundo aparece un consistente patrón rural-urbano en la distribución de la esquizofrenia: las áreas industriales pueden ser muy eficientes para producir esquizofrenia, mientras que la aldea rural tiene mejores condiciones para la rehabilitación de personas con esta enfermedad.
2. Estos estudios revelan una alta prevalencia de esquizofrenia en personas que llevan vidas marginales y dependientes alrededor de sociedades industriales, con un descenso en su *status*, pérdida de sus roles sociales y de su autosuficiencia previa. Por ejemplo, los aborígenes australianos, que están atrapados en el nivel socioeconómico más bajo de la sociedad, generalmente con desventajas en la educación, la salud, el empleo y la vivienda (242). Lo mismo sucede con otros aborígenes en el mundo que viven marginados y dependientes de ciudades industriales.

(239) BÖÖK, J. A. (1953). En: WARNER, R.: Op. Cit., pág. 224.

(240) LEFF, J. (1981): Op. Cit.

(241) WARNER, R. (1985): Op. Cit.

(242) Id.

3. La cesantía, las dificultades para la subsistencia, la postergación del matrimonio por razones económicas, y la desintegración de roles sociales y familiares llevan a altas tasas de prevalencia de la esquizofrenia.

La antropóloga Nancy Scheper-Hughes (243), por ejemplo, ha observado que en sectores rurales de Irlanda el alto desempleo rural y la escasez de la tierra llevan a los hombres campesinos a postergar el matrimonio hasta después de los 35 años, en espera de obtener su propio terreno para cultivar. Ella, al igual que Murphy (mencionado antes), ve estos patrones matrimoniales distorsionados por factores económicos como uno de los factores que contribuyen a las altas tasas de esquizofrenia en algunas zonas rurales de Irlanda. En cambio, en ciudades más industrializadas y con menos desempleo, como Dublín, la prevalencia de la esquizofrenia es menor.

En contraste con esto, en el Sur de Italia, que es preferentemente campesino y también con dificultades económicas, la prevalencia de la esquizofrenia es diez veces menor que en las áreas rurales de Irlanda, y es más baja que en las áreas industriales del Norte de Italia. Podemos apreciar que la situación irlandesa y la italiana son opuestas. Silvano Arieti (244), psicoanalista norteamericano, plantea que esto puede estar influido por el hecho de que en Italia han sobrevivido los roles sociales tradicionales y la solidaridad familiar que no se ha dado en Irlanda, donde éstos se han desintegrado por el impacto de la economía sobre la familia (245).

Los campesinos irlandeses, los indios canadienses y los aborígenes australianos han perdido roles sociales valorados, lo que puede llevar a un estrés que contribuiría a la alta prevalencia de la esquizofrenia en estas regiones.

4. El empleo asegurado y los roles sociales estables y claros pueden contribuir a la baja prevalencia de la esquizofrenia en sociedades con estas

(243) Id.

(244) Id.

(245) Hay que tener presente que las cifras comparadas aquí se refieren a los casos reportados de esquizofrenia, y podría haber algún grado de subregistro en áreas rurales.

características, como por ejemplo, los Hermanos Hutterite y los Amish. Los hermanos Hutterite viven en colonias agrícolas a través del noroeste de Estados Unidos y las praderas canadienses. Ellos comparten los bienes y la propiedad es central para su existencia. Tienen asegurada la comida, la vivienda, la ropa y el cuidado en la vejez. Todas las personas trabajan. Los jefes de la colonia determinan claramente las expectativas y las tareas cada semana. Las familias cuidan a las personas con trastornos mentales, y se les estimula a participar, dentro de lo posible, en forma plena en la vida de la comunidad. En esta sociedad la esquizofrenia es extraordinariamente rara. Un estudio de la población Hutterite (246) encontró una tasa de prevalencia de 1,1 por 1000 (2,1 por 1000 sobre los 14 años); esta es una de las cifras más bajas encontradas en el mundo industrial.

Los Amish, para quienes también se ha encontrado una baja prevalencia de la esquizofrenia (1,5 a 2 por 1000, corregida por edad), tienen más de setenta comunidades en Norteamérica, y sus miembros se mantienen separados del mundo moderno. Se visten y hablan diferente, y evitan el uso de maquinaria moderna. Tienen características semejantes a los Hutterite en el sentido de que los roles están claramente establecidos, y la vida se ordena según los valores de la comunidad.

También en la ex-Unión Soviética hubo cifras muy bajas en la incidencia y prevalencia de esquizofrenia en los años '50, lo que se ha atribuido al hecho de que en esos años el empleo era seguro.

5. Muchos estudios demuestran que los inmigrantes que llegan a formar parte de las clases bajas de las regiones donde se establecen, tienen una alta prevalencia de esquizofrenia. En cambio, los que se integran en niveles socio-económicos más altos, no. Por ejemplo, en la primera mitad del siglo XX, olas de inmigrantes pobres, griegos, polacos, irlandeses, rusos, suecos que llegaron a Estados Unidos y Canadá tuvieron una

(246) EATON Y WEIL. En: WARNER, R. (1985): Op. Cit., pág. 218.

incidencia de esquizofrenia mucho más alta que la población general. En cambio, inmigrantes de *status* más alto tuvieron una incidencia semejante a la de los nacidos en el país al que ingresaban. Algunos investigadores han enfatizado el hecho de que la incidencia de la esquizofrenia entre los inmigrantes pobres es mayor que la de la población en su país de origen. Por ejemplo en 1949, entre los inmigrantes italianos a Nueva York la incidencia de esquizofrenia fue de 0.3 por 1000, 3 veces mayor que la incidencia más alta en Italia (247).

Por lo que hemos visto hasta aquí, la prevalencia está influida por las condiciones de vida y de trabajo de las personas. De estos datos se puede colegir que cuando la gente tiene un poco de seguridad y estructura en sus vidas —roles claros, relaciones familiares estables, empleo asegurado en condiciones no demasiado estresantes, seguridad económica, habitacional y de salud—, tiene un riesgo menor de desarrollar esquizofrenia.

En estos ejemplos observamos que no sería el desempleo, ni las relaciones familiares, ni el carácter urbano o rural, ni la industrialización, por sí solos, lo que determina la prevalencia de la esquizofrenia, sino una particular combinación de estos factores, que pone en severa desventaja social a algunos individuos, afectando seriamente a aquellos más vulnerables a la esquizofrenia.

RECUPERABILIDAD

Recuperación completa se define como la ausencia de síntomas psicóticos y restablecimiento del nivel de funcionamiento previo a la enfermedad.

Recuperación social se refiere a la independencia económica y residencial, y trabajo adecuado para proveer para uno mismo, sin depender de otros para las necesidades básicas y el alojamiento.

(247) ARIETI, S. (1974). En: WARNER, R. (1985): Op. Cit.

Muchos investigadores tienen la impresión de que las tasas de recuperación de la esquizofrenia han mejorado en comparación con períodos anteriores. Según el Dr. Heinz Lehmann (248), psiquiatra norteamericano, las posibilidades de una recuperación favorable de una psicosis esquizofrénica son cuatro a cinco veces mejores que lo que eran a comienzos de siglo. Él presenta diez estudios de seguimiento de esquizofrenia desde los años treinta que sostienen su hipótesis y muestran tasas de recuperación favorables. También hay investigadores que han llegado a conclusiones más pesimistas. Joseph Stephens (249), Profesor de Psiquiatría de la U. Johns Hopkins, después de revisar 38 estudios de seguimiento de largo alcance, no se deja impresionar con las mejoras en las tasas de recuperación ni con los beneficios a largo plazo del tratamiento con drogas.

Después de estudiar el curso de la enfermedad en sus pacientes durante varias décadas, Manfred Bleuler (250), hijo de Eugen Bleuler, reportó en 1968 una mejoría en la evolución de pacientes crónicos hospitalizados, cuyo severo deterioro era resultado de maltrato y abandono, que era muy común a comienzos del siglo. Él era menos pesimista sobre el curso natural de la enfermedad que sus antecesores; encontró que muchos de sus pacientes mejoraban durante la vida y que otro 25 a 35% de sus pacientes con esquizofrenia se recuperaban después de episodios psicóticos agudos.

Sabemos que los estudios de seguimiento no son estrictamente comparables; sus diferencias pueden deberse a las características de los pacientes, diferencias en los diagnósticos, y/o sistemas de seguimiento. Los resultados han sido confusos y contradictorios. Sin embargo, a partir de los años '80 se han realizado estudios cuyos resultados han sido valiosos para evaluar la evolución de la esquizofrenia.

En las últimas décadas se han efectuado numerosos estudios que, habiendo corregido los errores metodológicos de los anteriores, coinciden en sus resultados: lo más significativo es que al menos un 50% de cada grupo

(248) LEHMANN. En: WARNER, R. (1985): Op. Cit.

(249) STEPHENS. En: WARNER, R. (1985): Op. Cit.

(250) BLEULER. En: WARNER, R. (1985): Op. Cit.

estudiado tiene una mejoría significativa o recuperación al seguirlos por veinte a cuarenta años (251). Me refiero a los estudios de Bleuler, Ciompi, Harding, Buber y Tsuang, en los cuales entre la mitad y dos tercios de 1300 pacientes seguidos por más de 20 años mostraron una recuperación o mejoría significativa.

No podemos negar que hay un pequeño grupo de pacientes (menos del 10% de las personas con esquizofrenia) que con los tratamientos actuales no presentan una mejoría significativa, y que requieren de contención permanente. La pregunta que surge es si este pequeño grupo ha recibido la actitud y atención que les podría haber evitado llegar a esto.

Otro hallazgo importante de estos estudios ha sido la heterogeneidad en la evolución de la esquizofrenia. Hasta hace poco se sostenía el axioma "una vez esquizofrenia, siempre esquizofrenia", queriendo decir que la enfermedad era homogénea y tenía un pronóstico de lento y progresivo deterioro. Sin embargo, *se ha observado que los sujetos presentan grados diferentes de mejoría en distintas áreas de funcionamiento*. Por ejemplo, un estudio (252) mostró que algunos sujetos estaban trabajando apropiadamente y estaban asintomáticos, pero no tenían amigos, mientras que otros tenían buenos amigos y relaciones cálidas, pero no trabajaban; un tercer grupo de personas estaban trabajando y relacionándose bien, pero tenían alucinaciones y/o delirios. *Este funcionamiento diferencial lleva a pensar que diagnóstico y pronóstico son dos dimensiones diferentes de las psicosis* (253).

También hay que tomar en cuenta la influencia que ha tenido la política económica sobre la recuperabilidad de las personas con esquizofrenia. Las investigaciones han demostrado que los problemas en el trabajo, la angustia

(251) CORRADI, C. (1997): *La esquizofrenia en el tiempo: Cronicidad y estrategias útiles en la recuperación*. Simposio de Terapia no Farmacológica de la Esquizofrenia, Hosp. Clínico San Borja Arriarán; Servicio de Psiquiatría, Santiago.

(252) HARDING, C. & STRAUSS, J. (1985): «The Course of Schizophrenia: An Evolving Concept». En: ALPERT, M.: *Controversies in Schizophrenia*. The Guilford Press, Londres, New York.

(253) VAILLANT (1975). En: CORRADI, C. (1997): Op. Cit.

económica y el desempleo aumentan los síntomas de las enfermedades psiquiátricas. Brenner (254) encontró que durante las recesiones económicas en Inglaterra, hubo un aumento significativo en las hospitalizaciones de pacientes psiquiátricos. Por otra parte, existe bastante evidencia para apoyar la hipótesis de que la rehabilitación y reintegración exitosa de los enfermos mentales están muy relacionadas con el mercado laboral, y esto a su vez está relacionado con la intensidad de los esfuerzos en rehabilitación. La rehabilitación de los discapacitados es más exitosa en períodos de guerra y de buena oferta de trabajo. Esto nos confirma que la ideología psiquiátrica puede ser influida por cambios en la economía.

Según el análisis de 68 estudios realizados en Estados Unidos y Europa entre 1900 y principios de los años ochenta (255), la recuperación de la esquizofrenia aparece claramente ligada al estado de la economía. Durante la Gran Depresión de los años '20 y '30, la tasa de recuperación completa bajó de un 25% a un 12% (se redujo a la mitad). La tasa de recuperación social bajó de un 45% a un 30%.

Lo anterior nos permite buscar los factores que facilitan la mejoría y también los que la dificultan, cambiando la actitud pesimista y derrotista hacia las personas que tienen esta enfermedad. Lo que sí se sabe como resultado de estos estudios es que *el pronóstico es influido por los factores económicos y psicosociales, la vulnerabilidad, en especial a los eventos vitales y el paso de los años*. Estos hallazgos cuestionan la idea, tan arraigada en nuestra sociedad y medicina, de que la evolución de la esquizofrenia es necesariamente hacia un deterioro irreversible. Incluso han llevado a definir la esquizofrenia como una enfermedad prolongada más que crónica (256) *y la persona que tiene esquizofrenia emerge*

(254) BRENNER. En: WARNER, R. (1985): Op. Cit.

(255) WARNER, R. (1985): Op. Cit.

(256) HARDING & STRAUSS. En: CORRADI, C. (1997): Op. Cit.

como alguien que puede ser muy activo, continúa desarrollándose y puede funcionar mejor con el paso del tiempo (257).

EVOLUCIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA

Se han realizado diversos estudios para comparar las tasas de recuperación y la evolución de la esquizofrenia en diferentes partes del mundo. Uno de estos fue llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (258) con métodos estandarizados de diagnóstico, seguimiento y análisis de resultados, en pacientes psicóticos de nueve países del mundo industrializado y no industrializado.

Se encontró una gran diferencia entre los países desarrollados y los países en desarrollo. La mayoría de las personas con esquizofrenia del tercer mundo logran un desarrollo favorable. Mientras más urbanizado e industrializado el entorno, más maligno es el desarrollo de la enfermedad (259).

Desgraciadamente, en las ciudades más desarrolladas del tercer mundo, como Santiago de Chile, se puede esperar lo mismo que en los países desarrollados. ¿Cómo se puede explicar esto, si no es por causas socioeconómicas y socioculturales?

Hay algunas hipótesis y conclusiones provenientes de los resultados de este estudio:

1. Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, el aislamiento social resultó ser uno de los mayores predictores de un mal pronóstico de la esquizofrenia.

(257) HARDING, C. & STRAUSS, J. (1985): Op. Cit.

(258) WHO (1979). En: HUNEEUS, T. (1997): «Redes sociales y rehabilitación psicosocial». *Revista de Psiquiatría*, XIV/4/, pág. 167-173, Santiago.

(259) WARNER, R. (1985): Op. Cit

2. El alto nivel de tolerancia de los parientes y amigos con respecto a los síntomas psicóticos contribuye al buen pronóstico de la enfermedad. Por lo tanto, el estigma asociado a la enfermedad que existe en los países occidentales es un mal predictor.
3. Los campesinos, más que los pacientes con cualquier otra ocupación, tienen la posibilidad de experimentar el patrón más benigno de la enfermedad: remisión sin recaídas.
4. En la sociedad industrial los trabajos son demasiado exigentes (semana de 40 horas, competitividad, etc.) para un paciente con vulnerabilidad psicótica, por lo tanto fracasan pronto. No hay duda de que es más fácil para un paciente con esquizofrenia volver a un rol productivo en una sociedad no industrializada que en una industrializada.
5. La familia extendida, que es más común en el tercer mundo, permite una difusión de la emocionalidad, el sobreinvolucramiento y la interdependencia que se da en las familias nucleares; es un buen predictor volver o pertenecer a una familia extendida.

Parece más probable que el paciente con vulnerabilidad psicótica mantenga su autoestima, un sentimiento de que es valioso para la comunidad y un sentido de pertenencia en los países del tercer mundo, todo lo cual apunta hacia un mejor pronóstico de esta condición.

EN CHILE

Según informes del Ministerio de Salud, la prevalencia de la psicosis en Chile es de 2.36 por 1000 (260).

Pienso que los esfuerzos rehabilitadores y reintegradores para los pacientes psiquiátricos están compuestos por tres elementos interrelacionados: consenso político, lo que implica una política de salud mental y económica;

(260) MINSAL (1996): Estudio Carga de Enfermedad. Página Web del Ministerio de Salud, 1999.

consenso profesional, que corresponde a la ideología psiquiátrica; y consenso social, que es la actitud (de aceptación o no) hacia los enfermos mentales (261). Estos tres elementos deberían estar coordinados en forma armónica. En Chile falta consenso político y profesional con respecto a cómo enfrentar el tema de la rehabilitación del “discapacitado psíquico”. Hay una discrepancia entre el discurso progresista y el quehacer concreto dentro de las instituciones y la sociedad. La ideología psiquiátrica mayoritaria ignora los esfuerzos por llevar a cabo una reforma psiquiátrica profunda.

Por otra parte, creo que desgraciadamente en Chile existe un consenso social que dice: “los locos son peligrosos, violentos, viven fuera de la realidad, por lo tanto no entienden ni saben nada, así que nos podemos reír de ellos y tratarlos de cualquier manera”. Sabemos que para que las personas que tienen un diagnóstico de esquizofrenia ingresen a un trabajo no protegido tienen que negar su enfermedad. Ya no es así en otros países. Ciertamente se requiere un cuadro más verídico y sensible de los trastornos mentales por parte de todos, en especial los encargados de los medios de comunicación, si se quiere levantar el estigma asociado a éstas.

* * *

¿Cuál es el punto de vista correcto? ¿La esquizofrenia es una enfermedad catastrófica, que sólo el moderno tratamiento psiquiátrico (medicamentoso) puede aliviar, o es una condición con una considerable tasa de recuperación sobre la cual el tratamiento tiene poco efecto a la larga? El primer punto de vista es, ciertamente, la opinión de muchos psiquiatras. Ninguno de estos dos puntos de vista es el correcto, pues, aunque la segunda pregunta se aproxima más a nuestra manera de ver las cosas, existe hoy en día consenso entre los que tratan a las personas con esquizofrenia que si éstas son tratadas de manera adecuada, es decir, con tratamiento medicamentoso, más tratamiento psicosocial, tendrán una buena posibilidad de recuperación y un buen pronóstico.

(261) WARNER, R. (1985): Op. Cit.

Sin embargo, por medio de múltiples investigaciones hemos visto que hay muchos otros factores, aparte del tratamiento, que influyen en la incidencia, prevalencia y evolución de la persona con esquizofrenia. No podemos cerrar los ojos a la paradoja de que a pesar que en los países más desarrollados existen más medios y mejores tratamientos, la incidencia y prevalencia de la esquizofrenia es mayor y la recuperabilidad es menor que en los países en vías de desarrollo. Esto nos lleva a pensar que hay que tomar en cuenta los factores que hemos estado analizando al pensar en el tratamiento y la actitud que son convenientes para las personas que están en riesgo de esquizofrenia o que ya la tienen.

Resumiendo, hay diversos factores protectores:

- Es preferible el campo que la ciudad industrializada.
- La estabilidad y claridad en el *status* y los roles sociales.
- El empleo seguro.
- El matrimonio o la pareja estable.
- La mantención de las relaciones familiares.
- Es preferible la familia extendida a la familia nuclear.
- Un alto nivel de tolerancia de los parientes y amigos contribuye al buen pronóstico.

Y hay factores de riesgo:

- Los trabajos demasiado exigentes, la competitividad, los horarios excesivos, todo lo que produce estrés asociado al trabajo, dificultan la reintegración de la persona con vulnerabilidad psicótica.
- El aislamiento social.
- El estigma asociado a la enfermedad.
- El mercado laboral está involucrado en la producción social y en la mantención de las psicosis.

Es importante recalcar que no es cada una de estas condiciones en sí la que estaría influyendo en la aparición y evolución de la esquizofrenia, sino que la combinación de algunos de estos factores.

Termino este capítulo citando a un psiquiatra francés con cuya perspectiva amplia concuerdo:

“La psiquiatría será siempre solicitada para tomar en cuenta las manifestaciones sociales del sufrimiento psíquico. Pero se verá cada día más empujada a responder a las manifestaciones psíquicas del sufrimiento social” (262).

(262) DUBUIS, J. (1995): «La réhabilitation dans le monde». En: VIDON, G. (1995): *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Éditions Frison-Roche, Paris. Pág. 77



Waslaw Nijinski (1889-1950), interpretando
L'Après-midi d'un faune.

CONCLUSIONES

Aún hay muchas cosas que no se saben sobre la esquizofrenia. A pesar de todas las investigaciones, es muy difícil determinar su presencia; aún no se ha aclarado suficientemente su etiología, y se sigue diagnosticando en base a modos de comportamiento (síntomas) mantenidos por al menos seis meses. Pero los síntomas no se pueden separar de la personalidad pre-mórbida de la persona, lo que hace que no existan dos esquizofrenias iguales. Esto contribuye a la gran heterogeneidad con que se presenta este trastorno.

Los criterios diagnósticos siguen siendo poco útiles para predecir el curso de la esquizofrenia. Actualmente, no es posible anticipar quién se recuperará —y cuánto— y quién no. La evidencia muestra que hay muchos cursos posibles. Como esta heterogeneidad ha sido reconocida recientemente, las investigaciones para entender qué determina esta evolución diferencial han comenzado hace poco tiempo.

Una de las cosas que he querido mostrar en este libro es que la esquizofrenia no es una «enfermedad» como una gripe, una diabetes o una parálisis cerebral progresiva. Las personas con esquizofrenia —o en riesgo de tenerla— son personas vulnerables que bajo ciertas circunstancias se confunden y se ponen tensas con mayor facilidad que otras, y como resultado de muchos factores que interactúan, desarrollan los síntomas de la esquizofrenia. Es decir, estas personas no se diferencian de las personas «sanas» o «normales» en aspectos fundamentales; en principio, lo que sea bueno o malo para los sanos también lo será para los que tienen esquizofrenia.

Debemos tener presente que no estamos tratando con una *enfermedad*, sino con una *persona* en particular, que está en una *situación* que estimula o contribuye a su enfermedad. Hemos visto que existe un fuerte vínculo entre la psicosis y su medioambiente. De esto se colige que no podríamos compren-

der —ni menos tratar— una *psyche* enferma sin tomar en cuenta su contexto social. La *psyche* se forma desde el comienzo en estrecha interacción con un medio particular, y dependiendo de lo que encuentra en dicho medio, y de su propia carga genética, adquirirá una estructura clara o confusa.

Un elemento fundamental del medioambiente son las expectativas que los demás tienen hacia una persona. Éstas influyen en su desarrollo, y cuando son negativas, contribuyen a lo que se ha llamado «profecía autocumplida». Lo que quiero destacar es que a la inversa, cuando las expectativas son positivas, contienen un gran potencial evolutivo, y también terapéutico. Si pensamos que las expectativas, tanto positivas como negativas, están presentes en toda interacción humana, se abren inmensas posibilidades y desafíos de exploración e intervención. No pretendo responder por todas las consecuencias que puede tener esta postura, pero un asunto clave que surge es cómo lograr que el medioambiente social en que se encuentra la persona con esquizofrenia —o en riesgo de tenerla— se constituya de manera que sea terapéutico y no dañino.

Así, para que un ambiente sea sano es importante que haya claridad en lugar de ambigüedad y confusión en las áreas más básicas de la vida; en la familia, por ejemplo, habría que promover la independencia de los hijos, y una comunicación abierta y directa entre sus miembros. Pero no sólo es importante que no haya ambigüedad y confusión en la familia, sino que también en todas las áreas sociales, como en la elección de una pareja y una carrera, y el desarrollo laboral.

Es posible identificar algunas características de un medioambiente patológico y uno terapéutico. Aquí estamos hablando de la familia, el modelo terapéutico, el centro diurno o cualquier lugar en que las personas interactúen (263).

(263) CIOMPI, L. (1988): Op. Cit.

Influencias ambientales dañinas

- Tensión, ansiedad, exceso de estímulos.
- Ambiente confuso, poco claro.
- Grupos muy grandes, cambiantes, anonimato.
- Inestabilidad, discontinuidad, ambiente imprevisible.
- Dificultad para compartir un foco de atención.
- Desconfianza, descalificación, intolerancia.
- Falta de comprensión y de compromiso, frialdad, indiferencia.
- Relaciones simbióticas, narcisistas; negación de las diferencias; consenso obligado.
- Irracionalidad, ambigüedad, falta de claridad.
- Instrucciones contradictorias; expectativas implícitas contradictorias.
- Infantilización, dependencia, falta de responsabilidad.
- Rigidez, roles estereotipados.
- Estimulación pobre, poca apertura.

La contraparte de este medioambiente dañino, sería el medioambiente óptimo para una persona con esquizofrenia.

Influencias ambientales terapéuticas

- Seguridad, serenidad, un nivel de estimulación adecuado.
- Ambiente claro, sencillo, agradable, cuidado.
- Atmósfera personalizada, grupos pequeños, poco cambio.
- Estabilidad, continuidad, confiabilidad.
- Atención claramente focalizada.
- Confianza, validación de las percepciones, pensamientos y sentimientos, tolerancia.
- Comprensión, calidez, animar, dialogar, explicar.
- Clara separación entre las personas; reconocimiento de las diferencias de opinión, sentimientos y comportamientos.

- Claridad, racionalidad, no ambigüedad.
- Instrucciones claras, realistas, y explícitas.
- Autonomía y responsabilidad.
- Movilidad y flexibilidad en los roles.
- Estimulación intelectual y afectiva; apertura, espacio.

Así como en el nivel de las relaciones interpersonales y ambientales hay factores protectores y de riesgo, también los hay en el nivel socioeconómico. Si se mantuvieran algunas de las características favorables del tercer mundo, como el trabajo menos estresante, más contacto con la naturaleza, la pareja estable, la familia extendida, junto con los nuevos tratamientos comunitarios, participativos, poco coercitivos, además de la nueva medicación, las personas con esquizofrenia tendrían en el futuro una perspectiva mejor.

Por otra parte, los tratamientos modernos tienen un peligro: al tener el usuario mucha autonomía para elegir su tratamiento y sus condiciones de vida, existe la posibilidad de que se aisle, quede solo y nadie se dé cuenta o haga algo al respecto. La «comunidad» puede ser un lugar muy solitario y duro para quien no se maneja bien dentro de ella. Para prevenir que esto ocurra, son fundamentales las redes sociales (el barrio, la iglesia, el club, el equipo de fútbol, la junta de vecinos, etc.). La relación de una persona con su medio social tiene una influencia crítica sobre su salud. Hay estudios que han demostrado que las personas con esquizofrenia tienen redes sociales más restringidas de lo que es habitual en nuestra sociedad. También está comprobado que las personas con trastornos mentales que tienen relaciones menos numerosas y redes de poca densidad corren mayor riesgo de hospitalización que los que tienen más redes y más densas.

Debido a esto es que hemos puesto énfasis en la Comunidad Terapéutica Diurna (CTD) como modelo de tratamiento. Propone todas las condiciones que requiere una persona con esquizofrenia u otro trastorno severo: es un modelo ambulatorio y territorial, por lo cual el usuario no se aleja de su familia ni del lugar donde habita para asistir. Su manera de funcionar es lo contrario del aislamiento. Se ha visto que puede ser un medio muy terapéutico para personas con esquizofrenia que son activas y tienen bastante inicia-

tiva, pero que a los usuarios más introvertidos y pasivos les puede convenir más un modelo muy estructurado con orientación cognitiva conductual o familiar sistémica. Es posible imaginar muchos ambientes o modelos terapéuticos que pueden ser apropiados para las diferentes etapas por las cuales atraviesa la persona con psicosis. Pero aún nos falta, para ese grado de desarrollo, no sólo dinero, sino también más investigación.

Pienso que el modelo de CTD es uno de los que proporciona un mayor espectro de posibilidades al usuario y también al terapeuta para que cada uno desarrolle al máximo sus partes sanas y capacidades. Por lo mismo, resulta también económico: se utiliza al máximo el potencial de cada miembro de la comunidad. Algo en lo cual se ha investigado y hay consenso actualmente, es que no sólo es necesaria la calidad estructural e intelectual del ambiente terapéutico, sino que es fundamental la *calidad afectiva*. Es en este tema que las Comunidades Terapéuticas son más fuertes. Uno de los principios básicos de las CTs es la *reducción de la pirámide de autoridad*, lo que lleva a poner el énfasis en que cada uno de los miembros de la comunidad tiene el mismo valor, compartiendo así responsabilidades, problemas y soluciones entre todos. Esto facilita un ambiente cálido, de confianza y respeto entre los participantes.

Con respecto al pronóstico de la esquizofrenia, la evidencia de estudios de larga data en Europa indica que una proporción significativa de personas tienen un solo episodio de esquizofrenia del que se recuperan, y una proporción más grande aún sigue un curso con varios episodios y recuperación final. Sólo una pequeña proporción se mantienen crónicamente enfermos, pero estos son los que se acumulan en los hospitales y le dan a la esquizofrenia su innmerceda reputación de cronicidad.

Concuerdo con Zubin (264) en que «Cuando se haya llevado a cabo la investigación necesaria, descubriremos que la mayor parte del *iceberg* de la

(264) ZUBIN Y COLS.: «Schizophrenia at the Crossroads: A Blueprint for the 1980s». En: ALPERT, M. (ED.) (1985): *Controversies in Schizophrenia. Changes and constancies*. The Guilford Press New York, pág. 72.

discapacidad es en realidad un artefacto socialmente inducido y no una parte inherente del proceso de la enfermedad en sí misma.»

Zubin plantea que no hay evidencia convincente de que la cronicidad —que genera tanto pesimismo— sea inherente a la esquizofrenia. Hay buenas razones para pensar que la cronicidad es originada por factores *iatrogénicos* (generada por tratamientos médicos), *ecogénicos* (generada por la casa) y *nosocomiales* (generada por el establecimiento asistencial).

Me interesa destacar aquí los esfuerzos que se están realizando en las áreas de la detección precoz de vulnerabilidad y la prevención. Se están llevando a cabo diversas investigaciones para descubrir marcadores que identifiquen a las personas vulnerables (265). Un marcador es una característica o comportamiento que se encuentra más frecuentemente en una persona con esquizofrenia que en una persona sana. Por ejemplo, un marcador para vulnerabilidad sería la comunicación desviada en la familia (*communication deviance*), que como hemos visto, está relacionada con la etiología de la esquizofrenia.

Asimismo, se están desarrollando técnicas para investigar los eventos que actualizan la vulnerabilidad, provocando los episodios, y se está intentando determinar las variables que podrían prevenir el desarrollo de un episodio psicótico, incluso cuando un evento vital afecta a un individuo vulnerable (266).

Así, dentro de poco, se podrá trabajar en la prevención, no sólo detectando a las personas con vulnerabilidad psicótica, sino también intentando prevenir los episodios psicóticos y las recaídas. El desafío es lograr que la detección precoz no lleve a una «estigmatización precoz».

Por otra parte, muchas investigaciones con respecto a la esquizofrenia están referidas a estados agudos con síntomas positivos, pero hay poca investigación con respecto a la cronicidad, a los enfermos de larga data, con síntomas negativos. Los investigadores psicosociales pueden hacer una gran

contribución en este tema: cómo se llega al estado de cronicidad, cuán reversible es, cómo distinguir la esquizofrenia propiamente tal de los factores iatrogénicos, nosogénicos y ecogénicos, y otros.

Para poder sintonizar con las necesidades específicas de cada persona con esquizofrenia, existen casi infinitas posibilidades fructíferas de aproximación, no sólo con terapias verbales, sino también con terapias no verbales, corporales, laborales y de arte. La meta es crear el máximo de armonía entre el cuerpo, la mente, los sentimientos y el pensamiento, los modos de expresión y comunicación verbales y no verbales.

Esta diversidad de posibilidades nos lleva a una postura más optimista con respecto a las perspectivas de las personas con esquizofrenia, no sólo por una cuestión de cantidad de alternativas, sino porque a medida que se conozcan resultados más positivos de las investigaciones en curso, irá cambiando la actitud de la sociedad; y como sabemos, una actitud tolerante es favorable para la recuperación de las personas con esquizofrenia. Así iremos haciendo que esta condición sea vista y vivida como algo más cotidiano y aceptable, lo que nos permitirá integrarla en nuestra vida.

(265) ZUBIN Y COLS. (1983): Op. Cit.

(266) Id.



Vincent Van Gogh (1853-1890). Noche Estrellada.

BIBLIOGRAFÍA

- : 1999: *Tagesclinick*. Heidelberg (folleto de difusión).
- : 2000: *Psychosocial Rehabilitation: Promoting Diversity and Ensuring Equality*. Programme/Abstracts VIIth World Congress, World Association for Psychosocial Rehabilitation. 7 al 10 de mayo, París.
- : 2000: *The Patients Council Movement within the Mental Health Care in the Netherlands*. Folleto distribuido en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo 2000, París.
- : *Vademecum della Cooperazione Sociale*. Ministerio del Trabajo, Italia.
- ALANEN Y COLS.; 1990: «Tratamiento y Rehabilitación de las Psicosis Esquizofrénicas: El Modelo Finlandés de Tratamiento». *Nordic Journal of Psychiatry*; Supplement N° 22, Vol. 44.
- ARAYA C., CORREA V., SÁNCHEZ, S.; (1992): *La plástica como herramienta psicoterapéutica*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad Católica, Santiago.
- BASAGLIA Y COLS.; 1977: *Los crímenes de la paz*. Siglo XXI Editores, México.
- BERKE, J.H.; 1980: *Aquí no me tuve que volver loca*. Editorial Fundamentos, Santiago.
- BERRÍOS, G.; PORTER, R. (EDS.); 1995: *A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders*. Atholon, London.
- BILLS, L.; BLOOM, S.; 2000: «Trying out Sanctuary the hard way». *Therapeutic Communities*; Vol. 21, N°2.
- BLEANDONU, G.; DESPINOY, M.; 1974: *Hôpitaux de Jour et Psychiatrie dans la Communauté*. Payot, París.

- BLEULER, E.; 1987: *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenia*. Monograph Series on Schizophrenia, N° 1. International Universities Press, Madison, EE.UU.
- BLOOM, S.; 2000: «The Sanctuary Model» (Editorial). *Therapeutic Communities*; Vol. 21, N°2.
- CIOMPI, L.; 1984: «Is there really a Schizophrenia? The Long-term Course of Psychotic Phenomena». *British Journal of Psychiatry*, N° 145.
- CIOMPI, L.; 1988: *The Psyche and Schizophrenia*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- CORDERO, M.; 1984: Trabajo presentado en el Primer Encuentro Nacional de Hospitales Diurnos, Santiago.
- CORRADI, C.; 1997: *La esquizofrenia en el tiempo: Cronicidad y estrategias útiles en la recuperación*. Simposio de Terapia No Farmacológica de la Esquizofrenia; Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Psiquiatría, Santiago.
- CORREA, D.; LÓPEZ, G.; (1998): *Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén: El enfoque comunitario como una alternativa a la institucionalización psiquiátrica*. Escuela de Psicología, Universidad Central, Santiago.
- DE LEONARDIS, O. ; MAURI, D. ; ROTELLI, F. ; (1994) : *L'Impresa sociale*. Anabasi, Milán.
- DEL RÍO, F.; 1999: Conferencia Nacional Plan de Atención Psiquiátrica para Chile, 18 de mayo, Santiago.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.; 1987: «Responding to Crisis. Mental Health Service of Barcola». *Studies*, Trieste.
- DELL'ACQUA, G. ; COGLIATI, M. G. ; 1985: «The end of the mental hospital. A review of the psychiatric experience in Triest». *Acta Psych. Scand.*, suppl. 316.
- DOLAN, M.; 2000 : *Effects of Electroconvulsive therapy. A review of the scientific literature*. Online Document.
- ELIZUR, J. & MINUCHIN, S.; 1952: *Institutionalizing Madness. Families, Therapy, and Society*. Basic Books, Inc., New York.
- FALLOON, I. Y COLS.; 2000: «Family interventions for psychotic disorders: a review of long-term benefits of international studies». Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. 7 al 10 de mayo, París.
- FERREIRO, A.; 1999: Superintendente de ISAPRE. Comunicación personal, agosto 1999. Santiago.
- FOUCAULT, M.; 1992: *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- FREUD, S.; 1948: *V Ensayos*. En: *Obras Completas*. Vol. II. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid.
- FROMM-REICHMAN, F.; 1978: *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos*. Paidós, Buenos Aires.
- GARCÍA-BADARACCO, J.; 1982: *Biografía de una Esquizofrenia*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- HARDING, C. & STRAUSS, J.; 1985: *The Course of Schizophrenia: An Evolving Concept*. En: ALPERT, M.: *Controversies in Schizophrenia*. The Guilford Press, Londres, New York.
- HUNEEUS, T.; 1993: «Psicoterapia en Psicosis». *Revista Terapia Psicológica*, Año XI, N° 20, Santiago.
- ILABACA, I.; 2000: Comunicación personal, Santiago.
- JONES, M.; 1962: *Psiquiatría Social*. Editorial Escuela, Colección Psiquiatría y Psicología, Buenos Aires.
- JONES, M.; 1964: *La Comunidad Terapéutica*. Paidós, Buenos Aires
- KUIPERS, LEFF Y LAM; 1992: *Family work for schizophrenia. A practical guide*. Gaskell, The Royal College of Psychiatry, Londres.
- LAFFERTE, C. Y COLS.; 2000: *Estudios descriptivos y de impacto Hogares Protegidos*. Departamento Programa de las Personas, Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- LEFF, J.; 1981: *Psychiatry around the world: a transcultural view*. Gaskell, Royal College of Psychiatry, London.
- LIBERMAN, R.; 1993: *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Ediciones Martínez Roca, España.

- LLOYD, C.; O'CALLAGHAN, F.; 1999: «Hierarchical Therapeutic Communities: the jewel in the crown, or the poor relation among treatment approaches to chronic addiction?». *Therapeutic Communities*, Vol. 20, Nº 4.
- LÓPEZ-IBOR, J. (director de la edición española); 1998: *DSM-IV Breviario. Criterios Diagnósticos*. Masson, Barcelona.
- MACARIO, M.; 1990: *Attraverso lo specchio: un viaggio nelle comunità terapeutiche inglesi*. Centro di Studi Psichiatria e Territorio, Savona.
- MACKENNA, P.J.; 1994: *Schizophrenia and Related Syndromes*. Oxford University Press, New York.
- MARI, ADAMS Y STREINER; 1996: «Family intervention for those with schizophrenia». En: ADAMS, MARI Y WHITE (EDS.): *Schizophrenia Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (actualizado en diciembre 1996). The Cochrane Collaboration; Issue 1, Oxford.
- MINSAL; 1996: *Estudio Carga de Enfermedad*. Página Web del Ministerio de Salud.
- MINSAL Y COLEGIO MÉDICO DE CHILE; 1998: *Plan Estratégico para el Desarrollo de la Red de Servicios Clínicos de Psiquiatría y Salud Mental*. Modelo de Red Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Santiago.
- MINSAL; 1999: *Las Enfermedades Mentales en Chile. Magnitud y Consecuencias*. Santiago.
- MINSAL; 1999: Conferencia Nacional "Plan de Atención Psiquiátrica en Chile". 18-19 de mayo, Santiago.
- MÖLLER, H. J.; 2000: «Amisulpride: a review of its efficacy in schizophrenia». *Acta Psychiatrica Scandinavica*; Vol. 101, Nº 400.
- MOSHER, L. Y BURTI, L.; 1991: *Psichiatria Territoriale. Principi e Pratica*. Feltrinelli, Milano.
- MULLEN, P.; TAYLOR, P.; WESSELY, S.; 1994: "Psychosis, Violence and Crime. Forensic Psychiatry". Editorial Pamela J. Taylor, EEUU.
- OJEDA, C.; 1981: *La esquizofrenia clásica*. Escuela de Psicología, Universidad Católica, Santiago.
- OLIVOS, P.; HUNEEUS, T. Y COLS.; 1982: "«Evaluación de la efectividad del Hospital Diurno del Hospital Psiquiátrico de Santiago»". *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*; Vol. XX, Nº 3-4, Julio-Diciembre.
- ORDAZ DUCUNGE, E. B. ET. AL. ; (1986): «Hospital Psiquiátrico de La Habana». Plegable Informativo, Cuba.
- PENN, P.; 1982: «Circular Questioning». *Family Process*, Vol. 21, Nº 3.
- PULIDO, R.; 2000: Comunicación personal, Santiago.
- RAPOPORT; 1970. En: MACARIO, M.; 1990: *Attraverso lo specchio: un viaggio nelle comunità terapeutiche inglesi*. Centro di Studi Psichiatria e Territorio, Savona.
- RAPPAPORT, J.; 1977: *Community Psychology Values. Research*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- REYNAUD, M. ; 1991: *Le Traitement des Schizophrènes*. Éditions Frison-Roche, París.
- SABATINI, R.; 1997: «The History of Lobotomy». *Psychosurgery Today*. En: *Brain and Mind Magazine*, Brasil.
- SARACENO, B.; 1999: Conferencia en el Congreso Mundial de Salud Mental, 6-10 septiembre; Santiago, Chile.
- SARACENO, B.; MONTERO, F.; 1993: *La Rehabilitación entre Modelos y Prácticas*. S. Ref.
- SEDGWICK, P.; LAING, R.D.; 1972 : *Self, symptom and society*. En : BOYER, R. (ED.); 1972: *Laing and Anti-psychiatry*. Penguin Books, Gran Bretaña.
- SERVICIO SANITARIO NAZIONALE; 1978: «Legge 180, Sull'Assistenza Psichiatrica Pubblica». *Gazzeta Ufficiale della Repubblica Italiana*.
- STIERLIN, H.; 1983: *Psychosozial Intervention in Schizophrenia*. Editorial Springer, Berlín.
- STIERLIN, H.; 1996: «Features of families with mayor affective disorders». *Family Process*, 25.
- STRAUSS & CARPENTER; 1991. En: LEIGHTON, C.; 1992: *Schizophrenic disorders. Sense and nonsense in conceptualization, assesment and treatment*. Plenum Press, New York.
- SZASZ, T. ; 1963: «The manufacture of mandes». En: BASAGLIA, F.; 1977: *Los Crímenes de la Paz*. Siglo XXI Editores, España.

- SZASZ, T. ; 1965: «The myth of mental illness». EN: BASAGLIA, F.; 1977: *Los Crímenes de la Paz*. Siglo XXI Editores, España.
- THORNICROFT, G.; BEBBINGTON, P.; 1989: "Deinstitutionalisation - from hospital closure to service development". *British Journal of Psychiatry*, Nº 155.
- VIDON, G. ; 1995: *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Éditions Frison-Roche, Sandoz, Francia.
- WARNER, R.; 1985: *Recovery from Schizophrenia. Psychiatry and political economy*. Routledge & Kegan Paul, London.
- WASYLENKI, D.; 1999: Conferencia Nacional "Plan de Atención Psiquiátrica en Chile". 18-19 de Mayo, Santiago.
- WINSHIP, G.; HAIGH, R.; 2000: «Public mental health and the new therapeutic community». *Therapeutic Communities*, Vol 21, Nº 1.
- ZUBIN, J.; STEINHAUER, S. R.; DAY, R.; VAN KAMMEN, D.; 1985: «Paul Hoch Award Address». EN: ALPERT, M. (ED.); 1985: *Controversies in Schizophrenia. Changes and Constancies*. The Guilford Press, New York.
- ZUBIN Y COLS.; 1985: «Schizophrenia at the Crossroads: A Blueprint for the 1980s». EN: ALPERT, M. (ED.); 1985: *Controversies in Schizophrenia. Changes and constancies*. The Guilford Press, New York.