



01962.
1 ej 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EL TRATAMIENTO INSTITUCIONAL DEL ENFERMO MENTAL EN UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A

MAYLING PATRICIA MENDIZABAL AMADO

-01962-
-1983-

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
BANDA DE ORIGEN**

1983



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

EL TRATAMIENTO INSTITUCIONAL DEL ENFERMO MENTAL EN UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA.

I	Introducción.....	1
II	Del Hospital tradicional a la Comunidad Terapéutica.	
	2.1 Antecedentes.....	6
	2.2 Las diversas conceptualizaciones sobre Comunidad Terapéutica.....	13
	2.3 Oscilaciones y Crisis en las Comunidades Terapéuticas.....	24
	2.4 La investigación sobre los tratamientos Psicosociales en Instituciones.....	43
	2.5 Conclusiones sobre la Bibliografía revisada.....	65
III	El Instituto Mendao	
	3.1 Antecedentes.....	68
	3.2 Ubicación del Instituto.....	70
	3.3 Personal.....	72
	3.4 Promisas teóricas.....	73
	3.5 Elementos Conceptuales Referenciales y Operativos.....	77
	3.6 El tratamiento en el Instituto Mendao.....	83
	3.7 Instancias Coordinadoras.....	94
IV	El Proceso Terapéutico	
	4.1 El Proceso Comunitario.....	97
	4.2 Psicoterapia Familiar.....	110

4.3	Psicoterapia de Grupo	120
4.4	Psicoterapia Individual	133
V	Los pacientes y su Patología	139
VI	Conclusiones	149
	Apéndice I	155
	Apéndice II	160
	Referencias Bibliográficas	163

I.- INTRODUCCION

La enfermedad mental ha sido, a través de la historia, una de las más temidas; la ignorancia, el temor a lo desconocido y al contagio contribuyeron a atribuirle caracteres mágicos; el manejo del enfermo mental (Ristich, 1970) ha variado desde la sujeción física, hasta tratamientos institucionales que la mayoría de las veces han tenido como objetivo esencial el custodiarlo para evitar que dañe a terceros o a sí mismo.

Llegar a ser denominado "loco" suele ser aterradorante por el sufrimiento que ello conlleva y porque se intuye o se sabe que en casos extremos el que una persona sea asumida como tal puede llegar a representar la marginación familiar, social, económico, física, -- ciudadana. Las medidas que se toman incluyen el esconder a la persona, "mandarla de viaje", privarla de su libertad, descalificarla, - aunque quizá la más temida sea el hospitalizarla.

El estudio sistemático del grupo y del medio social se inicia a finales del siglo pasado con estudios como el de Le Bon sobre las multitudes; Freud (1973) en el año de 1921 en "Psicología de las masas y análisis del Yo" analiza y fundamenta lo determinante del grupo sobre la conducta individual. Fue Sullivan (1921, citado en Rodríguez, 1985) el primero --

en exponer que una institución, al funcionar como organismo social podía modificar terapéuticamente al individuo, él utilizó incidentalmente el término "Comunidad Terapéutica" para referirse a la -- acción benéfica de toda una microsociedad sobre el paciente mental.

Paulatinamente se llegó a obtener evidencia de la importancia del medio social y del hecho ineludible de que un hospital puede en lugar de mejorar, conducir al enfermo a una alienación cada vez mayor; de allí la importancia de continuar la labor de transformar los hospitales, lo que nos conduce a diversos cuestionamientos; por ejemplo, ¿qué sería un verdadero cambio en una institución psiquiátrica? Es evidente que no existe una respuesta única, pero un intento serio, surgiría a partir de la premisa de no considerar al enfermo mental como a una persona incapacitada de por vida, en todas las esferas; estaría en poder concederle al "loco" la posibilidad de salirse de ese rol, de aceptar que puede tener partes sanas de su personalidad que le permitan expresar su voz y ser escuchado; pero que no quede allí, que se le permita actuar, se le apoye, se le comprenda y se intente genuinamente rehabilitarlo por todos los medios al alcance y por aquellos que se pueda, juntos, "loco" y "sano", pacientes y personal, ir paulatinamente descubriendo. La transformación en la conceptualización del enfermo y del hospital, incluiría modificaciones teóricas-prácticas al considerarse que no sólo el --

"médico " puede ayudar, sino también un enfermero, una cocinera u otro paciente.

El llevar estas ideas a la práctica, a veces parece muy sencillo, en otras ocasiones inconcebible; ¿cuál es la realidad? parece que las dos cosas al mismo tiempo, simultáneamente, como ocurre en la psicosis: lo posible y lo imposible en una relación dialéctica. En México, en la última década, son varios los intentos que se han realizado por crear Comunidades Terapéuticas; desgraciadamente, la mayoría de las ocasiones se ha fracasado; en el campo de los hospitales psiquiátricos quisiera darle su lugar de pionero al Instituto Psiquiátrico de la Ciudad de México; infortunadamente las condiciones socioeconómicas imperantes en el año de 1976 determinaron su muerte (devaluación del peso), ya que el proyecto de creación y desarrollo de una Comunidad Terapéutica requiere de grandes -- esfuerzos científicos, técnicos, humanos y, desgraciadamente, -- económicos.

En los últimos cuatro años se ha desarrollado una Comunidad Terapéutica que utiliza la multiterapia para el tratamiento de la enfermedad mental: el Instituto Mendao; este intento se ha visto llevado a la realidad con muchas esperanzas y dificultades, con fantasías de grandeza y sensaciones de muerte; esta tesis, conjunto de reflexiones, tiene como finalidad relatar la experiencia (observación participante) en el proceso de creación y desarrollo de dicha Comunidad; intenta pensar

nos (a todos lo que trabajamos ahí en ese lapso de tiempo), como sujetos y objetos de la experiencia, como propiciadores de un cúmulo de aciertos y errores en constante movimiento. También aspira a mostrar cómo un ser humano, al enfermar mentalmente, puede no obstante continuar teniendo aspectos sanos que le permitan ejercer otros roles y no perder el contacto tanto con su familia como con el resto de la sociedad. Esta tesis espera demostrar que el psicótico puede ser tratado como un ser humano con derechos y obligaciones, con libertades y límites, e intenta probar que la salud mental puede recuperarse por medios distintos a la psicología tradicional: electrochoques, choques insulínicos, aislamiento, camisas de fuerza, cirugía cerebral, etc.

El tratamiento del psicótico no se debe concretar al uso de medicamentos que en efecto pueden ser muy útiles en cuanto a remisión de síntomas se refiere. A lo largo de esta tesis se intentará mostrar que la crisis aguda es idónea para iniciar un trabajo psicoterapéutico, pero que el tratamiento del psicótico debe buscar más que la desaparición de los síntomas, el afianzamiento de un vínculo terapéutico que permita, paulatinamente, descubrir las causas que provocaron el rompimiento con la realidad, para que mediante la elaboración de estos problemas, la persona enferma logre consolidar una personalidad sana.

En el Instituto Mendocino se intenta realizar un tratamiento integral del psicótico mediante la acción conjunta de múltiples métodos terapéu

ticos como son: la psicoterapia individual, de grupo y de familia, terapias ocupacionales, de arte, de movimiento y de música; terapéutica farmacológica y un medio social específico: la Comunidad Terapéutica.

Esta tesis pretende reflexionar sobre el proceso de creación y desarrollo de la Comunidad; en la primera etapa se revisa ampliamente la bibliografía sobre Comunidad Terapéutica y algunas de las dificultades que se enfrentan en la realización de investigaciones que estudian los resultados de los diversos tratamientos psicoterapéuticos institucionales. La segunda etapa consiste en el planteamiento de las bases teóricas y técnicas de la Comunidad Terapéutica en cuyo proceso de creación participó la autora. El proceso terapéutico se ilustra a través de algunos eventos: asamblea general, psicoterapia de familia, de grupo e individual. En la tercera etapa se revisan los expedientes de los pacientes tratados los primeros dos años en el instituto, realizándose un seguimiento con aquellos dados de alta y con una muestra de aquellos que no la obtuvieron, tomándose en consideración los factores que influyen en el éxito o en el fracaso.

Esperamos que esta serie de reflexiones permita una mejor conceptualización de lo que es la Comunidad Terapéutica, de su trascendencia y limitaciones, que sea de utilidad para "Mendao", equipo y pacientes y para aquellos interesados en el tratamiento de la enfermedad mental, dentro y fuera del ámbito de las instituciones.

II.- DEL HOSPITAL TRADICIONAL A LA COMUNIDAD TERAPEUTICA.

2.1.- ANTECEDENTES

La Comunidad Terapéutica puede considerarse una creación inglesa, Inglaterra tiene tradicionalmente una historia de gran renovación de las instituciones psiquiátricas; así, Conally, puede ser considerado uno de los pioneros de una serie de pasos que desembocaron en las actuales Comunidades Terapéuticas cuando en 1839 inicia la supresión de los métodos de contención para los 800 enfermos de Hanwell. Ya en 1793 Philippe Pinel había abolido en Francia el empleo de las cadenas (Ristich, 1970).

Sullivan (1929, citado en Rodríguez, 1965) funda una sala experimental en el hospital Sheppard y Enoch Pratt que resultó ser un caldero de inventos sociales que posteriormente le permiten formular su visión de la psiquiatría como la suma de las relaciones interpersonales, entendiendo estas últimas como los vínculos afectivos que unen a un ser humano con los demás en una forma y estilo especiales. Sullivan plantea que una manera de alterar al hombre es alterando en el presente su red de vínculos interpersonales.

En 1938, Rowland hace el primer estudio sistemático sobre la estructura social de un hospital, mostrando que existe un sistema

de roles imperante que determina muchas veces el comportamiento estereotipado de los pacientes a través de la comunicación informal entre ellos, que es ajena al staff; a su vez el staff tiene una organización informal, que es influida por la de los pacientes; se encontró la existencia de dos sistemas paralelos propios de cada población, es decir de los pacientes por una parte y de los terapeutas por la otra. Según Rowland, ambos sistemas coexisten paralelamente -- sin llegar a cruzarse, creando roles artificiales donde cada uno -- actúa frente al otro, lo que piensa que el otro desea.

La segunda guerra mundial (Main, 1980) tuvo un impacto definitivo sobre la psiquiatría actual; los psiquiatras, acostumbrados a su práctica individual empezaron a verse compelidos a atender con escaso personal a un gran número de personas. Surge así la necesidad de la atención en grupos iniciada por Foulkes y extendida al tratamiento de todo un batallón por Bion, en 1943, mientras que Maxwell Jones por su parte, había iniciado sus primeros experimentos en los servicios médicos de emergencia, a través de discusiones y psicodramas con grupos grandes de pacientes, de 1941 a 1945. Los métodos de estos psiquiatras variaban, pero tenían en común el reconocimiento de que las relaciones cotidianas de los pacientes -- entre sí y con el médico eran campo propicio para el insight y el cambio subsiguiente.

Paulatinamente los médicos observaron que había batallones donde la enfermedad era mas común, que las quebras parecían ser características, no de las batallas, sino de la forma en que algunas unidades trataban a sus soldados; se realizaron estudios donde las estadísticas mostraron la correlación entre las crisis, los problemas de enfermedades físicas (enfermedades venéreas, úlceras, etc) la conflictiva social (ausentismo, criminalidad, etc.), y el verticalismo (Main, 1980).

Aquí vale la pena enfatizar que si la sociedad inglesa fué la primera en transformar sus concepciones sobre el tratamiento del enfermo mental, esto fué posible gracias a que durante la guerra y la post-guerra hubo modificaciones de los esquemas político-culturales que llevaron a la sociedad a asumir responsabilidades sociales que antes se evitaban, como las medidas de seguridad social respecto al enfermo mental. Fué en 1944 que por primera vez los enfermos mentales fueron objeto de un programa de rehabilitación externo al hospital que favorecía que salieran de su condición de alienados (Basaglia, 1972).

Anna Freud y Burlingham (1943, citado en Rodríguez, 1965), realizaron un experimento donde comprobaron que los niños tratados en una institución, que eran cuidados por todo el personal presentaban múltiples signos de retardo emocional. Para transformar

esta situación la dirección de la institución creó familias artificiales, con una madre responsable del cuidado de un grupo pequeño; en el momento en que se llevó a cabo el cambio de plan los niños presentaron crisis que se caracterizaban por establecer vínculos agresivos con la madre sustituta, mostrando celos y envidia hacia los demás, así como un afán de posesión; como todo cambio social, hubo necesidad de una crisis y un período de duelo.

Bethelheim y Silvester (1948, citado en Rodríguez, 1965) estudiaron lo que denominaron "Institucionalismo psicológico", síndrome caracterizado por la carencia emocional que sufre el niño por falta de relaciones interpersonales con los adultos que lo rodean, el resultado de esto es la falta de espontaneidad en la conducta del niño, que obedece como un robot. Estos estudios contribuyeron paulatinamente a acentuar la importancia del medio social, en especial en los niños.

En 1952, Caudhill y colaboradores, a través del método antropológico de introducir un observador que simulaba ser paciente, investigaron la ideología del paciente mental en un hospital clásico observando que existen diversas presiones sociales a través de las cuales se condiciona al enfermo para que asuma un rol especial de actitudes "intermedias", ni muy "saludables" ni muy "regresivas" ya que se atacaba al que mejoraba, porque su mejoría generaba angustia y envidia; los que empeoraban, generaban miedo. Así el rol implica que el

paciente actúe de acuerdo a expectativas que se basan en una constelacion de valores y patrones de conducta que son producto de la situación social inmediata (Citado en Rodríguez, 1965).

Por otra parte, Schwartz M.S. y Stanton A.F. (1954) publicaron casos donde corroboraban lo que denominaron "Efecto Stanton-Schwartz" que no es sino una muestra de cómo los conflictos que ocurren entre -- miembros del personal repercuten significativamente en la conducta de los pacientes. Así, un paciente que está siendo tratado por dos personas o por un grupo que está en conflicto sobre su tratamiento, se desorganiza y presenta un cuadro de excitación psicomotriz o de disociación con síntomas catatónicos, que remiten al resolverse el conflicto del -- Staff.

Goffman (1961) investigó en forma exhaustiva lo que denominó "Instituciones Totales", al referirse a comunidades que tienen características comunes; plantea que hay cinco variedades de las mismas:

- 1) Las creadas para personas que son incapaces de mantenerse: orfanatorios, asilos de ancianos, etc.
- 2) Las creadas para individuos que no sólo son incapaces de bastarse a sí mismos sino que de alguna manera ponen en peligro a la comunidad; asilo mental, sanatorio de tuberculosis, etc.

- 3) Las instituciones creadas para adoctrinar y acelerar un aprendizaje: cuarteles, colegios, etc.
- 4) Las creadas para individuos que ponen en peligro a la sociedad en forma intencional: cárceles, reformatorios, etc.
- 5) Las Instituciones que valoran el aislamiento del mundo como parte integral de la ideología que pretenden inculcar: conventos, monasterios, etc.

Aunque a primera vista estas instituciones parecieran diferir mucho, tienen características comunes que Goffman analizó y que lo llevaron a catalogarlas como "Instituciones Totales"; estas serían:

- 1.- Todas las facetas del vivir diario ocurren en el mismo lugar y bajo la misma autoridad.
- 2.- Cada faceta de la vida cotidiana se lleva a cabo junto al mismo grupo numeroso de personas.
- 3.- Todas estas actividades están estrictamente regimentadas, ya que se pretende la organización de los internos en grupos grandes y homogéneos.
- 4.- Se procura que los internos pierdan su individualidad, para lo cual se les pide despojarse de aquellos objetos personales que se consideren capaces de estimular su

Identidad personal; esto puede variar desde el requerimiento de usar uniforme (como su nombre lo indica "uniformar") hasta el extremo del cambio de nombre.

- 5.- La comunicación es vertical y de arriba a abajo y la movilidad social es muy restringida; los supervisores tienen la función de filtrar la comunicación.

Rodríguez (1965) plantea que en este tipo de instituciones se da una mortificación del Yo, el que es violado por un doble tráfico de intrusiones; al vaciarse de vínculos previos se le desinfecta de identificaciones y se irrumpen en él con una nueva doctrina o modalidad impuesta en forma masiva y compulsiva que en algunos casos se realiza en contra de la voluntad del internado.

Basaglia (1972) quien no está de acuerdo con las Comunidades Terapéuticas, relata las grandes mejoras que hubo conforme se fueron abriendo las puertas de los hospitales psiquiátricos en Italia; esto no se debe a que el hospital abierto sea un medio terapéutico maravilloso, simplemente a que no es iatrogénico. Es decir que quizá la Comunidad Terapéutica "per se" no sea la pócima mágica que al ser ingerida por un psicótico le elimina sus delirios o alucinaciones pero es posiblemente hoy en día la institución que enferma menos al ya enfermo mental... en este sentido coincide con Basaglia quien afirma que la Comunidad Terapéutica es tan sólo

una reforma en el tratamiento institucional del psicótico y no la revolución mágica tan esperada. No obstante difiero de él cuando afirma que abolir el asilo es el único medio de acabar con la alienación del enfermo mental.

Como todo descubrimiento nuevo puede idealizarse a la Comunidad Terapéutica, lo cual trae graves riesgos y consecuentes desilusiones al entrar en contacto con sus limitaciones; no obstante sabemos que todo cambio que persiga humanizar las circunstancias del alienado puede proporcionar beneficios lo que nos lleva a citar a Dreikurs cuando afirma: "Si la liberación de los enfermos mentales por Pinel en Francia, constituyó la primera revolución en psiquiatría, y el descubrimiento del inconsciente por Freud la segunda, la creación de la Comunidad Terapéutica, es con justicia la tercera" (Citado en Lopez, 1980).

2.2 LAS DIVERSAS CONCEPTUALIZACIONES SOBRE COMUNIDAD TERAPEUTICA

Existe una gran diferencia entre el hospital tradicional y la Comunidad Terapéutica por lo que consideramos importante analizar qué es lo que conocemos con ese nombre que en ocasiones pareciera referirse al anti - hospital, para en otras ser utilizado en --

cualquier pabellón hospitalario que simplemente tiene trabajadores profundamente comprometidos con su labor.

En 1953, como colofón de un estudio sobre las organizaciones psiquiátricas de los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud, el comité de expertos afirmó que el hospital psiquiátrico debía ser en su totalidad una Comunidad Terapéutica, definiéndola por un conjunto de principios que debían seguirse: La conservación y salvaguarda de la individualidad del paciente, la convicción de que los pacientes son dignos de confianza, capaces de tomar sus propias iniciativas y asumir sus responsabilidades; el empleo regular de los pacientes en determinados tipos de ocupación, etc; sin embargo, es obvio que esto no desembocó en la formación de Comunidades Terapéuticas tal como las conciben los ingleses.

(World Health Organization Expert Committee on Mental Health, - 1953).

Schittar, (Citado en Basaglia, 1972) dice que este último tipo de comunidad es el que se basa en ciertos principios calificados de revolucionarios, que de hecho suprimen los esquemas tradicionales de la relación médico paciente; al no poder ser reducida esta relación a esquemas rígidos, todos los recursos de la institución se utilizan deliberadamente con finalidades terapéuticas.

Según Martin (Citado en Basaglia, 1972) también la Comunidad Terapéutica se caracteriza por el esfuerzo de utilizar al máximo en un plano terapéutico, la contribución de todos, personal y pacientes.

Lopez (1980) nos dice que en un sentido positivo, una Comunidad Terapéutica es una estructura que guarda una cohesión interna cuyo objetivo esencial lo constituye el logro de una situación que pueda ser en su totalidad, coherentemente terapéutica.

Whiteley (1979) plantea que la Comunidad Terapéutica es un proceso de tratamiento específico que utiliza los fenómenos psicológicos y sociológicos de los residentes de una institución con fines terapéuticos.

La primera Comunidad Terapéutica empezó a funcionar durante la segunda guerra mundial; era un experimento realizado en el "Northfield Mental Hospital", fue Main quien en 1946, en el boletín de la Clínica Meninger acuñó el término y nos relata acerca de esta experiencia: Allí... "Tuve la oportunidad de juntar estos dos insights: la significancia de un sistema social para decidir la salud o enfermedad y lo fructuoso que para el cambio personal resultaba el análisis grupal, para así crear una tercera idea: la posibilidad de que un hospital pudiera convertirse en terapéutico, como organización social, sin importar qué tratamientos individuales eran ofrecidos o no. No sólo la conducta y las relaciones de los pacientes eran

relevantes, sino la conducta y relaciones del staff eran, desde entonces, áreas relevantes para el estudio de todos. Como la primera Comunidad Terapéutica, "Northfield" tiene su propia importancia histórica. Demostró que un hospital no necesitaba ser concebido y administrado como un lugar en el que el tratamiento de la enfermedad viene primero, con cierto descuido de los deseos del propietario de la misma, sino que se puede convertir en un sitio donde el dueño de la enfermedad pueda ser -- reconocido como un ser individual, singular en necesidades y habilidades y pueda ser respetado y quizás ayudado a crecer, a pesar de estar hospitalizado. También demostró que el tratamiento y la administración pueden ser pensados como una actividad clínica total, que necesita de la participación activa de los pacientes; si no, el staff es presionado a sobrellevar cargas masivas e inhumanas de responsabilidad por todo, bueno o malo, y por eventos cuya creación y solución recaen en manos de otros"(Jansen 1980, p. 53).

En forma simultanea pero independiente a ese experimento, se desarrolló un programa en la Unidad Militar para neuróticos de Mill Hill donde Maxwell Jones, cuya formación era básicamente de orientación médica psiquiátrica, dirigía un equipo del Hospital Maudsley (Whiteley, 1979); Jones trabajaba intentando explicarles a los pacientes la base fisiológica y anatómica de sus síntomas psicósomáticos. La organización era similar a un salón de clases; el método didáctico pronto se

tomó en diálogo y en la discusión abierta en la "clase" de los problemas de la vida diaria del hospital; así como "Northfield" fué creado como un experimento en sí, "Mill Hill" evolucionó de acuerdo a las necesidades expresadas por los participantes; por ello aunque los dos proyectos eran diferentes en sus orígenes y prácticas, llegaron a resultados similares. Un punto en el que Jones y Main coincidían, según Whiteley, era en que la Comunidad Terapéutica debería proporcionar un alto grado de determinación y libertad de acción con ninguna barrera entre el hospital y el resto de la sociedad.

Fuera del ejército la primera Comunidad Terapéutica que funcionó fué la "Unidad de Rehabilitación Social" del hospital Belmont, fundada por Maxwell Jones y hoy día conocida como el Hospital Henderson; el Dr. Rapoport, un antropólogo connotado pasó 4 años conviviendo con los miembros del hospital y en 1960 como resultado de sus investigaciones en él, publicó su libro ya clásico "Community as Doctor" en donde plantea las características básicas de la Comunidad Terapéutica:

- 1) Se considera que la organización social global del hospital tiene una intención y un efecto terapéuticos.
- 2) La organización social no es un nuevo trasfondo mecanizado y rutinario sobre el que desquella la terapia individual; la acción social es considerada como parte vital y dinámica del tratamiento, ya que se busca la creación de un ambiente social óptimo.

- 3) Un elemento clave en este nuevo contexto social es la búsqueda, la creación de oportunidades reales, para que los pacientes puedan asumir una participación activa en el gobierno de la comunidad; se suele llamar a esta actitud "democratización" y como es de suponer, existen numerosos matices en la permisibilidad democrática, de institución a institución.
- 4) Todas las relaciones que se entablan dentro del hospital, tanto las que tienen lugar entre los propios pa-
cientes, como la interacción entre pacientes, médicos y enfermeras, son consideradas como potencialmente terapéuticas. A fin de actualizar ese efecto benéfico, se trata de explorar la manera de formalizar otro --
tipo de interacciones además de la tradicional relación médico-paciente. La variedad de relaciones interpersonales que así se forman comprende, según los casos, a enfermeras, asistentes sociales, profesores, personal de servicio, etc.
- 5) También se le da importancia en toda Comunidad Terapéutica no sólo a la formación de una estructura social diferenciada, sino a la calidad ideológica del medio social creado. A este inefable afecto grupal algunos --

autores le han dado el nombre de "clima emocional". El grado de tolerancia y el de permisibilidad imperantes en la institución son dos de las coordenadas básicas que determinan la tónica o clima emocional resultantes.

- 6) Las Comunidades Terapéuticas enfatizan, por lo general, todo procedimiento que aumenta la comunicación intergrupala. Exaltan la comunicación "per se", que se realiza, en parte, con fines administrativos; se considera que es útil saber lo que un grupo siente,-- piensa y dice; además se estima que el acto de comunicarse entre sí tiene valor tanto para los pacientes como para el personal. También se considera que el contenido de la comunicación es valioso para el tratamiento al proporcionar, a través de los distintos canales administrativos, diferentes tipos de información que complementan la información limitada que emerge de la relación médico-paciente.

Según Clark, (1973) es posible hallar rasgos comunes en todas las Comunidades Terapéuticas, aún cuando no compartan totalmente la misma ideología:

- 1.- Libertad de comunicación: todos los esfuerzos tienden a que la comunicación se establezca a distintos niveles, en todas las direcciones y no sólo de arriba a abajo de la pirámide jerárquica, como es el caso en las instituciones tradicionales.
- 2.- Análisis en términos de dinámica individual y particularmente interpersonal de todo lo que sucede en la comunidad; tiene lugar precisamente durante las reuniones de grupo, con tanta mayor intensidad y frecuencia cuanto más los psiquiatras se orienten en sentido psicodinámico. En el límite, las reuniones comunitarias de servicio pueden transformarse poco a poco en sesiones de psicoterapia de grupo.
- 3.- Tendencia a destruir las relaciones de autoridad tradicionales y a nivelar la pirámide jerárquica, cuyo grado más bajo está tradicionalmente reservado al paciente sobre el cual se descargan las tensiones de todo el hospital. Este movimiento horizontal con la necesaria subdivisión de poder de decisión que implica, constituye sin lugar a dudas, la innovación más significativa de la Comunidad Terapéutica.
- 4.- Posibilidad de disfrutar de ocasiones de reeducación social, espontáneas o estructuradas por la institución (bailes, pro

yecciones cinematográficas, representaciones teatrales, fiestas, salidas individuales o en grupo, etc.).

- 5.- Presencia en una reunión generalmente diaria, de toda la comunidad (asamblea comunitaria), así como frecuentes y regulares reuniones más restringidas, a todos los niveles, que son el lugar natural de todos los procesos arriba mencionados.

Existe dentro de estas definiciones un amplia gama de -- instituciones que básicamente cumplen con los requisitos formales ya enumerados por Rapoport y Clark, que sin embargo defieren mucho entre sí. Esto es debido a que las bases ideológicas de cada institución, ya sea explícitas o implícitas, pueden variar en algunos aspectos, así como sus bases teóricas con las consecuentes técnicas terapéuticas. Es así como encontramos comunidades con orientación psicoanalítica, gestaltista o conductista, que sin embargo reúnen los requisitos ya enumerados y la parte esencial de la ideología, ya que lo fundamental estriba en la posibilidad de participación genuina y en el respeto a las opiniones de todos los miembros de la comunidad; sin embargo, la permisibilidad y la democracia suelen variar de hospital a hospital. Rodríguez (1965) explica que algunos hospitales se limitan a propiciar reuniones en las que los pacientes puedan formarse su propia opinión acerca de los asuntos de la institución,

pudiendo luego comunicar esta opinión al personal mientras que en otras se pone el énfasis en que todas las decisiones surjan dentro de un contexto grupal, ya sea por consenso o mediante el libre ejercicio del voto de pacientes y personal. A mi manera de ver, esto tendrá que variar también de acuerdo al entorno social, las leyes, y el tipo de pacientes que se estén tratando en la institución; así por ejemplo, en una comunicación personal con el Dr. Whiteley, actual director del Hospital Henderson, me informó que actualmente ya no reciben bajo tratamiento pacientes psicóticos por la dificultad de manejarlos con puertas abiertas y aplicar los principios de la Comunidad Terapéutica, tal como Maxwell Jones los conceptualizó.

A través del desarrollo histórico de las Comunidades Terapéuticas ha aumentado el reconocimiento de la diferenciación de modelos y de la necesidad de distinguir cual es de más utilidad, de acuerdo a los requerimientos individuales de un determinado paciente y de las características particulares del equipo. Actualmente la Asociación de Comunidades Terapéuticas (Blake, 1981) plantea que hay tres tipos de modelo de comunidad.

- 1) El modelo de resocialización, estructurado y basado en la acción, en la terapia ambiental, en el desarrollo verbal y de habilidades sociales; la mayoría de las comunidades son de este tipo.

- 2) El modelo reeducativo para personas inmaduras con desórdenes de personalidad sociopática, que presentan tendencia a la actuación; como ejemplo está el Hospital Henderson.
- 3) El modelo reconstructivo, algunas veces llamado comunidad psicoterapéutica que utiliza el psicoanálisis.

La Comunidad Terapéutica en su enfoque global tiende a conjugar en el proceso terapéutico el tratamiento y la rehabilitación. Rapoport (1960, p.27) enfatiza su distinción planteando que: "tratamiento significa aquí, todas aquellas medidas, llevadas a cabo por personal legitimizado, (y aquí se puede incluir a pacientes en la Comunidad Terapéutica) que tienen como su objetivo -- principal inmediato, la alteración de la personalidad individual hacia una mejor integración intrapsíquica. 'Rehabilitación' por otro lado, significa aquellas medidas que tienen como objetivo inmediato el adaptar a una personalidad particular a las demandas de un determinado sistema social".

En situaciones óptimas, ambos procesos son combinables, y traen beneficios en donde la persona, a la vez que realiza cambios intrapsíquicos de su personalidad, se adapta activamente al medio social.

2.3 OSCILACIONES Y CRISIS EN LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS.

Rapoport, en su libro "Community as Doctor" nos habla ya de la importancia de las crisis en las Comunidades Terapéuticas; a este respecto nos dice:

Postulado 18: Los hospitales psiquiátricos con políticas permisivas pueden esperar un nivel alto inusual de alteraciones interpersonales periódicas. Estas alteraciones serán mayores en la medida que la estructura social sea segmentaria, reacomodando a sus participantes en grupos, con membresías intercambiables y alimentando una gran comunicación interna.

Postulado 19: Las perturbaciones colectivas entre pacientes no son nunca intrínsecamente deseables o no deseables

Postulado 19a: Las perturbaciones colectivas contienen fuerzas sociales que pueden ser influencias terapéuticas en potencia. Un ejemplo sería la movilización de las tendencias de los individuos a participar en un proceso de reconstrucción social.

Postulado 19b: Las perturbaciones colectivas pueden tener tanto un efecto benéfico como uno dañino sobre los individuos.

Los pacientes pueden llegar a presentar perturbaciones personales o el equipo puede sentir que las condiciones favorables para la terapia de algunos pacientes requieren de sacar a otros pacientes de la unidad. Pero las contingencias con los pacientes no son el precio inevitable para la sobrevivencia y estabilidad de una Comunidad Terapéutica. Se pueden dar pasos para disminuirlas posponiendo admisiones y removiendo o protegiendo a pacientes vulnerables hasta que sea tiempo de que puedan ser absorbidos por la comunidad" (Rapoport, 1960 p.287)

A las perturbaciones colectivas, Rapoport las ha denominado "oscilaciones" en la Comunidad Terapéutica y las define como un proceso de fluctuación en el estado de la organización social entre los dos polos: el perfecto equilibrio y la desintegración; nos describe cuatro fases en las oscilaciones de las comunidades:

Fase A: Todos los miembros están ejecutando su rol social de acuerdo a las expectativas de los demás, las conductas son consistentes con los ideales de permisividad, democracia y convivencia.

Fase B: Empezan a aparecer conductas desviadas. Existe desorganización y no participación; hay tensión, los límites se rompen y el equipo se muestra ansioso; las actividades comunitarias se vuelven un requisito formal ya que hay desacuerdos y las metas del tratamiento y la rehabilitación se empiezan a deteriorar y a ser divergentes.

Face C: Se llega al punto álgido de la crisis, la desorganización se manifiesta intra e intergrupos así como fuera de la institución. La tensión se hace insoportable tanto para pacientes como para el equipo. La ruptura de límites es extrema (intentos de suicidio, fugas, drogas, relaciones sexuales, etc.) y existen presiones internas y externas a la institución para que se restaure el equilibrio a cualquier precio. El equipo hace uso de su -- autoridad latente, fragmentando así los ideales comunitarlos ya que existen puntos de vista definitivamente contradictorios; en ese momento parecería que el tratamiento y la rehabilitación tienen metas totalmente opuestas y existen fantasmas de muerte y destrucción de la comunidad. Se toman medidas para remover los factores irritantes y proveer condiciones que reduzcan las tensiones.

Fase D: Es la fase de la reorganización que llega conforme entran en juego las fuerzas reparativas; algunos recapacitan ante el temor de ser enviados a un hospital tradicional; otros, incluyendo al equipo, por sentir culpas al haber fallado como terapeutas formales o informales. Se restaura la libertad, aunque el liderazgo es ejercido primordialmente por el equipo. Se hacen esfuerzos por llegar a un acuerdo y nuevamente parecen converger las metas del tratamiento y la rehabilitación: democracia, permisividad, comunalismo y confrontación con la realidad.

Rapoport enfatiza que estas crisis no deben ser vistas como negativas ya que generalmente son favorables para los pacientes, que se debe tender no a desaparecer el ciclo "equilibrio-desintegración-equilibrio", sino a estudiarlo cuidadosamente de tal modo que puedan ser utilizados sus potenciales terapéuticos y minimizados los antiterapéuticos; se ha observado que estos patrones oscilatorios de perturbaciones colectivas ocasionan cambios estructurales, de una clase mucho más duradera y son parte de la evolución general de toda Comunidad Terapéutica (Rapoport, 1960).

El Dr. Emilio Rodríguez (1965) en su libro "Biografía de una Comunidad Terapéutica", nos va sumergiendo paulatinamente y con gran maestría al largo, penoso y maravilloso proceso que es participar en el nacimiento y afianzamiento de una comunidad; es así como

se comprende que una comunidad no surge, sino que se crea a través de un proceso que lleva muchos años y se conceptualiza justamente las crisis de la comunidad como las que posibilitan el cambio y el crecimiento. El ciclo de tensión, decisión, modificación de la estructura y nueva tensión resultante, representa uno de los dinamismos básicos, en las transformaciones de una sociedad y de acuerdo a Rodríguez su importancia debe enfatizarse ampliamente.

Rapoport (1965) plantea que además del período de la crisis existe un período pre-crisis y un período post-crisis. El primer período corresponde a los antecedentes de la crisis ya que a medida que ésta es mayor, requiere de más factores que hayan contribuido a provocarla. En mi opinión éste sería el tiempo en el que las identificaciones proyectivas individuales se van acumulando hasta encontrar eco, primero entre los pacientes y después en las partes más débiles del equipo, en quienes provocarían a través de la transferencia-contratransferencia la reproducción de las relaciones objetales de su historia temprana. El equipo lucha por no hacerlo pero no siempre lo logra; para comprender esto, en ocasiones hay que vivenciar lo poderosas que pueden ser dichas identificaciones proyectivas, sobre todo cuando son colectivas y recaen en el personal más frágil: recamareras, cocinera, enfermeros, etc.

Por otro lado está el período post-crisis, en ocasiones caracterizado por el inicio de una reacción paranoide y diversas fantasmas persecutorias con temor a la retaliación. Posteriormente aparece la culpa persecutoria, con fantasmas de cierre de la comunidad; se acusa a la coordinación de no haber sido capaz de "controlar la situación" (Rapoport, 1960).

El Dr. Lopez (1980) hace una interpretación de las crisis, cuyas raíces se encuentran determinadas por la misma estructura edípica que Freud estableció: "La tentación frente al poder del padre y a la posesión de la madre, o a lo que esto pueda representar en el campo de lo imaginario, constituye una condición insoluble. No abriga otro propósito mas que de consumir el deseo edípico" (p.179).

Considerando todo lo antes expuesto, debemos enfatizar la importancia de conocer a fondo el proceso y significado de las crisis pero sobre todo la necesidad de detectarlas a tiempo; a través de la experiencia hemos observado la tendencia del -- equipo y los pacientes a hacer una negación de ella en las fases iniciales; esto ocurriría debido a que el efecto de las identificaciones proyectivas se suma en ocasiones, a los conflictos no resueltos del personal y a las tensiones externas e internas.

Considero relevante mencionar los ocho síntomas principales que han encontrado Savalle y Wagenborg (1980) que se presentan en el grupo de pacientes y que unidos a los del personal pueden llegar a configurar síndromes.

- 1.- Las señales de crisis; insatisfacción, falta de confianza y desesperación que los pacientes expresan como gruñendo, quejándose, manifestando derrotismo, amenazas de irse, de abandonar el lugar o más seriamente, bebiendo mucho, comportándose en una forma loca con arranques agresivos, amenazas e intentos de suicidio y todo en aumento sistemático.
- 2.- Incremento de las exigencias para el tratamiento individual y en esa medida se desestima el ideal comunitario y se impide la investigación y el insight.
- 3.- Se aumenta la polarización entre el staff y los pacientes, lo cual trae como consecuencia que cada uno de los dos grupos desempeñe roles estereotipados cada vez más intensos y después, que cada persona reciba los reproches que pertenecen a cada uno de los roles. Cada uno de los grupos puede organizar una situación en la cual el otro está tentado a desempeñar determinado papel, lo que predispone a fallar en las tareas reales.

- 4.- Uso inadecuado de los servicios que proporciona la institución, disminución de la dedicación, una infinita charla deshilvanada, disminución en la asistencia a las terapias, etc.
- 5.- Disminución del interés genuino por los otros, por la atmósfera de la comunidad que se manifiesta en descuido, indiferencia e insociabilidad.
- 6.- Aumento en el uso de alcohol
- 7.- Exigencia en aumento de tranquilizantes.
- 8.- Incremento de la vida nocturna, se duermen tarde, se bebe fuertemente; se dan relaciones pseudoterapéuticas intrincadas, se unen en parejas para el desorden, con todas las consecuencias que esto implica para la vida diaria: fatiga, inasistencia, fallas en el cumplimiento de los arreglos, etc. Muchas cosas ocurren de noche, de las que el personal (y algunos de los compañeros pacientes) no están enterados; lo que por su parte da lugar a toda clase de malentendidos y falta de confianza.

Estos síntomas, manifestaciones de conflictos mas profundos, se conectan con los del equipo. A menudo, no es sencillo decir qué viene primero. Algunas veces parece que se inician en el grupo de pacientes y en otras ocasiones parece ser el staff quien

propicia la crisis, siendo los síntomas de los pacientes una reacción hacia las actitudes del equipo; el staff a su vez reacciona a las tensiones del grupo de pacientes, retroalimentándose la situación. Los síntomas que suelen presentarse en el staff son:

- 1.- Incremento de la ansiedad, tensión y conmoción, lo que lleva a sentimientos de sobrecarga, culpa, agresión, enfermedad y de funcionamiento inadecuado, etc.
- 2.- Tendencia excesiva a involucrarse en todos los sucesos de la comunidad, distancia insuficiente con intervenciones a corto plazo en lugar de planeación a largo plazo, incremento en las conversaciones individuales haciendo excepciones en el tratamiento, fragmentando los programas de algunos pacientes.
- 3.- Alteración del trabajo ordinario con incremento de las asambleas, cambio de agenda; etc.
- 4.- Oposición en contra de los pacientes, a menudo como reproches, enojo, manipulación, sentimientos de impotencia, etc.

Savalle y Wagenborg señalan que estos síntomas suelen combinarse, configurando síndromes de difícil manejo. Enfatizan que de no manejarse adecuadamente, pueden llegar a generar mucho daño a la comunidad. Afirman que su manejo debe basarse en detectar la

situación, y en manejarla e interpretarla adecuadamente, de acuerdo al timing de la comunidad; afirman que las crisis pueden usarse como situaciones terapéuticas valiosas que promueven la reconstrucción y el proceso de elaboración de problemas esenciales.

Existen varios artículos e investigaciones que profundizan sobre los síntomas que puede llegar a presentar el personal que labora en los hospitales mentales (Edelwich, 1980). Es ampliamente conocido cómo muchos de los directivos de las Comunidades Terapéuticas llegan a presentar crisis personales y grandes alteraciones en su vida personal y familiar. Manning nos dice: "Parece que la insatisfacción del equipo puede ser mayor en la atmósfera de una Comunidad Terapéutica. También hay algún acuerdo en que las Comunidades Terapéuticas son exhaustivas para sus líderes, y han llevado a un quiebre de aquéllos colocados en esas posiciones" -- (Hinshelwood and Manning Ed., 1979, p. 307).

Actualmente se conoce a este conjunto de síntomas con el nombre de "Burn out" que podría traducirse como "quemarse" "fundirse" o menos literalmente como "síndrome de deterioro". Los síntomas principales serían: agotamiento, desilusión del trabajo, pérdida de interés en el tratamiento de los pacientes, cambios -- bruscos de humor, sensación de soledad, de falta de apoyo y desconfianza hacia el resto del equipo, trastornos físicos (Insomnio,

hipertensión, problemas digestivos, cefalea) etc. Este síndrome se presenta en trabajadores que idealizan su labor y se consideran a sí mismos responsables de la vida de otros.

En un nivel manifiesto se ha llegado a pensar que la salud sólo puede obtenerse a costa de la enfermedad de otros (Hinshelwood and Manning Ed., 1979) pero si se profundiza un poco más, podría concluirse que el síndrome es resultado de la falta de entrenamiento adecuado y de problemas personales no resueltos, que deben analizarse tomando en consideración las oscilaciones de la institución y el contexto social en donde existe una tendencia a sobrecargar de responsabilidad a personas ubicadas en posiciones clave. En este sentido coincido con Padró Castro (1982), quien en sus conclusiones del análisis de este síndrome afirma que "Burn out" es el resultado de la interacción del individuo, el medio ambiente de su trabajo y la estructura del contexto social en el que el síndrome ocurre. Así, cuando un miembro aislado del personal presenta el síndrome, la institución debería cuestionarse su participación, quizá derivada de un método de selección inadecuado.

Sin embargo, ya desde 1954, en que Stanton y Schwartz publicaron su libro "El hospital Mental" es ampliamente conocida la enorme importancia del medio social sobre los síntomas individuales; como ya se dijo en este trabajo, ellos demostraron cómo,

cuando dos miembros del personal estaban en desacuerdo con el "plan terapéutico" de un determinado paciente y cada uno de -- ellos pensaba tener la razón, el paciente presentaba crisis severas. Al discutirse y ventilarse abiertamente el conflicto con la intervención de un tercero imparcial, cedían los síntomas del paciente.

Posteriormente Stanton y Schwartz pudieron observar que cuando varios pacientes presentaban crisis esto coincidía con tensiones en todos los niveles de la institución. En la época de la post-guerra, el hospital en estudio (Chestnut Lodge) -- tuvo que hacer modificaciones en su estructura administrativa por problemas económicos, lo que motivó que se redujera el personal en el momento en que había una mayor afluencia de pacientes; la situación generó resentimiento en el personal que no se sentía incluido en la toma de decisiones, iniciándose entonces un período caracterizado por alejamiento del trabajo lo que a la vez repercutía en síntomas personales del equipo, y por supuesto de los pacientes. Ante la situación alarmante, las autoridades se vieron obligadas de restaurar el equilibrio, superándose así las crisis aparentemente individuales.

Sin embargo existen numerosas publicaciones sobre Comunidades Terapéuticas que han cerrado; todas ellas parecen -- presentar este último tipo de crisis que se padece a lo largo

de años y que finalmente determina la muerte de la institución.

Roberts (1980) analiza lo que él denomina el "Proceso destructivo en la Comunidad Terapéutica"; por su parte afirma que dicho proceso puede ser muy reducido y concretarse a un individuo a bien ampliarse a un grupo o a toda la institución. Enfatiza, de acuerdo a los supuestos básicos de Bion, las dos fantasías básicas que suelen emerger en las comunidades y que de no interpretarse son potencialmente destructivas: la fantasía mesiánica de la comunidad que va a transformar la sociedad, y la fantasía de la comunidad ideal que será la mejor de todas; recalca el hecho de que son inconscientes y se basan en la idealización del líder y la negación de conflictos existentes. La presencia de estas fantasías es habitual y enfatiza que pueden ser manejadas --- adecuadamente. No obstante, de no hacerse, la comunidad como un todo puede enfermar; Roberts afirma que esto ocurre cuando la comunidad como un sistema total altera su relación con el entorno social lo que da como resultado que se presenten tres tipos de enfermedad que él denomina: autólisis, cristalización y encapsulación.

La autólisis es el resultado del rompimiento de los límites internos que proveen de congruencia al tratamiento y que permite diferenciar al equipo de los pacientes; el resultado es un grupo amorfo, indiferenciado entre sí y el ambiente externo lo que puede conducir a la muerte del mismo.

La cristalización es el proceso opuesto: se rigidiza el sistema en forma extrema y el hábito toma el lugar de la creatividad.

La encapsulación se presenta cuando la comunidad cesa de interactuar con los suprasistemas del exterior; el resultado es un cuerpo extraño en un medio hostil.

Aquí cabe recalcar que las presiones externas a la institución tienen una gran importancia sobre la comunidad; Manning aporta el punto de vista sociológico sobre las crisis y el colapso en las instituciones; afirma que la estabilidad en las instituciones es el resultado del apoyo externo y la cohesión interna. Enfatiza que el manejo que realiza el líder o sus representantes cuando algunos de estos dos factores se altera, determina la sobrevivencia de la institución; sin embargo dice: "no hay duda que aún el líder mas efectivo puede ser incapaz de resistir el impacto combinado de la desorganización interna y la presión externa" (Manning, 1980, p. 157).

Diversos estudios de casos sobre crisis en Comunidades Terapéuticas muestran el hecho irrefutable de la presencia de estos tres factores; eventualmente algunas han llegado a cerrar; como ejemplo se proporciona un estudio publicado sobre las crisis de la primera Comunidad Terapéutica que existió en México (Athie Rohl, 1978). Del extranjero existen otros casos: Bierenbroodspot (1980) de Holanda, Hinshelwood (1980) de Inglaterra, Van Kasbeek (1980) de Holanda.

En nuestra ciudad el primer hospital que funcionó como Comunidad Terapéutica fué el Instituto Psiquiátrico de la ciudad de México; dicha institución estaba ubicada en una colonia residencial del Distrito Federal y se basó en el mismo modelo de Comunidad Terapéutica que se usaba en Austereach, E.E.U.U., contando con su apoyo técnico, administrativo y económico. El equipo estaba integrado por psicoanalistas, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. Tenían un programa estructurado con:

- 1.- Asambleas comunitarias diarias en donde se discutían los problemas cotidianos de convivencia.
- 2.- Una asamblea semanal con todo el personal y los pacientes en la cual se decidía la medicación y el médico que se iba a responsabilizar por ella.
- 3.- Una asamblea semanal con todo el personal y los pacientes para discutir sobre las salidas de los últimos.
- 4.- Una asamblea semanal conjunta de personal y pacientes para decidir el nivel de permisibilidad física en la que podía moverse el paciente que podía estar, desde recluido en el cuarto de aislamiento, hasta en hospital de día.
- 5.- Grupo de pacientes, 3 veces por semana, que era coordinado por un psiquiatra, una psicóloga y la enfermera.
- 6.- Terapia ocupacional enfocada a fines de rehabilitación.

7.- Grupo de familiares y pacientes: La modalidad era reunir a los padres y a todos los pacientes una vez por semana y manejar la dinámica.

8.- No había terapia individual, salvo que algún paciente la --hubiese tenido previamente fuera de la institución; o bien en casos de emergencia extrema.

9.- Una junta clínica semanal para intercambiar información y tomar decisiones sobre el caso tratado.

Sólo se ha publicado un estudio observacional sobre dicha institución, realizado por la Dra. Attie Rohl (1978), quien se planteó las siguientes hipótesis:

- 1) En una Comunidad Terapéutica la comunicación abierta es un factor de suma importancia para poder establecer y mantener este sistema, o sea, para poder aplicar los principios y bases que lo fundamentan; estos son: liderazgo múltiple, toma de decisiones por consenso, responsabilidad compartida y aprendizaje social.
- 2) El supeditar el objetivo terapéutico a otros, como el económico o de prestigio, entraña un cambio de concepción de la enfermedad mental y del tratamiento que lleva al deterioro en el logro de los ya mencionados objetivos.

3) Intentaba mostrar cómo la no resolución de una crisis en una institución de ésta índole puede desembocar paulatinamente en un desinterés de parte de los miembros del personal en lo que es trabajar en una Comunidad Terapéutica; este desinterés lleva a adoptar un rol rígido y definido tal como se espera de aquellos que trabajan en un sistema manicomial tradicional.

4) Las hipótesis que formuló en relación al personal fueron:

a) La deserción del personal fué debida, más que al tipo de contacto con los pacientes, al tipo de contacto que se estableció con las autoridades y con la institución.

Precisó esta hipótesis:

El personal que recibía órdenes de una sola persona no veía la necesidad de salirse del trabajo.

5) Hechos aparentemente insignificantes como:

a) La disposición y la utilización de los lugares (puertas abiertas o cerradas, llaves, etc.)

b) Listas del personal de diferentes épocas pueden revelar mucho en lo que concierne a:

1) El ambiente de una institución.

2) La organización y la estructura de esta institución.

Para comprobar sus hipótesis, la Dra. Attie Rohl utilizó los siguientes métodos:

- 1) Observación directa
- 2) Un análisis de las listas del personal que correspondían a tres diferentes épocas del hospital que denominó:
 - 1° Epoca de inicio o de oro
 - 2° Epoca de crisis
 - 3° Epoca de las entrevistas cercana a la época de cierre del hospital.
- 3) Entrevistas con el personal para validar o refutar las hipótesis.

A través de este estudio observacional fué posible corroborar las hipótesis y llegar a las siguientes conclusiones:

La Comunidad Terapéutica funcionó como tal mientras predominó el objetivo terapéutico y el principio de comunicación abierta. La comunicación abierta fué perdiendo su interés a medida que las preocupaciones de la institución fueron cambiando; como hecho de fundamental importancia estuvo la decisión del director general de irse en una época de aparente apogeo. En este momento la comunidad y sus autoridades se sienten amenazadas y empiezan a predominar objetivos económicos y de prestigio, considerándose un lujo la comunicación. Se centraliza el tratamiento en el médico psiquiatra,

para evitar pérdidas de tiempo y tener control de la información. Al no poderse ofrecer cuidados suficientes en un ambiente abierto se vuelve al tratamiento tradicional de sujeción por medio de medicinas y puertas cerradas.

En vista de la falta de preparación de los psiquiatras en asuntos administrativos, el liderazgo de la comunidad tuvo que dividirse entre dos personas, lo que entrañó una división dentro del personal mismo en dos categorías; esto repercutió en una situación donde nadie parecía asumir la responsabilidad por los hechos y en donde se culpaban unos a otros con la subsecuente respuesta institucional del chivo expiatorio.

La Dra. Attie Rohl concluye en que pudo observar el auge y deterioro de una Comunidad Terapéutica y que ésta parece ser una experiencia mucho más difícil de realizar con éxito ya que este método representa la necesidad de un mayor esfuerzo a nivel personal e institucional. Valora este primer esfuerzo, hace hincapié en el aspecto económico que llevó a su cierre niega que la causa esté en la falta de preparación ya que ella considera que lo valioso está en la disposición a comprometerse e involucrarse en este tipo de trabajo, y finalmente señala que un factor determinante en el desarrollo de una Comunidad Terapéutica es el social ya que en el país existe una laguna en el sistema actual de enseñanza que responde a una exigencia de la sociedad contemporánea en donde existe una tendencia a producir personas especializadas en

determinado sector del conocimiento y que omite en gran medida un entrenamiento adecuado para realizar un trabajo en un equipo interdisciplinario. Para terminar, la Dra. Rohl puntualiza la pregunta de ¿para qué se quiere formar un personal psiquiátrico?, debe derivarse de la respuesta a otra pregunta: ¿qué queremos hacer con los locos?

2.4 LA INVESTIGACION SOBRE LOS TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES EN INSTITUCIONES.

La mayor parte de la bibliografía sobre Comunidades Terapéuticas versa sobre las bases teóricas, a las que hicimos referencia en páginas anteriores y también se refiere a reflexiones sobre experiencias concretas y su influencia en los pacientes y en el personal.

El movimiento de las Comunidades Terapéuticas se inició como un experimento; en los primeros años la investigación era parte fundamental de la aproximación total, ya que permitía el que se obtuviera apoyo y financiamiento. La intervención experimental de Bion en "Northfield" fue designada específicamente como investigación; Maxwell Jones también utilizó valiosas técnicas de investigación. Pronto quedó establecido la eficacia de este nuevo modelo: la Comunidad Terapéutica, lo que posteriormente ha llevado a actitudes de "defensa de la nueva fe". (Hinshelwood and Manning, -- Ed., 1979, p.291).

Sin embargo, existen varias razones de peso que limitan las posibilidades de investigación; la más aparente es la dificultad implícita de un campo tan complejo como la Comunidad Terapéutica. --- Kennard plantea el desánimo debido a varios factores, y enfatiza la presencia de una actitud generalizado que diría: "no nos puede proporcionar información útil, ya que hay demasiados factores involucrados que dificultan un análisis por separado de ellos" (Hinshelwood and Manning, Ed., 1979, p.297). Los múltiples estudios de seguimiento al alta difícilmente proporcionan información totalmente válida, plantea Kennard. Pero quizá el mayor dilema en este tipo de estudios estriba, según Manning, en que "a menos que las técnicas para inducir cambios puedan ser descritas en suficiente detalle para reproducirlas, entonces el conocimiento de que una cosa desconocida es -- efectiva, no nos es muy útil". Por su parte, después de muchos años de experiencia lleva a cabo una amplia revisión documental y señala que "las Comunidades Terapéuticas presentan características particulares con respecto a la metodología de investigación" por lo siguiente:

- 1) Las C.T. son multidimensionales y la investigación a menudo diseñada investiga una sola dimensión.
- 2) En las C.T. se combinan esfuerzos para el cambio tanto intrapsíquico como conductual ..
- 3) Hasta ahora la mayoría de los estudios han sido -- descripciones y análisis del proceso mas que de -- seguimiento.

- 4) Las C.T. poseen múltiples metas, en la cual el seguimiento es sólo una de ellas: estas metas han cambiado, y continúan haciéndolo (Hinshelwood and Manning Ed., 1980, p.311).

Sin embargo, existe otro tipo de dificultades a las que escasamente se hace referencia y que tiene que ver con el rechazo a la investigación social por parte de los directamente involucrados y en especial, de las autoridades del hospital. Así ocurrió respecto a las dos investigaciones que actualmente se consideran pioneras en el campo de la Comunidad Terapéutica, la de Rapoport (1960) y la de Stanton y Schwartz (1954) a las que ya se ha hecho referencia; en ambos casos se presentó oposición de las autoridades para la publicación de los hallazgos, y hubo de esperarse algunos años hasta que se llevaron a cabo cambios en la administración del hospital. Ello parece ser una defensa anticipada contra la crítica y en mucho se debe a que los errores que se llegan a plantear son generadores de temores de persecución y no vividos como información valiosa que permite mejorar y ampliar el conocimiento. Las más de las veces se consideran errores personales, dice Manning, sin comprender que esto se da en la mayoría, sino en todos los hospitales. Por ello Rapoport y Manning han resumido en cinco máximas las sugerencias para evitar la hostilidad -- hacia el trabajo de los investigadores en las Comunidades Terapéuticas:

- 1.- La utilización y difusión de la investigación social involucra procesos diferentes pero interrelacionados.
- 2.- Los cambios que ocurrirán como consecuencia de la utilización de un estudio de investigación aplicada se realizarán si la formulación de la investigación se ha hecho en equipo y si los resultados se plantean como feedback interaccional.
 - 2a.- Si esto no se hace así, se puede esperar un fenómeno de rechazo.
 - 2b.- El rechazo no significa que no se aceptan algunos aspectos de la investigación, particularmente si hay individuos que median en el grupo acción.
- 3.- La difusión de la investigación sobre una base más amplia retarda la utilización de los hallazgos en el grupo acción.

Manning y Rapoport concluyen que la investigación, característica básica de los inicios de la Comunidad Terapéutica ha sido abandonada por tres razones básicas:

- 1) Las presiones externas para que los esfuerzos se concentren en proporcionar un servicio regular y no desvían la atención en algo secundario como la investigación.
- 2) La sensación interna de que las ideas básicas han sido suficientemente probadas.
- 3) El rechazo a las investigaciones sociales (Hinshelwood y Manning Ed. 1979; p. 292).

Quizá por todo lo anterior, las publicaciones recientes dirigen sus esfuerzos a teorizar y reflexionar sobre los enfoques adoptados en los distintos países y en especial a los problemas que se presentan en las Comunidades Terapéuticas, realizados en base a estudios -- observacionales minuciosos. Esta metodología, pertinente en un campo tan complejo como el de la Comunidad Terapéutica, no implica que los hallazgos no sean válidos sino que difícilmente podríamos repetir, controlar o generalizar lo planteado en los diferentes estudios, por la especificidad de cada Comunidad concreta.

Existen sin embargo múltiples estudios de seguimiento de pacientes una vez dados de alta que intentan precisar el beneficio que obtiene el paciente psicótico a través de las diversas técnicas psicoterapéuticas y que nos proporcionan información valiosa; sin embargo la mayoría presentan fallas de algunas de las siguientes categorías:

1.- Tiempo insuficiente de tratamiento.

Por su naturaleza, los tratamientos psicosociales no presentan cambios dramáticos en un tiempo breve. Así Hogarty y asociados por ejemplo no encontraron efectos benéficos significativos de una psicoterapia hasta que los pacientes habían completado 18 meses de tratamiento; éstos efectos se hacían más pronunciados hacia los 25 meses (Hinshelwood y Manning, Ed., 1979).

2.- No se define adecuadamente las características de la intervención psicosocial, así más adelante abordaremos estudios en donde por ejemplo se evalúa la terapia de grupo a través de investigaciones en donde un experto maneja una dinámica que posteriormente es evaluada a través de un seguimiento que mide el ajuste vocacional. Muchos estudios no clarifican que clase de psicoterapia está teniendo lugar, o bien no se le dá importancia al hecho de que la terapia la lleven a cabo terapeutas expertos o novatos en este tipo de terapia lo que puede arrojar muy diferentes resultados, y por lo tanto hacer llegar a conclusiones muy distintas.

3.- Uso inadecuado de medidas de seguimiento.

Desgraciadamente, la rehospitalización sigue teniendo un lugar prominente como medida de seguimiento de los efectos benéficos de un determinado tratamiento; sin embargo, es sabido que hay muchos factores que afectan la rehospitalización, como pueden ser: las políticas administrativas, la imposibilidad de tener acceso a recursos no hospitalarios de cuidado, el clima emocional de la familia etc. Cabe señalar sin embargo, que otros criterios de salud son menos acceptables en su mayoría: dichos criterios ponen el énfasis,

por ejemplo, en la "productividad", de manera que un paciente puede ser considerado "curado" si está trabajando, sin importar que presente delirios o esté alucinando (Miche, 1980).

A pesar de lo planteado considero relevante sintetizar estas investigaciones.

2.4.1 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

El uso de tratamiento individual con psicóticos surge del movimiento psicoanalítico, fué creciendo paulatinamente y su mayor auge se dió de 1950 a 1960. Sin embargo, fué muy poco lo que hizo en hospitales y su impacto fué mayor por la calidad en los resultados y no por la cantidad, además de que en la gran mayoría no se realizaron investigaciones sistemáticas que incluyeran seguimiento.

Paulatinamente el entusiasmo fué decreciendo al aparecer las drogas y disminuir la influencia del psicoanálisis. En los años 60's hubo cuatro investigaciones principales, donde se comparaba la psicoterapia individual con otro tipo de tratamiento.

- 1.- Grinspoon y colaboradores (1975) estudiaron un grupo de esquizofrénicos crónicos, varones y solteros que habían estado hospitalizados por más de tres años y que fueron tratados por terapeutas expertos en psicoterapia psicoanalítica.

- 2.-May (1968) reportó un estudio con esquizofrénicos de primera admisión y regular pronóstico, tratados con psicoterapia de apoyo al yo, realizada por residentes en un hospital estatal.
- 3.-Karon y Vandebos (1970) estudiaron esquizofrénicos agudos de clase social baja, ciudadanos, de primera admisión, a quienes se les dió análisis directivo o análisis del Yo, tanto por terapeutas inexpertos como por expertos.
- 4.-Rogers y colaboradores estudiaron a esquizofrénicos agudos y crónicos, tratados con "terapia centrada en el cliente" -- dada por terapeutas expertos (Citado en Mosher y Keith, - 1979).

El decaimiento del entusiasmo sobre la eficacia de la terapia individual se ilustra con un hecho: en 1960 se consideraba falto de ética tener un grupo control que no recibiera psicoterapia individual, mientras que para 1968 la situación se invertía y se consideraba así, el únicamente proporcionar este tipo de tratamiento, evitando de esta manera que el paciente obtuviera beneficios con el uso de medicamentos u otras técnicas terapéuticas. Respecto a los resultados, los primeros dos estudios, el de Grinspoon y el de May reportaron resultados negativos y tuvieron gran influencia en el medio, vistos retrospectivamente es posible hacer críticas serias sobre sus diseños (Karon y col., 1970; Mosher y Keith, 1979) lo que no permite llegar a conclusiones definitivas; el -- primer estudio se llevó a cabo con pacientes sumamente crónicos, en el segundo se trataba de pacientes no crónicos pero tratados por terapeutas sin experiencia y el tratamiento se llevó a cabo por --

un período breve que en total daba un promedio de 48 horas por paciente lo que implicaría de 10 a 15 semanas de duración. Los otros dos estudios de Karon y Rogers obtuvieron mejores aunque no definitivos resultados.

Posteriormente se han realizado cuatro estudios mas para comparar la terapia individual con la grupal con poblaciones heterogeneas de esquizofrénicos; en términos del criterio de rehospitalización, tres mostraron que la terapia individual y la de grupo daban resultados similares y uno de ellos encontró ventaja en la de grupo; los dos estudios que midieron el ajuste social encontraron resultados opuestos, uno en favor de la terapia individual y otro a favor de la grupal (Citados en Mosher y Keith, 1979). En general, estos estudios también padecen problemas de diseño, en especial en cuanto al control de medicamentos, evaluaciones sobre si realmente se estaba llevando a cabo una terapia y sobre el uso de medidas de seguimiento adecuadas. Los datos parecen indicar que la terapia de grupo tiene alguna ventaja sobre la terapia individual, tanto en términos de los pacientes como de la gratificación obtenida que expresan los terapeutas; sobre todo en los casos más crónicos.

Afortunadamente, en la actualidad se están llevando a cabo estudios más sistemáticos en el Hospital M.C. Lean y la Universidad de Boston bajo la dirección de A. Stanton y Peter Knapp en --

donde parece que se reducen al mínimo estas variables que distorsionan la información.

2.4.2 PSICOTERAPIA DE GRUPO

Como ya se mencionó en los antecedentes históricos, la psicoterapia de grupo ha surgido de la observación de que los pacientes podían beneficiarse unos a otros; el tratamiento de la psicosis a través de grupos se ha diversificado de varias formas: terapia de apoyo, terapia orientada psicodinámicamente y grupos de actividades. Los objetivos principales actualmente están orientados a facilitar el insight de los problemas personales e interpersonales; la mayor parte de la literatura indica no obstante, que la mayoría de las terapias pretende ofrecer apoyo y ayudar al paciente a desarrollar habilidad en establecer relaciones sociales: como iniciar y mantener una amistad, etc.

Debido a que la mayoría de los estudios no tuvieron controles adecuados y fueron hechos con pacientes que estuvieron poco tiempo en tratamiento, se hace difícil extraer conclusiones firmes. Las Comunidades Terapéuticas en el extranjero casi -- siempre proporcionan diversos tipos de tratamiento: terapia ocupacional y recreacional, musicoterapia, medicación, etc.; la psicoterapia de grupo viene a ser un agregado más al tratamiento --

institucional y no un tratamiento exclusivo. Parloff y Dies (1977) revisaron seis estudios donde se comparaba a personas que recibían terapia de grupo con aquellos que no lo hacían. De los seis estudios cuatro no revelan ningún cambio significativo atribuible a la psicoterapia de grupo, los otros dos estudios sí muestran -- mayores beneficios y son estudios más sistemáticos y mejor diseñados en comparación a los cuatro primeros en términos de experiencia de los terapeutas y duración del tratamiento.

Por otro lado, cinco de los estudios prueban que la combinación de la terapia de grupo con tratamientos de otro enfoque daba mejores resultados que usándola sola; estas combinaciones pueden ser con: a) drogas neurolépticas; b) Feedback con video tapes; c) actividades comunitarias y d) interacción social --- diádica.

Integrar los resultados de estos dos tipos de estudios es difícil por diferentes razones: los grupos de pacientes a menudo no son comparables, las medidas de seguimiento difieren mucho entre sí y a veces no precisan los resultados específicos que se espera del tratamiento, además de que muchos de los estudios se hacen en base a períodos de tratamiento cortos. Esto último cobra relevancia, en especial cuando los sujetos son pacientes muy crónicos, como es el caso de cuatro de los seis estudios; es importante recalcar que se encontraron resultados positivos en aquellas investigaciones que fueron planeadas más cuidadosamente y que definían con claridad las actitudes y conductas que

se pensaba cambiar, así como las formas para evaluar dichos cambios.

Por otra parte, en la actualidad, muchos de los tratamientos para psicóticos se realizan a través de tratamientos externos: hospital de día, consulta externa, hogares intermedios (Halfway-houses); la psicoterapia de grupo ha sido ampliamente utilizada para auxiliar al paciente a reincorporarse a su comunidad.

Existen seis estudios principales (Parloff y Dies, 1977) sobre la psicoterapia de grupo utilizada en pacientes después de la hospitalización; en estos estudios no se encontró mejoría en términos de índices de rehospitalización o en ajuste vocacional. En realidad, esto no debería extrañarnos puesto que no tenemos que esperar mejorías espectaculares de terapias que se plantean como objetivo primordial el promover una adecuada elección vocacional y la socialización, ya que en este sentido dos de los tres estudios lograron mejoría con la terapia de grupo. Aquí cabe señalar que el estudio que arroja resultados negativos en este aspecto fué uno que realizó la evaluación a través de los familiares, mientras que los otros dos estudios fueron hechos en base a evaluaciones hechas entre los mismos pacientes y los terapeutas, reportando éstos mejores resultados. En este sentido es importante tomar en cuenta que las investigaciones conducidas por O'Brien y colaboradores (Citado en Mosher y Keith, 1979) reportaron sentimientos más favorables acerca de la experiencia del tratamiento en grupo, -

comparada con la terapia individual, tanto para los terapeutas como para los pacientes. Estos afectos afiliativos, son muy importantes y necesitan ser investigados, ya que en mi opinión pueden ser muy significativos para aquellos que trabajan con pacientes crónicos.

También es muy necesario realizar estudios comparativos de la psicoterapia individual y grupal en casos agudos; Mosher y Keith (1979) plantean que los pacientes deben iniciar su terapia después que han superado su crisis aguda pero aún estando hospitalizados y continuarla por un período de por lo menos seis meses después del alta del hospital. Aunque personalmente disiento, considero que el diseño de la investigación debería incluir un grupo de pacientes que utilice drogas neurolépticas y uno que no lo haga, con muestras amplias que permitan distinguir qué tipo de pacientes responde mejor y no perder de vista que las técnicas de grupo utilizadas y el marco teórico preestablecido son de relevancia fundamental.

2.4.3 PSICOTERAPIA FAMILIAR

Aunque la terapia familiar está sumamente difundida, sólo me fué posible localizar tres investigaciones controladas con esquizofrénicos, que se realizaron con pacientes agudos sometidos a una terapia breve de 6 a diez sesiones; Rotrocks y asociados (1977) compararon diez sesiones de terapia familiar con pacientes internados, centralizada en promover una clara comunicación e intercambiar el balance de relaciones mal adaptativas, de manera que pudieran sur-

gir formas nuevas, más adaptativas, con un programa de terapia individual que se enfocaba a ayudar al paciente en el desarrollo de soluciones de problemas de la vida cotidiana.

Goldstein y asociados compararon seis sesiones de terapia familiar que comenzaban inmediatamente después del alta de un tratamiento hospitalario convencional que utilizaba drogas neurolépicas; la terapia familiar tenía cuatro metas fundamentales: 1) promoover la aceptación de la psicosis del paciente 2) identificar las tensiones precipitantes de la misma 3) tratar de vislumbrar los sucesos futuros que pudieran llegar a provocar tensiones similares 4) desarrollar estrategias para evitar, minimizar y sobrellevar estas tensiones (citado en Mosher y Keith, 1979).

Cada estudio de terapia familiar tiene ventajas sobre el tratamiento con el cual fué comparado; Langsley et al (Citado en Mosher y Keith, 1979) concluyeron que la intervención en la crisis familiar podía ser efectiva para prevenir la hospitalización de esquizofrénicos, pero en un seguimiento a los 18 meses se vió que no había una mejoría significativa.

Rotrock y colaboradores (1977) encontraron que la terapia familiar estaba asociada a menos readmisiones y a un más rápido retorno al funcionamiento en la comunidad comparada la terapia individual; sin embargo, ellos no pudieron identificar ninguna

diferencia clara y consistente entre los dos tratamientos. Por su parte Golstein y asociados encontraron diferencias significativas que favorecían la terapia de la familia hacia el final del tratamiento en términos de reducción de síntomas y ajuste psicosocial. No obstante, al término de seis meses, sólo aquellos que previamente se había considerado que tenían un buen pronóstico estaban funcionando significativamente mejor que los del grupo control.

Cooper (1976) realizó en 1962 una investigación sin un grupo control, con esquizofrénicos no crónicos cuyo tratamiento -- incluía:

- 1.- clasificación y desmontaje de las pautas de comunicación que se consideraron "esquizógenas" dentro de la familia, 2) clasificación y desmontaje similares de las pautas de comunicación "esquizógenas" entre pacientes y entre personal y pacientes, 3) continuidad del trabajo personal con la familia durante y después de la estadía del paciente en el hospital 4) no se emplearon electrochocs, ni lobotomía. Los pacientes recibieron dosis de tranquilizantes relativamente pequeñas y el 25 % no las recibió en absoluto; después del alta, algunos continuaron con su uso. Los pacientes fueron seleccionados y bien diagnosticados, en términos de evitar otro tipo de patología; la terapia familiar era obligatoria y el promedio de duración del

tratamiento fué de 3 meses. Los resultados obtenidos fueron positivos encontrándose que un año después, sólo el 17 % había requerido rein ternamiento en comparación con otros estudios cuyos datos eran del 19 al 52 % de pacientes rehospitalizados al año de alta en Inglaterra; pero sobre todo, fueron capaces de tener una adaptación social adecuada pudiendo la mayoría convivir con su familia y ser capaces (el 70%) de trabajar y ganarse su sustento durante todo el año posterior al alta.

Es así como en términos generales se han obtenido buenos resultados con el uso de la terapia familiar; cabe resaltar que estos estudios están basados en terapias de corta duración, por lo que valdría la pena que se realizaran estudios con terapias de por lo menos 12 meses de plazo y compararlos con otros tipos de terapias.

2.4.4 TERAPIA DEL MEDIO AMBIENTE

En la última década ha habido un marcado interés en definir, clasificar e investigar qué es lo que constituye un medio ambiente terapéutico; se han elaborado distintas tipologías del medio ambiente, y que se derivan de nuevos instrumentos diseñados para evaluar las características ambientales; difieren en sus indicaciones para los diferentes tipos de pacientes: agudos o crónicos. Moss (1980) ha encontrado que los pacientes agudos se han recuperado más en ambientes

con un equipo altamente aceptante que apoya al paciente en un ámbito que reduce los estímulos al principio de la hospitalización con estas - días relativamente largas (de 3 a 5 meses), en donde las intervenciones psicosociales son vislumbradas como algo positivo.

Además, se encontraron cuatro características asociadas a un mejor ajuste psicosocial posterior a la hospitalización, en pacientes relativamente agudos; estas características han sido identificadas gracias al desarrollo y uso de un instrumento sistemático llamado MEAP (Multiphasic Environmental assesament Procedure, 1979)*

Estas características son: 1) ambientes de tamaño pequeño 2) expectativas positivas del equipo 3) tendencia del equipo a un involucramiento activo a la participación en el proceso del tratamiento y a la toma de decisiones (lo que resulta en una moral alta) y 4) una orientación práctica "con los pies en la tierra" que busque la solución de problemas (Moss, 1980).

Algo que ha satisfecho es que estas características importantes del ambiente se hayan podido finalmente corroborar muy recientemente por cierto, ya que a pesar de los múltiples estudios llevados a cabo previamente no se encontraba una correlación directa entre las características del medio hospitalario y la adaptación post-hospital en los pacientes agudos.

*El Dr. Moss tuvo la amabilidad de enviarme un ejemplar que se encuentra a disposición de las personas interesadas.

En la actualidad hay tres estudios recientes que han demostrado que pueden obtenerse iguales o mejores resultados en el tratamiento de psicóticos agudos sin el uso de drogas neurolépticas, si se utilizan ambientes terapéuticos específicos; éstos resultados son opuestos a los que reportaron ineficacia del uso de ambientes especiales sin drogas. También revisten especial importancia debido a las investigaciones que muestran evidencia de efectos tóxicos en el uso de drogas neurolépticas a largo plazo por ejemplo: disquinesia tardía o cáncer del pecho; esto significa que es importante realizar estudios específicos que permitan precisar las características exactas del medio idóneo para un determinado tipo de pacientes ya que esto hará posible minimizar el uso de neurolépticos.

En contraste a lo que es considerado como un "buen ambiente" para pacientes psicóticos agudos, los pacientes crónicos parecen necesitar de otro tipo de medio; estos pacientes presentan una mejor respuesta ante ambientes muy estructurados, altamente organizados, con expectativas altas y orientados a la modificación conductual, en suma, los pacientes crónicos responden mejor cuando los cambios se buscan propositivamente y los procedimientos para lograrlos están clara y específicamente definidos (Abruzzi, 1979); también existe evidencia de que los tratamientos con drogas neurolépticas interfieren con la habilidad de algunos pacientes muy crónicos para

aprender conductas nuevas, más adaptativas y socialmente más aceptadas (Mathews et al, 1979).

Para los pacientes crónicos el ajuste posthospitalario parece estar relacionado con el grado en que el ambiente de la institución tenga un enfoque conductual y con incentivos que tiendan a suprimir conductas sintomáticas y mal adaptativas (Beitlen, 1979).

Por otra parte es importante que estos pacientes crónicos continúen con el programa después de la hospitalización; con estas técnicas se ha encontrado que es posible dar de alta al 90% de este tipo de pacientes, con sólo un 5% de rehospitalización en los siguientes dos años y aunque sólo el 10% de ellos fué capaz de vivir en forma totalmente independiente, sí son capaces de cubrir sus necesidades básicas de alimentación, socialización y recreación.

Los resultados de las distintas investigaciones sobre la importancia de el medio ambiente son contundentes y encomiables por su consistencia, su replicabilidad, su relevancia clínica y porque pueden ser implementados válidamente en diversos lugares.

2.4.5 REHABILITACION

Los servicios de rehabilitación psicosocial se iniciaron cuando un grupo de antiguos pacientes de un hospital mental estatal se reunió en Nueva York a fines de 1940 y llegaron a tener

una gran fuerza al representar las necesidades de la población esquizofrénica. La meta general es la reintegración de los psiquiátricamente incapaces a través de la conservación y aumento del nivel de independencia que hayan podido alcanzar; en general los programas se han enfocado al desarrollo de apoyo social y a la capacitación para que el enfermo pueda llevar una vida independiente.

Los resultados de las investigaciones con poblaciones de pacientes crónicos han subrayado la necesidad de llevar a cabo programas de rehabilitación debido al alto porcentaje de recaídas. Una extensa revisión de los hallazgos de las investigaciones realizada por Anthony y colaboradores (1978) mostró una línea-base de readmisión de 30% a 40% después de 6 meses; de 35 a 50% al año y de 60 a 75% después de 3 a 5 años. En lo relativo al desempeño laboral este estudio indica que en E.E.U.U. sólo de un 10 a un 30% de los enfermos logran empleo independiente después de haber estado hospitalizados; desafortunadamente, existen muy pocos estudios controlados sobre el impacto de los centros de rehabilitación en lo relativo al empleo y las recaídas.

Beard y colaboradores (Citado en Mosher y Keith, 1979) reportaron un estudio de seguimiento de 5 años que mostró que con un programa activo durante los primeros dos años, los pacientes de "Fountain House" tuvieron un menor porcentaje de rehospitalización que aquellos del grupo control; también indican que en la medida

en que los pacientes tenían más contacto con el programa de rehabilitación, se obtenían mejores resultados.

2.4.5 SISTEMAS DE APOYO DE LA COMUNIDAD

La última década ha visto la gradual aparición de una interesante variedad de recursos comunitarios que tomados en su totalidad proveen un apoyo importante a los pacientes psiquiátricos; se han identificado al menos diez diferentes elementos potenciales de programas de apoyo comunitarios; éstos incluyen departamentos por cooperativa, hogares transicionales (Halway house) y centros de rehabilitación psicosocial. Estos sistemas de apoyo de la comunidad son el resultado, en parte, de la progresiva nuclearización de la familia e intentan proporcionar el apoyo que se ha perdido al disolverse las redes de la familia extendida (Jansen Ed., 1980).

Desgraciadamente, los recursos de la comunidad son todavía escasos, aún en el extranjero, ya que son el resultado del esfuerzo en el sector privado, de una o dos personas entusiastas, en respuesta a las faltas en el sistema de seguridad médico y social. La eficacia de estos programas, más allá de su importancia humanitaria, no ha sido comprobada ni está bien

establecida, aunque hay datos que surgen su obvia efectividad y sobre todo su necesidad; por ejemplo, el Estudio Internacional Piloto sobre esquizofrenia (Citado en Mosher y Keith, 1979) realizó una investigación longitudinal con 1000 pacientes en ocho países, con seguimiento post-hospitalario de 2 y 5 años. Encontraron con gran sorpresa que en países en vías de desarrollo (Nigeria, India, Colombia) había mejores resultados para los pacientes que en países desarrollados (E.E.U.U., Rusia, Inglaterra, Dinamarca, Checoslovaquia); aunque estos hallazgos se prestan a una gran variedad de interpretaciones, una puede ser la presencia de múltiples lazos familiares que protegen y apoyan a la persona en este tipo de sociedad. También se ha encontrado que muchas enfermedades médicas (no psiquiátricas) que parecen tener un origen - psicossomático se desarrollan más en las sociedades más --- complejas ya que están relacionadas con las tensiones del estilo de vida. Así, una explicación tentativa podría ser que en los países en desarrollo, aún cuando existen determinados niveles de tensión, hay una mayor protección para el individuo, que se da en forma natural. Las sociedades industrializadas de los países desarrollados, no parecen estar capacitadas para llenar las necesidades de tipo emocional del ser humano; este punto parece enfatizarse cuando tomamos algunos datos del Reino Unido (Cooper, 1978) que indican que: 1) el esquizofrénico experi-

menta una mayor tensión y un número mayor de cambios en su vida que otras personas, las tres semanas previas a la aparición de sus síntomas, y 2) ha tenido más de 36 horas, en una semana, de contacto cara a cara con padres o parejas sumamente hostiles y críticos que favorecen las recaídas. En las sociedades altamente desarrolladas, cobra gran importancia crear sistemas artificiales de apoyo de la comunidad, especialmente porque esto permitiría, de probarse su efectividad a través de estudios controlados, el tratamiento ambulatorio del paciente psicótico a un costo emocional y económico mucho menor.

2.5 CONCLUSIONES SOBRE LA BIBLIOGRAFIA REVISADA.

A través de este capítulo se plantea el desarrollo histórico de las Comunidades Terapéuticas y los fundamentos que se basan en el funcionamiento de una institución de acuerdo a principios básicos de democracia, convivencia, permisividad y confrontación con la realidad; dichos principios pueden ser aplicados en --diversas instituciones como cárceles, escuelas o fabricas, aunque actualmente se hace básicamente en hospitales.

Resulta evidente el incremento de datos científicos durante los últimos años, que resaltan la importancia de combinar diferentes recursos terapéuticos y utilizarlos de acuerdo a la

especificidad de cada caso. Paulatinamente han ido desapareciendo las tendencias a defender un sólo enfoque terapéutico para dar paso a una nueva apertura científica en donde se privilegia la obtención de buenos resultados a largo plazo.

Actualmente la dicotomía medicación versus psicoterapia tiende a desaparecer ya que se piensa que las drogas influyen sobre la formación de síntomas, los afectos desagradables y la conducta para modificarla de manera inmediata. La psicoterapia, en cambio, influye en las relaciones interpersonales y el ajuste social proporcionando resultados a largo plazo.

Por otro lado las diversas técnicas terapéuticas proporcionan resultados de acuerdo a sus objetivos: cambios intrapsíquicos, cambios en la sociabilidad, cambios en la estructura familiar, etc. La utilización de estas técnicas deberá hacerse de acuerdo al tipo de pacientes con que se trabajaba y los recursos de que se dispone, ya que imponer un modelo de tratamiento sin éstas consideraciones puede resultar no sólo en un fracaso, sino en resultados iatrogénicos.

Deseo enfatizar la importancia y necesidad de investigación más sistematizada, resultando alentadoras las cifras que han conducido de un 70% de pacientes rehospitalizados al año de haber sido dados de alta, a un 5% obtenido con las técnicas de modificación conductual. Estas técnicas al ser revisadas minuciosamente condu-

cen a resaltar la importancia del medio ambiente, ya que a través de ellas es posible convertir el caótico ambiente en que ha vivido el enfermo psicótico crónico, en uno predecible y congruente con el cual le es factible volver a relacionarse. Sin embargo el paciente borderline o el paciente que presenta un brote psicótico agudo requiere del ámbito tolerable, flexible y creativo que proporciona la Comunidad Terapéutica.

III EL INSTITUTO MENDAO

3.1 ANTECEDENTES

El Instituto Mendao es una institución creada para el tratamiento, la prevención, la enseñanza y la investigación de la psicosis; surge como resultado de la inquietud de investigar más sobre dicha enfermedad y del deseo de aplicar un modelo interdisciplinario en el tratamiento de este padecimiento.

Fué fundada por el Dr. Antonio Mendizábal Perez, el Dr. Sergio Mendizábal Amado, el Dr. Carlos Ortega y la autora, Psic. Mayling Mendizábal. Antes de su fundación se llevó a cabo, un seminario de estudios relativos a la psicosis en donde se supervisaban -- tratamientos de este tipo de casos. A raíz de la devaluación de 1976, el Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México* había cerrado por motivos económicos; existía desde entonces la inquietud de crear otra Comunidad Terapéutica, tanto por parte de los profesionistas del campo, como de familiares de pacientes que estaban siendo tratados en el extranjero; sin embargo, el costo económico del proyecto y la dificultad de encontrar un edificio adecuado, retrasan su cristalización.

En 1978 surge la coyuntura idónea; una familia ofrece una casa habitación lo suficientemente amplia como para llevar a cabo el proyecto; los esfuerzos se dirigen entonces a contratar personal con experiencia en el trato de pacientes psicóticos y a implementar la casa.

Mendao abre así sus puertas con un sólo paciente, el cuatro de abril de 1978; se contaba ya con un equipo de 16 personas: el director; el coordinador de Psiquiatría; la coordinadora del Internado, un médico psiquiatra, un médico internista, una terapeuta ocupacional, una psicóloga, un coordinador de grupo operativo, tres enfermeros, tres personas de servicios generales y dos personas que ofrecieron en aquel momento sus servicios en forma voluntaria y que actualmente son miembros del personal: una psicoterapeuta y una maestra de dibujo.

Paulatinamente Mendao se ha ido desarrollando y creciendo y en la actualidad afronta la responsabilidad de sistematizarse tanto en lo que respecta a lo administrativo, como a las premisas teóricas y las técnicas que se utilizan, para así poder trascender la labor psicoterapéutica y agregar las de docencia y la de investigación.

Una institución no surge de la nada; primordialmente nace como resultado de la necesidad social, de condiciones económicas, sociales, culturales y políticas que favorezcan su creación y desarrollo; en Mendao se está consciente de que se surge anta la gran necesidad -- social existente y se sobrevive gracias al apoyo de múltiples factores, grupos y personas que han colaborado con ella directa o indirectamente. No se pretende romper con los sistemas creados, sino que se aspira a conjugar en su seno diversas técnicas que, como ya vimos en el capítulo anterior, han resultado de utilidad.

Sin embargo, como en toda institución, prevalece lo dialéctico, por lo que es difícil hablar de lo sincrónico sin mencionar lo diacrónico; el movimiento es constante y Mendao no es hoy como fue ayer y seguramente será distinto en los meses futuros. Esta es una genuina aspiración que se pretende en toda Comunidad Terapéutica: el cambio. Por ello, al abrirse Mendao, ya estaba estipulado que funcionaría de acuerdo al marco de la teoría psicoanalítica y que se trabajaría con un equipo multiterapéutico; sin embargo, llegar a formular en equipo las bases teóricas, los lineamientos ideológicos y la organización -- administrativa ha llevado varios años y se considera una labor que debe reanudarse día a día, puesto que este es un campo en el que se espera una renovación constante de acuerdo a los avances de la ciencia y la experiencia.

3.2 UBICACION DEL INSTITUTO

Mendao ha atravesado en su corta vida, severas crisis para lograr sobrevivir, su existencia se ha visto amenazada, principalmente, por dificultades con los vecinos y las autoridades respecto a su ubicación, ya que es de todos sabido el rechazo que existe a convivir con este tipo de pacientes. Es así como a los pocos meses de fundado, se debió iniciar la búsqueda de un lugar que sí contara con posibilidades de permisos legales; en cuatro años, por diversas presiones, el Instituto se vio obligado a cambiar dos veces de edificio;

los primeros dos años estaba ubicado en una colonia residencial, por lo que hubo de trasladarse a una zona de clase media. Sin embargo, al mes de cambiados, se unen nuevamente los vecinos y exigen el desalojo de la casa.

El equipo de Mendao debió enfrentar una situación de repudio del enfermo mental por parte de los vecinos, ya que en los dos barrios, éstos manifestaron su inconformidad a las autoridades, por tener que convivir cerca de "locos". En el segundo barrio, incluso se hubo de concurrir a juntas en la delegación ya que los vecinos amenazaban con amedrentar a los pacientes, porque los consideraban peligrosos. Las autoridades advierten en esta ocasión que sólo permitirán este tipo de instituciones en zonas populares y no céntricas; los esfuerzos se centran, durante varios meses, a la búsqueda de una casa apropiada, debiéndose renunciar a encontrarla, por lo que en 1981 se decide comprar un terreno y construir un edificio en la Colonia Santa Fé. El actual edificio pretende tener la apariencia de escuela y/o casa; fué planeado con la intervención de los pacientes y el personal de la institución, quienes plantearon sus necesidades y aspiraciones; cuenta con cupo para 35 pacientes internados y 35 en hospital de día aunque rara vez alberga más de 25 en total.

3.3 PERSONAL

El personal ha variado por diversas causas; en la actualidad de los 16 que iniciaron el trabajo en Mendocino continúan seis, incluyendo las dos personas antes voluntarias. La población de la comunidad ha crecido mucho y actualmente hay 40 personas contratadas, 6 estudiantes, 16 pacientes internados y cuatro en hospital de día.

El personal cubre las siguientes funciones:

- Un director psicoanalista.
- Dos coordinadores, uno matutino y uno vespertino.
- Cinco psicoterapeutas.
- Seis médicos psiquiatras.
- Tres psicólogos encargados del área de promoción de la comunidad, terapia ocupacional y psicodiagnóstico.
- Cuatro enfermeros.
- Cinco personas de administración.
- Ocho personas de servicios generales.
- Una musicoterapeuta y terapeuta de movimiento.
- Una maestra de dibujo.
- Un coordinador de investigación y docencia.
- Un investigador y traductor
- Dos psicoanalistas supervisores de los grupos terapéuticos y de los grupos operativos.

El personal ha sido seleccionado minuciosamente a través de entrevistas y pruebas psicológicas para poder evaluar su capacidad para la tarea y para investigar si es capaz o no de tolerar el impacto del trabajo con psicóticos y los cambios que genera el laborar en una Comunidad Terapéutica. La mayor dificultad en cuanto al personal se ha presentado en el área administrativa y de servicios general

les ya que en su mayoría, el personal contratado resiente el estrecho contacto con personas psicóticas, lo que ha ocasionado una gran rotación en esta área. El trabajo administrativo en Mendao no es realizado aisladamente como en el hospital tradicional sino que se permite, favorece y promueve la participación e ingerencia de los pacientes en éstos aspectos; no es sencillo encontrar personal que desee compartir sus labores con personas psicóticas.

El personal en su mayoría trabaja medio tiempo y realiza funciones mixtas de su rol ya que se pretende flexibilidad y movilidad del mismo como más adelante explicaremos.

3.4 PREMISAS TEORICAS

Las premisas teóricas fundamentales surgen del marco de la teoría psicoanalítica y han sido desarrolladas y aplicadas por el Dr. Antonio Mendizábal a través de muchos años de experiencia, para -- posteriormente discutirse en equipo y modificarse o enriquecerse de acuerdo a la práctica en el Instituto. Actualmente no existe una -- teoría que explique completa y globalmente el complejo fenómeno de la psicosis del que pensamos es un fenómeno polideterminado y multifactorial cuya explicación exige múltiples abordajes teóricos de distinto nivel epistemológico que de manera parcial y fragmentaria acoten la acción de los diferentes factores (Mendizábal y Koltenuk, 1980); los factores que se piensa confluyen para generar la psicosis, son:

- 1.- Causas genéticas: hay un aumento de la pulsión de muerte que origina mas agresión, envidia y voracidad, con una disminución de la capacidad para tolerar el dolor y la frustración y una exigencia a veces insaciable dirigida a los objetos.
- 2.- Causas individuales: éstas son conceptualizadas de acuerdo al modelo desarrollado por Blon (1963) de la relación continente-contenido; según este modelo, el lactante proyecta una parte de su psiquismo, en especial sus emociones incontrolables que funcionan como contenido, en el pecho bueno-continente, para recibir las de vuelta desintoxicadas y poder tolerarlas. En el psicótico hubo una ausencia de un continente elaborativo eficaz durante las primeras épocas de su vida mental que como consecuencia de un "revertir" adecuado (la capacidad de la madre para absorber receptivamente con serenidad las ansiedades del lactante) le permitieran al individuo metabolizar sus angustias primitivas y desarrollar su capacidad simbólica y su aparato para pensar; por esto no hubo un pasaje adecuado de la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva, descritas por Melanie Klein -- (1948); esta situación no permitiría que el aparato mental del sujeto le provea de su propio sistema elaborativo.

- 3.- Causas familiares: el paciente es el exponente en el que se van a manifestar los fenómenos patológicos de una estructura familiar que puede tener alguna de las características siguientes: fenómeno de comunicación contradictoria o doble vínculo; confusión e inversión de los roles con ruptura del límite generacional; fenómenos de depositación o proyección masiva de conflictos grupales; predominio de los mecanismos de negación, -- escisión y proyección (identificación proyectiva); formación de alianzas para el ejercicio del control y el poder sobre el individuo y utilización de los hijos como satisfactores de las necesidades inconscientes patológicas de los padres.
- 4.- Causas sociales; hay factores ideológicos y sociales que influyen en la psicosis, como pueden ser la fragmentación de la información, el ocultamiento de las estructuras de poder, el cultivo de las tendencias narcisistas y autoritarias que justifican, con escalas de valores de clase, la discriminación, la descalificación, la exclusión, la explotación y la denigración del sujeto enfermo, lo que genera en él impotencia, parálisis y rencor. También afecta la presencia de factores políticos, --

económicos y sociales como el verticalismo, el hacinamiento, la desnutrición, la injusticia social, la violencia y la farmacodependencia que de diversas maneras generan inseguridad, privación y ataques a la libertad.

Es así como se entiende a la psicosis: como una enfermedad en el sentido de que la persona presenta incapacidad para tolerar los estímulos dolorosos, provenientes de la incongruencia entre su estructura mental y su medio familiar y social:

- a) sus impulsos y vínculos son predominantemente agresivos y su yo presenta una incapacidad para manejarlos y controlarlos; el psicótico ataca su pensamiento y deforma la realidad para adecuarla a su mundo interno.
- b) el psicótico es susceptible al mandato social a través de la familia, la que deposita en él la patología; esto es debido a que el individuo no ha logrado una independencia respecto a la estructura familiar a la que se somete, debido a su gran necesidad simbiótica, proceso que por -- supuesto es inconsciente.
- c) su gran sensibilidad lo lleva a prestarse a la incongruencia de los mandatos sociales y familiares, buscando por diversos medios su diferenciación hasta que paulatinamente la psicosis emerge como el único camino alternativo de modificar una realidad intolerable; claro está que esta

individuación no modifica el medio ambiente externo ni corresponde a una adaptación del sujeto a su realidad sino a una deformación que de cualquier modo, implica para el psíquico un sufrimiento enorme.

3.5 ELEMENTOS CONCEPTUALES REFERENCIALES Y OPERACIONALES DEL INSTITUTO MENDAO.

En 1981 se realizó un ejercicio de grupo operativo coordinado por el Dr. Juan Tubert con el objetivo de identificar los elementos conceptuales básicos y esenciales del marco conceptual teórico de Mendao para diferenciar los elementos esenciales, de los accesorios --- (Legorreta y Guzman 1981) llegándose a las siguientes conclusiones:

Los elementos esenciales, denominados el "E.C.R.O." de Mendao, -Esquema conceptual, referencial y operacional- (Pichon - Riviere, 1970) se pueden representar por una pirámide cuadrangular en cuyo vértice superior está la ideología institucional y en su base los cuatro vértices fundamentales desde los cuales se conciben los procesos de salud y enfermedad; éstas son:

- Teoría general de los grupos
- Teoría general de la familia
- Teoría general sobre Comunidad Terapéutica
- Teoría general psicoanalítica de la psicosis

El punto nodal del E.C.R.O. está basado en la teoría psicoanalítica. La ideología quedó entendida como una serie de valores indomables, pero aceptados por el equipo, que sirven como axiomas básicos para unir el pensamiento con la acción; entre ellos están: el humanismo, el conocimiento, la acción racional, el pensamiento reflexivo y crítico, la adaptación activa a la realidad, el respeto por uno mismo y por los demás, la cooperación, la creatividad, la responsabilidad y el desarrollo.

Ideológicamente "Mendo" se diferencia de otros centros similares por su concepción de la enfermedad mental: el llamado enfermo mental no se diferencia tanto del "sano" por su estructura psíquica o biológica en sí; se considera que el enfermarse es la resultante lógica de los siguientes factores: biológicos, psicológicos, familiares y sociales; es decir, la enfermedad está multideterminada ya que hay una poligénesis. Desde allí se aspira demostrar que si en determinada persona se conjugan iguales condiciones de estos cuatro aspectos, la resultante será la misma: la psicosis.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Se definen como valores importantes de la Comunidad, la horizontalidad del poder, la convivencia y la comunicación; es necesario pensar en un conjunto de técnicas de la Teoría de la -- Comunidad Terapéutica, ya que la relación con los pacientes es significativa en función del contexto en que se da; la Comunidad Terapéutica es un contexto diferente al de la relación analista - analizado.

Se ha definido a la salud como la No Psicosis; como un proceso y no como un estado; se conceptualiza que en la personalidad hay una parte psicótica, una neurótica y una sana; el psicótico critica lo social pero hay un uso inadecuado de los medios para modificar la sociedad; el sujeto prefiere modificarse a sí mismo. La salud estaría entendida como el proceso de pasar de ser un elemento estático a un elemento dinámico una vez que se liberan las limitaciones, mutilaciones, inhibiciones de lo que ocurre en sí mismo, en la familia y en el medio social; desde aquí la salud estaría vista como un valor.

De esta manera se llegó a definir la institución como "Comunidad Terapéutica Psicoanalítica para psicóticos: Mendao". Se tomó como modelo, para definir la Comunidad Terapéutica, el referente de grupo operativo es decir, un grupo de personas con una tarea común que es la búsqueda de salud mental; todo esto a

desarrollarse en un espacio no necesariamente físico pero sí común. La autoridad no sería posesión de uno sólo sino una tarea común; es decir que se despersonaliza la autoridad.

Dos rasgos esenciales de la comunidad se definieron así:

- a) Comunicación abierta: lo que sucede en la Comunidad es patrimonio de todos, es un conocimiento del que todos deberían participar.
- b) Como garantía para mantener el canal de la comunicación abierto, se requiere del compromiso por parte de un buen número de personas que dediquen un tiempo considerable a la institución.

Se establece que una Comunidad, como estructura social, puede llegar a ser fuente de enfermedad o un continente elaborativo; los factores institucionales y personales que promueven la enfermedad mental (Mendizábal y Koltenuk, 1980) serán:

- a) La tendencia a la centralización del poder.
- b) Tendencia al uso fragmentario, narcisista, excluyente y descalificatorio del conocimiento que llevaría al ataque del enfoque epistemológico convergente.
- c) Tendencia a la contraidentificación proyectiva y a la actuación cáptica, agresiva del personal de la institución entre sí, o hacia los pacientes.

- d) Tendencia a la determinación individualista y/o sectarista de las decisiones institucionales.
- e) Incapacidad individual o grupal para tolerar el cuestionamiento (auto o heterocrítica).
- f) Tendencia a usar al paciente como satisfactor de las necesidades patológicas o ideológicas del personal.
- g) Ruptura de las redes de comunicación.

Mientras que las características estructurales y funcionales del continente, en este caso, el Instituto Mendo, que se considera pueden promover la salud, serían:

- a) Tendencia a la horizontalidad
- b) Tendencia a la unificación del conocimiento a través de una epistemología convergente.
- c) Tendencia a la toma colectiva de decisiones.
- d) Tendencia a la aceptación de la auto y heterocrítica.
- e) Análisis de la contratransferencia para evitar el uso de mecanismos defensivos como consecuencia de la parasitación en el trabajo con psicóticos (escisión, fragmentación, confusión, desorganización, regresión, etc.).
- f) Necesidad del establecimiento de amplios canales de comunicación tanto en sentido vertical como horizontal.
- g) Tendencia al empleo de una ideología humanista.

El Instituto Mendo ofrece un medio artificial en donde se pretende que a través de múltiples tratamientos la persona logre percatarse de las causas de su enfermedad y en esa medida pueda robustecer su yo, para que paulatinamente sea capaz de modificar tanto su mundo interno como externo.

Se considera que la estructura social de la Institución -- (como un todo) tiene efectos terapéuticos; la comunidad permite la regresión y entiende los actings del paciente; cualquier contacto es considerado como potencialmente terapéutico. Se fomenta la movilidad de roles tanto en el paciente como en el personal, del primero se espera la capacidad para responsabilizarse y del segundo, que antes que profesional sea persona que "a pesar de tener un entrenamiento" pueda salirse de ese rol y tener la posibilidad de acompañar a un paciente y tolerar que éste, en algunos aspectos, sepa más que él.

Se busca la creación de oportunidades reales para que el paciente participe activamente dentro y fuera de la institución; intendamos genuinamente oír sus opiniones, exponer las nuestras y arribar a decisiones conjuntas, por ejemplo, se discuten con ellos los casos difíciles, se propicia que puedan tener su tienda, que puedan vender los objetos que elaboran, fomentándose su reencuentro con el mundo de afuera, al funcionar la institución permanentemente, con puertas abiertas en los horarios adecuados.

Se enfatiza la comunicación inter e intragrupos, tanto con fines administrativos, como porque se estima que el acto en sí es valioso para todos. Así, la asamblea general en Mendoa no es exclusivamente el lugar para arribar a decisiones por voto sino el espacio por excelencia para convivir con los diversos grupos y discutir y analizar los problemas a cuya solución se llega, casi exclusivamente, por consenso, haciéndose rara la necesidad de votar; existen, por otra parte, espacios para la comunicación intragrupos, como son las juntas clínicas, la junta de coordinación y los diversos grupos operativos de la institución.

3.6 EL TRATAMIENTO EN EL INSTITUTO MENDAO.

Debido al carácter multifactorial de la psicosis, el tratamiento en el Instituto Mendoa es politerapéutico, con una organización y estructura orientada a la integración de los distintos niveles de funcionamiento del paciente; esto se pretende lograr mediante la asociación de varios campos terapéuticos que actúan desde lo orgánico hasta lo social, creando distintos espacios elaborativos que le permiten al paciente el desarrollo de sus estructuras estancadas o que suplen el vacío de las que no pudo experimentar.

Se trata de promover el equilibrio psicofarmacológico, de desarrollar un "continente" adecuado para los "contenidos" de la persona, mediante la elaboración de la psicosis de transferencia, de redistribuir la psicosis en el grupo familiar, rompiendo la estructura estereotipada de los roles; de favorecer la proyección e introyección a nivel individual, familiar y grupal dándole al paciente los elementos que reestructuren el yo, posibiliten la existencia de vínculos y los conduzcan a una mayor capacidad de simbolización y de pensamiento verbal; de la integración de la imagen corporal mediante la movilización de elementos depositados en el cuerpo; de la creación de canales de sublimación y fomento de la creatividad y de favorecer la posibilidad de vivirse a sí mismo como un miembro activo que cumple un rol significativo en una comunidad, mediante el ejercicio de su opinión y capacidad compartida de decisión.

Estos campos son la terapéutica psiquiátrica, la medicina interna, la psicoterapia individual, la terapia de familia, la terapia de grupo, el psicodrama o terapia de acción, la expresión corporal y terapia de movimiento, la musicoterapia, el teatro, las terapias ocupacionales y recreativas y la Comunidad Terapéutica. Todas funcionando como una total y orgánica estructurante; se tiene la convicción de que el psicótico es tratable, que posee capacidad de transferencia en la que se pierde la distinción entre fantasía y realidad así como una modalidad específica de transferir, en la cual

al proyectar sobre el objeto antiguas relaciones de objeto, no lo ve como si fuera aquel objeto del pasado sino que más bien lo transforma en él; se piensa que las crisis psicóticas son momentos adecuados para el abordaje psicoterapéutico del paciente, que la transferencia psicótica individual o grupal puede rebasar los límites de un campo terapéutico para invadir la institución como un todo y que esto se lleva a cabo mediante la acción de las identificaciones proyectivas.

En sus inicios, el Instituto Mendao ofreció un programa -- único de tratamiento bajo el cual eran tratados todos los pacientes; actualmente se ofrecen diversos programas que se ajustan a las necesidades individuales; uno de los factores principales que influye en la elección del programa es el hecho de si el paciente está ya bajo tratamiento antes de su ingreso; en este caso, el terapeuta externo a la institución puede recurrir a ésta como un recurso en un período de crisis, participando el paciente únicamente en las actividades que el terapeuta recomiende. Sin embargo, con el objetivo de --- hablar del modelo de tratamiento que ofrece el Instituto Mendao, nos referimos a los tres planes de tratamiento que existen en la institución: 1) Internamiento 2) Hospital de día y 3) Consulta externa. En los primeros dos planes de tratamiento pueden ofrecerse todas las actividades terapéuticas o elegirse aquellas que se consideren más adecuadas de acuerdo al diagnóstico y las condiciones familiares y económicas de la persona.

El diagnóstico de la persona se realiza conjuntamente por el personal de las diversas áreas que efectúan el tratamiento; éste se inicia en las entrevistas de admisión, donde se valora si amerita el tratamiento institucional o si la persona puede ser tratada en consultorio. Habitualmente se recurre al Instituto en momentos de crisis cuando la patología con manifestaciones psicóticas suele ser muy florida y se requiere sin lugar a dudas del internamiento; una vez internada la persona se le estudia minuciosamente, desde las diversas áreas a las que a continuación haremos referencia.

3.6.1.- AREA DE PSIQUIATRIA.

Esta área se instituye a partir de la necesidad de establecer un modelo médico de tratamiento (Mendizábal S., en Trabajando en Equipo, 1980); el primer contacto con el paciente que ingresa lo realiza el psiquiatra habitualmente, estableciendo las necesidades inmediatas de tratamiento e iniciando, con la utilización de los recursos de la psiquiatría, la revisión sistemática de la historia y padecimiento de la persona de tal modo que se obtengan panoramas transversales y longitudinales que faciliten las tareas de tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico. Se utiliza el modelo médico-psiquiátrico de historia clínica obteniéndose los datos a partir de entrevistas con el

paciente , sus familiares o personas que proporcionan información; se recurre al uso de estudios de laboratorio y gabinete, pertinentes en el área de la medicina (general de orina, biometría hemática, etc.) y a una valoración neurológica completa que deberá incluir siempre electroencefalograma y en caso necesario, estudios más sofisticados como puede ser la Tomografía Computarizada.

Sujetándose a la filosofía de la institución, se prescinde de recursos terapéuticos biológicos como son la terapia electroconvulsiva, la gasoterapia, etc. El manejo de las situaciones agudas se realiza a partir de la conceptualización de que aún los pacientes más enfermos mantienen una parte sana de su personalidad, en la que incide la acción terapéutica de la palabra, por lo que el personal de esta área está capacitado para ofrecer psicoterapia de emergencia.

Se valora minuciosamente la utilización de psicofármacos y se recurre a ellos para disminuir la sintomatología que pueda impedir el abordaje psicoterapéutico o aquella que implique riesgos para la persona o la comunidad; se intenta utilizar la dosis óptima para que el sufrimiento sea tolerable a la persona.

3.6.2 AREA DE PSICODIAGNOSTICO

Como se sabe otro de los instrumentos para evaluar y entender lo que le pasa a una persona es el estudio a través de pruebas psicológicas. Estas ofrecen la ventaja (Ellstein Irene en Trabajando en Equipo, 1980) de ser situaciones estandarizadas donde se registra

se selecciona y organiza la información en forma sistematizada y objetiva, lo que permite hacer comparaciones inter e intraindividuales, para en relativamente poco tiempo, hacer una evaluación que incluya lo manifiesto a lo latente.

Se utilizan pruebas clasificadas como de eficiencia y pruebas de personalidad o proyectivas, seleccionando una batería con características individuales para cada paciente; para elegir las se toma en cuenta no sólo la riqueza o la precisión de la información que puedan proporcionar sino la situación personal por la que atraviesa el paciente y como puedan afectarlo las características de la prueba.

En el Instituto Meridao se procede a la aplicación de pruebas para obtener lo que generalmente se conoce como un "diagnóstico a ciegas" donde los únicos datos que el examinador conoce son nombre, edad, sexo, estado civil y grado de instrucción. Esto es con la finalidad de asegurar un diagnóstico independiente y comparar el diagnóstico y pronóstico al que se arribó, con el proporcionado con otras áreas evitando así la contaminación, y dando mayor validez y confiabilidad al diagnóstico común al que se arriba en la junta Clínica.

Antes de dar de alta a un paciente se realiza una reevaluación, con una nueva aplicación de pruebas cuyos resultados se comparan con los iniciales, poniendo el énfasis en los cambios logrados, para compararlos con los observados en las distintas áreas.

3.6.3 AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

En la comunicación del psicótico la palabra ocupa sólo una parte del discurso total posible, por lo que las diversas disciplinas que componen la terapia ocupacional y creativa, toman en cuenta la expresión pre y paraverbal y fomentan el dar forma, sonido, color y volumen al mundo caótico y fragmentado del psicótico (Trabajando en Equipo, 1980).

Esta área busca el acceso al pensamiento simbólico por diversos canales, especialmente los no verbales y priorita la recuperación de habilidades perdidas, así como la adquisición de nuevas que favorezcan una autorrevaloración de la imagen de la persona. Se pone el acento en el logro de la construcción de un objeto por ejemplo, donde el paciente participe del proceso total de creación, desde el inicio hasta la culminación.

Los diversos abordajes permiten la descarga de energía y su regulación por medio del encuadre peculiar de cada técnica, así como la canalización de la angustia y la ansiedad. Paulatinamente se le ayuda a desarrollar la capacidad de juego, del humor y de manejo del absurdo.

Todas las actividades se realizan en grupo ya que cada una está estructurada en forma tal que propicie la ruptura del encierro narcisista, a través de la creación colectiva, la identificación y el

ejercicio y aceptación de la crítica. A su vez, la tolerancia a la frustración y a la colocación de límites, factores necesarios para la maduración están enfatizados en el cumplimiento de estas actividades.

Esta área comprende: deporte, musicoterapia, teatro, títeres, dibujo y pintura, trabajos manuales como batik, macramé, pirograbado, etc. y terapia de movimiento.

3.6.4 AREA DE PROMOCION DE LA COMUNIDAD .

Se crea en 1980, a raíz de la comprensión de las dificultades del personal para convivir con los pacientes; paulatinamente se va comprendiendo que la formación de los que en ese momento trabajábamos en el Instituto, especialistas de diversos campos en el tratamiento del enfermo mental, en gran medida implica, además de sus evidentes ventajas, una limitación para poder convivir genuina y espontáneamente con él.

A partir de esto se elige en la comunidad a un grupo de jóvenes psicólogos, encargados de promover las actividades grupales espontáneas y organizadas, que favorezcan la comunicación y convivencia de los diferentes miembros y grupos de la comunidad. Sus funciones básicas son:

- 1.- Motivar los intereses latentes de la comunidad a través de escuchar minuciosamente a los miembros, --

estimularlos a expresar sus puntos de vista en los --
ámbitos pertinentes y favorecer la organización colectiva.
En el psicótico, el "hacer" está muy deteriorado y es
común que cuando surge interés por algo, ocurra de for-
ma intensa pero fugaz. Desde esta área se intentaría, lo
grar una movilización real, motivarlos para formar parte
activa en el gobierno y organización de la institución.
También se aplica esto con el personal, especialmente
con los recién ingresados a la comunidad, y con el per-
sonal de servicio.

2.- Manejar actividades específicas como asambleas diarias,
la actividad de cocina, la lectura del periódico, la jardi-
nería y rol de acompañantes en las horas de la comida,
en salidas organizadas y espontáneas, etc.

3.- Manejo de estrategias individuales para favorecer la par-
ticipación de pacientes muy regresivos. A través de --
cuatro años las actividades y la participación comunita-
ria se han ido consolidando con muchas dificultades de-
bido a que los pacientes muestran mucha resistencia a
comprometerse y responsabilizarse, en parte porque --
esperan quedarse poco tiempo en la institución, en parte

por su enfermedad, pero en muchas ocasiones esto responde a una ideología de clase; la mayoría de los pacientes provienen de familias autoritarias de clase alta; es por esto que esperan que como les ha ocurrido durante toda su vida, aquí también todo les sea proporcionado y resuelto desde afuera. Sin embargo, se ha logrado que participen en mayor o menor grado con responsabilidades comunitarias y personales, como pueden ser:

- Manejo de determinada cantidad de dinero para sus gastos personales; se responsabilizan de distribuirlo de acuerdo a sus necesidades durante el período fijado conjuntamente con la familia que puede variar de una semana a un mes.
- Planeación de los menús en la asamblea de los viernes.
- Elaboración de un periódico en mimeógrafo y de otro, mural, con la participación espontánea de los que los deseen, tanto personal como pacientes.
- Manejo de una cantidad fija de dinero para gastos de mantenimiento del edificio, para lo que se elige un responsable, quien semanalmente informará de los requerimientos, costos y el estado de cuentas.
- Manejo de una tienda administrada por pacientes.

- Participación en la asamblea de los miércoles en la discusión de los permisos de salida y altas de los pacientes, en donde se discute la evolución de los que se considera han mejorado para recomendar a la junta de coordinadores la evaluación de su permiso o alta.
- Organización de días de campo.
- Organización de fiestas en fechas especiales como posadas, navidad, año nuevo, 16 de Septiembre, etc.
- Participación en comisiones eventuales para:
 - a) Favorecer la participación grupal durante los diversos -- cambios de domicilio.
 - b) Llegar a establecer un reglamento oficial .
 - c) Comisiones para dictaminar sanciones cuando se rompen las normas básicas, ya sea por parte de los pacientes o personal.
- Presentación ocasional de pláticas o conferencias sobre algún tema de interés.
- Actividad semanal de cocina con la colaboración de personal de esa área.
- Planear salidas organizadas dos veces por semana, al cine, el boliche, etc.
- Impartir una actividad de interés en la que un paciente es experto (guitarra, poesía, bridge, etc.)

3.6.4 AREA DE PSICOTERAPIAS

El trabajo psicoterapéutico se inicia durante la segunda semana después del ingreso del paciente. La junta de coordinadores, después de estudiar el caso, le asigna un terapeuta individual que debe verlo tres veces por semana, un par de coterapeutas de familia, que realiza la terapia una vez por semana y un grupo terapéutico. Los terapeutas intentarán conocer la génesis y la dinámica de cada caso específico y conjuntamente con el personal de las otras áreas participarán en el diagnóstico y el tratamiento. En el siguiente capítulo hablaremos sobre las diversas técnicas e intentaremos ilustrarlas.

3.7 INSTANCIAS COORDINADORAS

Una de las características básicas del Instituto Mendocino radica en la posibilidad de realizar un trabajo multidisciplinario con el enfermo mental, que redundará en mayores beneficios para él; sin embargo "trabajar en equipo" implica un gran esfuerzo tanto en calidad como en cantidad de parte de los que colaboran para lograr que todos participen, entiendan y proporcionen información desde sus diversos campos con el fin de unificar criterios.

Por ello se han establecido cuatro tipos de instancias para favorecer y promover la comunicación y la horizontalidad:

- a) La junta Clínica en donde se presenta un caso en forma exhaustiva, generalmente de reciente ingreso que ha sido estudiado desde las áreas ya mencionadas. Se proporcionan informes formales, se discute la dinámica, el diagnóstico y el pronóstico, así como el plan de tratamiento a los que se debe arribar conjuntamente con la participación de todos los involucrados.
- b) La junta de coordinadores de área, a la cual asiste un representante de cada una para revisar la evolución de los diversos casos, a las que se invita a los terapeutas asignados a un determinado paciente. También se seleccionan los terapeutas para pacientes de nuevo ingreso y se discuten problemas comunitarios especiales.
- c) Los grupos operativos; originalmente existía sólo un grupo para todo el personal en donde se reflexionaba sobre las dificultades del trabajo con pacientes psicóticos. Sin embargo, paulatinamente se fué haciendo evidente la dificultad de participación del personal del área administrativa y de enfermería debido a la heterogeneidad de la formación. Por ello, en la actualidad existen tres grupos operativos, el de personal médico y terapéutico, el de personal de enfermería y el de administración; esto ha

redundado en mayores beneficios, quizá porque al tratarse de grupos mas reducidos existe una mayor posibilidad de exponer las dificultades personales y también, porque, al haber mayor homogeneidad en el grupo, disminuye el temor a la crítica.

Estos grupos pretenden ser un espacio en donde no sólo se busca una mayor formación teórica y técnica, sino primordialmente donde se puedan expresar ansiedades y desacuerdos, es por ello que son coordinados por una persona externa al grupo pero comprometida e identificada con la labor común. Es aquí en donde se ha llevado a cabo una labor muy intensa para poder tolerar el confrontar la crítica de los demás compañeros o el mostrar emociones como temor o inseguridad, que suelen generarse por el contacto con estos pacientes.

d) Las supervisiones.

La supervisión es el ámbito por excelencia para reflexionar sobre teoría y para aprender el manejo técnico específico; existen dos tipos de supervisiones; una de psicoterapia individual y una de psicoterapias grupales.

En el próximo capítulo se abordará el proceso terapéutico, ejemplificando con algunos eventos.

IV EL PROCESO TERAPEUTICO

Como es evidente, resulta una labor ardua intentar abordar el proceso psicoterapéutico por el que atraviesa una persona en el Instituto; sin embargo, por ser en nuestro medio relativamente novedoso la utilización de técnicas psicoterapéuticas con psicóticos, en hospitales, intentaremos hacerlo poniendo énfasis en que se presentan sesiones textuales tal y como las participaciones ocurrieron lo que permite apreciar la riqueza del campo y lo difícil de la tarea, aunque quizá dificulta la -- comprensión del material.

En pro de la brevedad, primero se ilustrará el proceso comunitario lo que permitirá tener una visión global de la institución para despues hacer una reducción al campo de la psicoterapia de familia, la de grupo y la individual.

4.1 EL PROCESO COMUNITARIO

Este proceso es, en mi opinión, el más difícil de ilustrar pese a que el mismo está en marcha en el momento en que cualquier persona cruza las puertas del Instituto; atreverse a convivir con psicóticos estrechamente es, lo deseemos o no, un reto al equilibrio físico y mental de cualquiera, los sanos y los enfermos; pocos lo reconocen. Es - difícil tolerar la angustia que el desconocimiento de la psicosis provoca,

en especial cuando lo que se pretende es entender el fenómeno y comunicarse con las personas que lo padecen.

El objetivo principal del proceso comunitario está centrado en la rehabilitación, como vimos en la revisión bibliográfica, es común que en momentos de crisis, los objetivos del tratamiento y la rehabilitación se visualicen como opuestos; personalmente pienso que esto se debe a que en los inicios, el tratamiento tiende a profundizar en la problemática individual, favoreciendo la regresión, lo que permite conocer los conflictos profundamente arraigados a través de una historia personal. En aparente contradicción, encontraríamos que la rehabilitación tiende a la --reconstrucción de la fuerza volca del paciente, a dar estructura, seguridad y confianza a un ser humano que padece un intenso sufrimiento; esta contradicción sin embargo es pasajera las más de las veces y susceptible de un manejo adecuado, cuando los objetivos se conceptualizan correctamente, que en este caso serían: rehabilitar mediante una verdadera reestructuración de la personalidad.

Aunque esto sólo es posible en condiciones óptimas, sabemos que el paciente psicótico, al internarse al instituto, atravesará por diferentes fases que suelen ir, desde el aislamiento debido a la incapacidad de establecer vínculos (donde se requiere de un contacto individual por parte del personal de todas las áreas y en donde se reducen los contactos externos) hasta la consulta externa y hasta la libertad total para que el

paciente pueda ejercer todos sus derechos y responsabilizarse al máximo por su vida. En este extremo del continuo, sobrevendría el alta: determinar por qué fase atraviesa un determinado paciente, es tarea de toda la comunidad.

La rehabilitación se basa en el hecho de que existen áreas sanas de la personalidad que no han sido invadidas por la enfermedad mental; con ello haríamos referencia a las funciones del yo que se preservan de la enfermedad; el trabajar con ellas y para ellas, se hace desde el supuesto teórico que esto permitirá no sólo ampliarlas, sino romper la escisión que en ocasiones está fuertemente consolidada y hace que el enfermo mantenga, como en rígidos compartimientos distantes, los procesos intelectuales de los emocionales.

He elegido una asamblea general para nuestro objetivo: intentar -- conocer el proceso comunitario. La asistencia a las asambleas es oficialmente obligatoria para todos, pero en la actualidad no existen consecuencias en caso de incumplimiento.

Cabría señalar aquí que los casos en que se dan consecuencias por incumplimiento de normas son:

- 1.- Agresión física, en donde se utiliza la psicoterapia de emergencia y la medicación. En casos extremos se ha utilizado el recluir por unos días al paciente en su cuarto, o la suspensión del tratamiento; esto se ha hecho con la aprobación de toda la Comunidad.

- 2.- Ideación o actos suicidas, donde se utiliza los mencionados procedimientos y técnicas, suspendiéndose además el privilegio de salidas, en aras de la seguridad.
- 3.- Actings sexuales abiertos, donde una comisión mixta estudia el caso.

Las asambleas son diarias, pero la del jueves es general ya que asiste el personal de los dos turnos matutino y vespertino. Las asambleas diarias tienen objetivos diferentes, que varían de tiempo en tiempo; así, una se dedica a discutir salidas organizadas, visitas y salidas personales. Otra, los menús de toda la semana; otras proyectos personales o comunitarios y una más para administrar la cuota asignada al mantenimiento del edificio.

Aunque aspiramos a que exista una gran movilidad de roles, esto se ha dificultado mucho ya que Mendao está enclavado en un sistema social que silencia al débil y favorece el abuso del poder por parte del fuerte; las manifestaciones de esto suelen ser el silencio y la pasividad, por parte de aquéllos que se consideran de "abajo" de la pirámide jerárquica; personal de servicios generales, pacientes y, en ocasiones, también los enfermeros.

4.1.1 ASAMBLEA GENERAL.

Se describirá la asamblea general del 18 de Marzo de 1982; la denominación que se utilizará para reconocer a las personas será:

D: Director .

P: Pacientes .

E: Enfermería .

S: Servicios generales .

A: Administración .

C: Personal del área de promoción de la comunidad .

Co: Coordinadores matutino y vespertino (terapeutas) .

M: Médicos y psiquiatras .

T: Terapeutas .

i: invitados (expacientes que terminaron con éxito su tratamiento) .

e: estudiante .

Exp.: Expacientes que abandonaron el tratamiento .

m: maestra de dibujo .

Asisten en total 33 personas de las cuales 12 son pacientes identificados, el director, tres coordinadores, dos terapeutas, una maestra, una terapeuta de movimiento de recién ingreso, una persona del área de promoción de la comunidad, un médico psiquiatra, dos enfermeras, dos jefes administrativos, un estudiante, tres invitados y tres miembros del personal de servicios generales.

Están ausentes cinco pacientes, 4 de ellos permanecen en sus cuartos, una había estado presentando una crisis fuerte, dos de ellos están diagnosticados como "esquizofrénicos hebefrénicos" y en general no --

asisten; la otra paciente ausente tenía permiso para salir a una interconsulta con el neurólogo.

Dos pacientes de reciente ingreso habían interrumpido su tratamiento, la primera debido a que se había hecho emergente de una crisis institucional. Dos pacientes, P2 el varón y P16 la mujer (la pareja del grupo terapéutico) a quienes denominaremos Juan y Jimena, habían hecho una pareja resistencial sadomasoquista con actings sexuales extra muros de la institución, información que Jimena había proporcionado en forma confidencial a su terapeuta. El varón, Juan es de estructura -- sociopática con componentes orgánicos, histéricos y perversos (homosexual activo). En este sombrío panorama emerge la ahora expaciente (Exp.1) interponiéndose entre la pareja, seduciendo a ambos, para -- después aliarse con Jimena y romper los encuadres institucionales con actings (seducciones sexuales, ingestión de marihuana y alteraciones en su plan terapéutico); la institución asume su imposibilidad de poder reta la contener y al mes de su ingreso suspende el tratamiento.

El segundo paciente "abortado" del tratamiento era un varón (Exp. 2) sociópata que estuvo una semana en la institución; seducía a toda la comunidad, hablando de la necesidad de hacer un reglamento interior oficial con la participación de todos; había existido el antecedente de una comisión mixta para elaborar dicho documento en la cual tuve la oportunidad de participar y que presentó un anteproyecto, dicho intento se vió interrumpido por el último cambio de domicilio.

Durante esa semana un paciente de recién ingreso había conven
cido a uno de los médicos de guardia para que le dejase salir sin per-
misó oficial, y no había regresado a la clínica (Exp. 3); también ha
ingresado como paciente nuevo esa semana un anciano, Fred, que pre-
senta aparentemente "demencia senil", se manifiestan enfermedades --
físicas con síntomas tales como temblores, autismo, incontinencia, etc.;
la institución le ha contratado una enfermera geriátrica particular; la
mayoría lo considera una persona incurable.

Por otro lado, los actings de Juan, el varón de la pareja mencio-
nada, han rebasado a la institución y se cuestiona desde asambleas ante-
riores la posibilidad de expulsarlo. La coterapeuta familiar, hoy ausen-
te, ha insistido en que se considere la génesis y dinámica de este pacien-
te, visto desde el ángulo de la perversión; el personal del área de co-
munidad insiste en visualizarlo como un sociópata y en la necesidad --
imperiosa de que la comunidad ponga límites a su conducta.

Con estos antecedentes y en este "clima emocional" especial, se
inicia la asamblea general que es tensa, como la mayoría de las asamble-
as en las que se tienen que tomar decisiones importantes; muchos fueron
abandonando el lugar debido a que la sesión se prolongó, lo que no fué
consignado por la secretaria. La sesión se realiza en la sala inmediata
a las recámaras que a la vez es la sala de televisión. Al empezarse
a reunir la gente, Fred está acostado a lo largo del sofá principal, por
lo que se le ayuda a incorporarse. Se elige como coordinador a un
paciente que denominaremos Gonzalo; su labor consiste en con-

signar el orden en que se solicita la palabra para designar al que debe hablar.

- P2- Gustavo ¿Quién me puede explicar por qué abandonaron sus tratamientos dos pacientes? (Exp. 2 y Exp. 3) y que va a pasar con deportes?
- P4- Angel Quedamos que se iba a hacer una lista de puntos a tratar, por ejemplo las actividades de deportes...
- e- Manuel Pido que primero cumplamos con el requisito de leer las actas de la semana pasada (se acepta y se pasa a leer las síntesis)

Lunes: Asamblea de Mantenimiento.

- 1.- Discusión sobre la operatividad de un posible cuarto acolchado, su uso y abuso.
- 2.- Plan de la nueva terapia en musicoterapia.
- 3.- Se propone una parrillada en el jardín como fiesta.
- 4.- Actividad de cocina: hubo desorden.
- 5.- ¿Que se va a hacer si no regresa León quien obtuvo permiso de salida sin consentimiento de la asamblea? (Exp. 3)
- 6.- ¿Qué se va a hacer con el problema de tanta basura? Se piensa en un sistema doble para eliminar la basura pero esto se toma muy a la ligera.
- 7.- ¿Qué hacer con tantas moscas? Se habían puesto --- insectronicas antes y las moscas no quieren morirse. Se resolvió ahora poner mosquiteros.

Martes: Asamblea de Permisos.

- 1.- Juan solicita permiso de salir sólo una vez a la semana.
- 2.- Angel pasa a hospital de día.

- 3.- Juan vuelve para pedir permiso de estudiar Prepa.
- 4.- Lourdes pide permiso para tomar clases de Ballet en Mixcoac.
- 5.- José Juan para pasear el domingo.

Miercoles

- 1.- Jimena reclama que se le negó el queso en la cena del día anterior y que no le avisaron que su terapeuta individual llamó para decir que iba a faltar; se oye muy disgustada ese día.
- 2.- La comunidad reclama que el dinero que se da no es suficiente para todos los proyectos de mantenimiento.

(No se menciona el hecho de que al cambiarnos de edificio, por un error del arquitecto, se le pusieron chapas a todas las habitaciones y hay orden administrativa de voltearlas para que el botón quede afuera; este hecho es relevante, porque ha creado malestar, como más adelante se verá)

- Director.- Pido que en adelante sólo se lean los puntos que son ne cesarios discutir acá.
- T2 M.M.- En cuanto a lo del dinero, se le ordenó a mantenimiento dar prioridad a la resolución de los problemas de seguri dad, que propicia fugas y a lo de las chapas.
- P10 Ricardo.- Yo quiero pedir una excepción y que a mi cuarto no le quiten las chapas pues Iván (uno de los pacientes hebefrénicos), se mete en la madrugada a pedir cigarrros, prende la luz, hace un desmadre.
- P9 René.- No mano, vale la pena repensar eso, pues es más importante que se prevenga un intento de suicidio. (Varios a la vez, piden se hable mejor con Iván; el director, que a la vez es su terapeuta individual, se ofrece para ello. Súbitamente entra a la asamblea Iván, causando asombro y tensión su presencia en ese momento).

- Director - Iván estamos hablando de tí, tus compañeros aseguran que los despiertas en la noche para pedirles cigarros. No quieren que lo hagas. ¿Entiendes eso?
- P15 Iván.- Sí (se hace silencio); sí entiendo, voy a tratar de ya no volverlo a hacer. A ver si puedo... (silencio largo)
- T2 M.M - Un doctor acaba de internar a una paciente nueva y se quejó conmigo de que se le dejan los medicamentos en su mano, y que eso no se hace en los demás hospitales. Su temor es que los acumule y después intente matarse. Nos pide cooperación; es importante ya que está muy deprimida. (silencio)
- e- Manuel.- Tengo la impresión de que aquí está circulando la mariguana, que está entrando.
- P12 Juan.- ¡También sale! (bromeando).
- e Manuel.- Yo sé cómo sale pero no cómo entra, yo vi afuera a Juan y Angel "quemando" (fumando mariguana). ¿Que vamos a hacer con esto?
- T- Rafael.- Pero yo hago una moción, antes está lo de deportes (se defiende aquí a Gustavo quien es un paciente con alteraciones en la voz, que casi nunca es escuchado y que fue el primero en hablar hoy; pero a la vez se evita el problema central)
- P2-Gustavo - Oye Gaby, tú me dijistes que hiciera el jardín pero a mí me da cosa (nervios). Tú, Manuel, jalas gente para deportes pero no es a diario. Hay que buscar a una -- maestra (Gaby es la coordinadora del área de promoción de la comunidad) .
- C2-Gaby - Como Kim (antigua maestra de natación, muy recordada, quien daba clases cuando poseíamos alberca en la primera casa)
- P10-Ricardo - ¡Sí y que use bikini! (bromeando)
- P12-Juan - Mejor que Manuel se ponga bikini.

- e-Manuel.- ¡Será monokini ya que no soy mujer!
Y quiero felicitar a todos los que participaron en hacer los jardines pues estaban pelones hace un mes; Angel, Pedro y Luis, pero en especial a José (un paciente -- hebefrénico).
- T2-M.M.- Nombremos una verdadera comisión que se comprometa para que dentro de ocho días haya información de un -- maestro de deportes.

(Se ofrecen Gustavo, Ricardo y Luis, pero dicen que sólo aceptarán si se trata de una maestra guapa).
- T2- M.M.- ¡Qué padre que se reanudó lo de la cocina, ¡por cierto!
- P4-Angel.- Pero tiene un gran defecto y el personal más que ayudar se metió mucho.
- A2-Magda.- Se necesita una persona para darles los ingredientes, y para muchos era la primera vez; quisimos ayudar.
- P2-Gustavo.- ¡Yo sí quiero aprender a cocinar!
- S3-Alester.- Sugiero que ya que está Minda con nosotros nos relate su experiencia hace dos años, cuando fué paciente.

(Minda hace un relato detallado que la secretaria no -- transcribió).
- A2-Magda.- Estoy muy preocupada pues se han perdido toallas, cenⁱceros y vasos. Como es mi responsabilidad, lo quiero notificar, a ver qué hacemos.

(Se hace un silencio pues ha corrido el rumor de que los robos los realizan la pareja de Juan y Jimena. Sin embargo, en la comunidad se exigen pruebas; nadie puede presentarlas y el equipo aún no puede distinguir qué es realidad y qué fantasía).
- T2-M.M.- Quizá ahora sí hay que retomar el problema con Juan y Jimena.
- P4-Angel.- Yo creo que hay que ayudar a Juan y que sí tenga un día a la semana libre.

- P1-Gonzalo.- Yo estoy de acuerdo siempre y cuando respete la disciplina.
- C2-Irene.- Yo les quiero recordar que ya le hemos dado muchas oportunidades, así que por eso no estoy de -- acuerdo con ustedes.
- P12-Juan.- Ustedes tienen la culpa pues les recuerdo que hace mucho pedí permiso de salir sólo y me lo han negado. Ya párente, ahí muere, ¿Que tienen contra mí?
- e-Manuel.- No Juan, hay que discutir esto con toda calma...
- P12-Juan.- Paso, ¡Me voy!
- e-Manuel.- Mira, lo que ocurre es que tú y Angel forman el - equipo de la marihuana.
- C2-Gaby.- Si, y creo que hay que ayudar a Juan a respetar la disciplina, si no lo perjudicamos.
- T2-M.M.- Creo que Juan ha hecho el papel de líder de muchos acá, con unos por la buena, con otros por el miedo. Yo pido a la asamblea que vote por darle su permiso siempre y cuando él cumpla con no escaparse ni una vez a la semana. Y que a su regreso se le registre minuciosamente. También pido que si no lo cumple se reúna una comisión para considerar su expulsión temporal o definitiva. Por favor que se vote (Aunque ya era muy tarde, y llevó tiempo, la votación se realizó, siendo a favor de esta última alternativa, por unanimidad).
- C2- Gaby.- Pero el horario de salida sólo, lo dará mañana la junta de coordinadores ya que hay que planearlo para que no se vean interrumpidas las actividades en las que participa Juan.

COMENTARIOS A LAS TECNICAS COMUNITARIAS.

A través de la ilustración de esta asamblea, espero se haya podido observar la flexibilidad que existe en el trato entre los pacientes y el personal; no obstante, es claro cómo una gran mayoría per-

manece silenciosa como suele ocurrir en las reuniones de grandes grupos. A pesar de ello, se pretende que a través de las asambleas y otros ámbitos comunitarios establecer un canal formal de comunicación donde el que lo desee pueda presentar sus puntos de vista en relación a cualquier tema. El objetivo primordial, es convivir y comunicarse; secundariamente se pretende arribar a decisiones, generalmente por consenso, aunque las más de las veces esto se dificulta. Los límites, en general protectores son vividos por el enfermo mental en ocasiones, como peligrosos, por esto no debe sorprendernos su rebeldía y dificultad para tolerarlos. En mi -- concepto la socioterapia pretende lograrlo a través de métodos que basándose en el marco referencial de la teoría psicoanalítica, den como resultado una conducta congruente del equipo que refleje en "actos", lo que en otros ámbitos fué "interpretación" o "ideas". Es decir, que éste sería el ámbito en el cual, mediante la conducta, los hechos o las modalidades de arribar a decisiones o a colaborar en distintas actividades, el paciente aprendería un nuevo modo de relacionarse; se requiere para ello de espontaneidad y de una verdadera interiorización de valores y normas comunitarias, ya que en el trato cotidiano es imposible ocultar a los pacientes los rasgos de nuestra personalidad. Quiero mencionar también que en los tres meses que siguieron, Juan no volvió a salir sin permiso del Instituto, y esto fué posible gracias a la unificación no sólo del equipo sino de los pacientes que colaboraron ampliamente.

4.2 PSICOTERAPIA FAMILIAR

En el Instituto Mendao se pretende que la terapia familiar sea parte esencial de la extrategia terapéutica de todos los pacientes, por dos razones (Trabajando en Equipo, 1981); la primera, porque consideramos que el psicótico es el resultado de la interacción patológica de los miembros de una familia (Bateson y col, 1974). La familia es la unidad donde se nace, crece y desarrolla, y se recibe tanto la ideología como la cultura que gobierna la actividad y la toma de posición en relación a los objetos y problemas reales de su existencia social e individual. En otras palabras, la experiencia demuestra que donde hay un psicótico existe un grupo familiar con mecanismos psicológicos y de comunicación enfermos.

Si la familia no es estudiada y tratada se dificultará la terapia con el paciente porque éste cumple el rol de depositario de la psicosis y de los deseos inconscientes de la familia.

La segunda razón es de orden práctico: al estar la psicosis en toda la familia, los límites de ésta rebasan la fenomenología individual; así, la terapia familiar nos permite apreciar, en vivo, los factores desencadenantes de la psicosis y comprobar que el síndrome latente en la familia se manifiesta en el enfermo.

También podemos comparar algunos fenómenos que se aprecian en las familias de psicóticos con los que se pretende que la comunidad proporcione; en la práctica estos fenómenos son antagóni

cos y contradictorios: mientras en la familia la comunicación no es directa, no se maneja la verdad ni se da voz al paciente, en la comunidad ocurre lo opuesto como tendencia; mientras la familia --aisla, la comunidad conecta e intenta romper el verticalismo; la familia excluye; la comunidad tiende a incluir; en la familia, la consigna es la impotencia; en la comunidad se alienta la creatividad de la persona enferma. Por otra parte, mientras la familia del psicótico está entrecruzada de alianzas para el control (Minuchin, 1977); nuestra comunidad busca aliados para la autonomía; mientras el grupo familiar pretende petrificar al enfermo en su rol, nosotros abogamos por la ruptura de estereotipos.

Al tener en cuenta las dos razones aludidas, resulta fácil entender los objetivos de la terapia familiar; los primeros son de índole informativa, están relacionados con el diagnóstico, se pretende conocer la estructura interna de la familia del psicótico, sus leyes de funcionamiento y la determinación estructural que genera los factores desencadenantes de la psicosis; es así como se llegan a conocer los mitos, los secretos, las prohibiciones, la comunicación patológica; en fin, todo aquello que ha enfermado al paciente. El segundo objetivo es de índole terapéutico: busca la cura de la propia familia; el trabajo clínico está destinado a elaborar las circunstancias, situaciones o problemas que se haya detectado, así

por ejemplo, se les ayuda a elaborar sus duelos patológicos, a desprenderse de las ligas que los atan con lo perdido y a dejar libres los vínculos libidinales. Se nos plantea como objetivo central qué hacer con la familia cuando se les regresa su parte psicótica, y por lo tanto el paciente identificado empieza a mejorar:

- a) Observamos que los miembros que mayor enfermedad han depositado en el paciente identificado serán los que manifiesten en forma más aguda la psicosis, cuando ésta se redistribuye entre ellos.
- b) Este es un momento de posible sabotaje al tratamiento pues la angustia que la familia experimenta la hará huir de la terapia con un mensaje aproximado que podría decir: "yo no acepto mi parte de psicosis, que la cargue al paciente identificado".
- c) En estos casos se indica el tratamiento adecuado a estos miembros que de hecho sí lo aceptan será como resultado de haberseles creado a lo largo del trabajo conciencia de su propia enfermedad, lo que conducirá al reconocimiento de su parte enferma y a evitar la proyección en el paciente identificado.

En cuanto a su ubicación institucional, el área de terapia familiar está interconectada con las otras de la Institución; -- existe una colaboración de doble vía con todas ellas, para ello se

emplean tanto los canales formales como los informales, proporcionando se información a las otras áreas sobre los hallazgos, aquellos que están en relación con los factores desencadenantes de la psicosis, con el desarrollo del padecimiento, con los mitos familiares sobre el mismo, con los hechos biográficos ocultos y con la patología latente y manifiesta en otros miembros de la familia.

También se constata una serie de datos que se perciben en -- otras terapias en el múltiple entrecruzamiento de la transferencia y la contratransferencia, que la terapia familiar recaba en vivo. En ocasiones, otras áreas solicitan el que se avoque la labor a la elaboración de problemas específicos con la familia relacionados con altas parciales o totales, con la inserción familiar en la comunidad, etc... Sobre este aspecto se tiene la precaución de no contraidentificarse con el deseo de la familia, ya que cuando esta ha sobrevivido en la locura gracias al congelamiento, se niega a redistribuir la psicosis; esta resistencia -- suele presentarse mediante el sabotaje directo o el intento de controlar el comportamiento del paciente y la del equipo terapéutico.

También se suele solicitar a otras áreas su colaboración en el trabajo de elaboración de los afectos estresantes de las sesiones semanales de terapia familiar; en ocasiones se solicita que se concerten - juntas específicas para la discusión o toma de decisiones de carácter administrativo.

Se realiza la terapia familiar mediante el uso de la coterapia, es decir, con el trabajo de equipo entre dos terapeutas preferentemente de sexos distintos. La coterapia ofrece múltiples ventajas: la disminución de la omnipotencia, una mayor capacidad de comprensión y contención y la facilitación de los vínculos transferenciales.

Se trabaja la transferencia en la familia porque se considera que la representación interna de los objetos y de sus relaciones, corresponde a épocas tempranas, muy conflictivas, de relación con los padres, ya que todos sabemos del papel preponderante de la fantasía inconsciente. El paciente realiza una proyección del padre interno sobre el terapeuta y se establece una repetición que deberá romperse en la terapia familiar. Respecto a los padres, ellos también permanecen atrapados, repiten sus pautas de conducta porque toman los elementos de los antiguos conflictos con el hijo en donde quedaron fijados. Los padres también proyectan en el hijo sus viejos problemas con sus propios padres.

Con respecto a la contratransferencia es importante tener en cuenta la tendencia de la familia a inducir mecanismos patológicos que podrían llevar a actuar al terapeuta, por lo que es necesario que éste revise su conducta sistemática y continuamente, para que no se desvíe y se convierta en patológica. (Trabajando en Equipo, 1982).

Este proceso se ilustrará con la transcripción de una sesión; se trata de un hombre de treinta años que no conoció a su padre,

hijo ilegítimo que pierde el volúmen en la voz por un problema en las cuerdas vocales; ha vivido toda su vida fluctuando entre dos casas: la de la madre y su nueva pareja y la de la abuela. Lleva tres meses en tratamiento y éste se da gracias a la influencia de un hermano que está en tratamiento psicoanalítico. La madre que está en un proceso de divorcio de su segunda pareja recurre al padre biológico abandonador, para lograr financiamiento. Este aporta una cantidad suficiente para un plan en consulta externa que incluye terapia de grupo y de familia durante un año.

La terapia familiar se lleva a cabo semanalmente, con duración de una hora quince minutos, los terapeutas somos el Dr. Rafael Longgie y la autora; asiste únicamente la madre. El paciente es homosexual pasivo y sumamente masoquista; desde el inicio del tratamiento amenaza todas las sesiones con suspenderlo, quejándose de un trato desigual respecto a los demás pacientes; en especial recalca - que esto se debe a que los compañeros sí pueden expresarse oralmente en forma adecuada. Se trata del paciente que en la transcripción de la asamblea hemos denominado Gustavo (P2).

4.2.1 SESION DE TERAPIA FAMILIAR

Se inicia la sesión con los terapeutas y el paciente identificado; la madre llega cinco minutos tarde.

Terapeuta mujer: M.M.

Terapeuta varón: L.R.

Paciente: Gustavo

Madre: M

Gustavo: Quiero decirles que decidí irme a tratar a A.M.P.A.G. pero como esta terapia sí me sirve, quiero conservarla.

M.M.: ¿Por qué lo decidiste?

Gustavo: Es que un amigo mío se trata allí desde hace unos meses y ha mejorado mucho; yo cada día estoy más deprimido y triste y excitado (se refiere a lo sexual). Además es más barato. Mi terapeuta individual de aquí de Mendocino dice que está bien, que yo haga lo que quiera...

(Llega la madre)

Madre: He estado muy enferma del riñón, vengo del doctor. No sé, hijo, si ya les avisaste. Si no, yo les digo que ya no quiere seguir, y como hoy vence el mes, tengo que saber la resolución.

M.M.: ¿ A qué te refieres con "resolución"?

Madre: No sé, pero bueno, si él quiere irse, yo le digo que se tome otro mes, ¿no?

M.M.: ¿ Como influye lo económico?

Madre: ¿ Qué tiene eso que ver? Yo ya les expliqué que esto lo paga el padre de él, así que a mí me da igual, pues es millonario, y nunca ha dado nada.

Gustavo: Sí influye mamá, ¿no?. No sé, pero lo principal es que en el grupo me da miedo la otra terapeuta (él es el Pó de la sesión de grupo de este trabajo, quien por cierto no intervino mucho, pues su voz es muy queda y usando una metáfora podría yo afirmar que parece salida de -- ultratumba). Ella es rígida y estricta. Pero lo del dinero también me preocupa.

Madre: Hijo, eso no te debe preocupar.

M.M.: Pero sí influye y me refiero a que Gustavo tiene un precio especial y quizá siente que aquí de nuevo es un "hijo ilegítimo".*

Gustavo: No te entiendo nada

M.M.: Tú sabes que todos los demás pacientes pagan mucho más. En realidad, a pesar de que a veces faltas a las terapias indicadas, sin embargo te quedas a otras actividades no incluidas en tu plan de tratamiento. Quizá cuando en las asambleas dices merecer más es porque sientes que te robanos tu legitimidad; la de ser igual que otros que pueden vivir acá.

(Gustavo es el paciente que reclama a un maestro de deportes en la asamblea de la semana anterior, ya citada aquí)

Gustavo: Sí; como lo que fuimos a ver la vez pasada cuando terminó la sesión.

Madre: Me acuerdo que era importante, pero ¿qué era?

Gustavo: A mí también ya se me olvidó.

(Silencio breve)

M.M.: Pero a mí no. Era tu lugar en la casa de tu madre.

Gustavo: ¡Ah, sí! Es que mi hermano es el que manda (Se refiere al único hermanastro ya que en el segundo matrimonio hay un varón y dos mujeres, todos adolescentes).

Madre: Mi esposo es muy respetuoso y le da su lugar a Gustavo, pero ahora que enfermó y se fué de casa, mi otro hijo -- hace lo que quiere. A Gustavo le quita el radio y la televisión; yo le digo que se respeten.

*Gustavo tiene una beca parcial; con el objetivo de que el dinero que proporcionó el padre le permita tratarse al menos un año en consulta externa.

Gustavo: Además, él duerme con mi mamá

M.M.: Como tú, cuando eras niño (Gustavo sonríe tímidamente)
¿Tendrá que ver esto con que tu padrastro se vaya de la casa?

Madre: ¿Cómo?... ¿Por qué?

M.M.: Sí, después de todo, parece que el lugar de esposo lo ocupa tu otro hijo. Y esto de la clínica sería para Gustavo una repetición de la historia, en especial ahora que su terapeuta individual le notificó que va a haber un cambio de terapeuta individual.

Gustavo: Sí, se va a vivir fuera del país.

M.M.: Y al quedarte sin él, ¿en que has pensado?

Gustavo: (Coqueteando con Rafael quien ha estado silencioso)

Quisiera una mujer, creo que son más sensibles, dulces, comprensivas. (En ese momento, la madre en actitud -- seductora pide a Rafael que le encienda un cigarrillo)

M.M.: ¿No te gustaría seguir con un hombre?

Gustavo: no, no es eso (la bragueta del pantalón está bajada y empuja a ver a R.L. y a ese lugar alternativamente)

M.M.: Tu dirás eso, pero tu bragueta y tus miradas contradicen tu voz borrada. ¿Qué opinas, Rafael?

R.L.: Sí, ¡claro! Ahora que me necesitan me piden mi opinión (lo dice bromeando). Primero me borran, me dejan sin voz y cuando quieren hacer de tí un hombre, ven que -- solas no pueden.

(Gustavo ríe amplia y francamente)

R.L. Pero yo quisiera mostrarte cómo tú te dejas gobernar la vida por las viejas. ¡Te encanta, porque tienes miedo de acercarte a mí! Pues te comunico que la junta de coordinaciones me designó como tu nuevo terapeuta individual; bueno, si me lo permiten las damas acá presentes.

- M.M.: (Viendo a la madre) ¿Qué querrá decir Rafael?
- R.L.: Lógico ¿no? pues aquí sólo sirvo para encender cigarrillos; me están haciendo lo mismo que a tu marido, en la casa (viendo a la madre).
- Madre: Eso he pensado, pues él dice que nunca consideré su opinión y que siempre seguí dedicada a complacer a mi madre.
- R.L.: Pero si aquí se ve claro cómo Gustavo está gobernado por madre y abuela (al decir la última palabra, sonriendo me señala a mí).
- Madre: Qué horror, ¿Y ahora qué hago para reconquistar a mi esposo?
- M.M.: Pst, pst, un secreto de mujer a mujer... muchos hombres hablan con el cuerpo. Ya ves, él se fué sin hablar, pero se enfermó. Cúralo con cuerpo mático... (Esta broma hace referencia a una de las sesiones iniciales, donde ella había relatado, cómo, en los últimos tiempos de pareja, ella lo rechazaba a él sexualmente).
- (Todos ríen)
- Madre: Es cierto, el domingo fué y estaba malo del estómago, le ofrecí un consomé con chile o papaya y dijo que no; pero cuando se lo lleve se lo tomó.
- M.M.: ¡Ay, que horror! fíjate, le das chile a un estómago enfermo...
- Madre: ¡Sí, es cierto! Oigan, ¿Nos vamos a ver el 10 de Mayo?
- M.M.: Yo voy a festejar, no puedo venir, pero sí habrá sesión.
- Gustavo: ¿que hago de A.M.P.A.G.?
- M.M.: Creo que es claro que al tomar terapia de grupo en --- A.M.P.A.G. y familiar acá, estarías repitiendo algo de tu historia: tener dos casas, la de la madre y la de la abuela.
- Gustavo: Iré a pedir informes, de todos modos, y en la sesión si guiente les contaré

5.2.2 Comentarios a la sesión de terapia familiar.

A través del material es posible observar la tendencia de Gustavo a generar en los miembros de la comunidad conductas similares a las de su familia que justifiquen su rol de enfermo. Podemos así, ver la diferencia entre la técnica comunitaria respecto a la psicoterapia; en la asamblea un terapeuta exigió que a pesar de lo difícil que era escuchar el pedido de Gustavo, quien reiteradamente había estado insistiendo en que hubiera una maestra de deportes, se diera un tiempo a discutir su propuesta. En contraste, en la terapia familiar, el Dr. Rafael Longgie y yo utilizamos técnicas interpretativas que incluyen actitudes y actuaciones de los terapeutas, susceptibles de interpretarse en este campo gestáltico que todos conformamos, pacientes y terapeutas.

Utilizamos un tiempo extra para discutir la sesión, analizarla y planear estrategias que favorezcan la comunicación y el insight; es así cómo en esta sesión se logró el objetivo de mostrarles a ambos, el vínculo patológico que han establecido, donde "ser hombre" parece no tener cabida a la vez que inconscientemente se desea.

4.3 PSICOTERAPIA DE GRUPO

El hombre sólo no podría subsistir ya que su sobrevivencia está determinada desde el principio, por su integración al primer -

grupo: la familia, de allí en adelante éste se ampliará, modificará o reducirá... existirán otros grupos pero de esta capacidad para convivir o no en ellos dependerá la salud o la enfermedad. El psicótico es el miembro emergente de un grupo social enfermo; su problemática, en consecuencia difícilmente se comprenderá y resolverá aisladamente. Así, en el grupo terapéutico podemos visualizar en forma directa las modalidades del psicótico en sus relaciones interpersonales y conocer sus formas de comunicación.

El grupo terapéutico en Mendoza es coordinado en coterapia, lo que permite reproducir la situación de triangularidad real del grupo primario, actualizando la expresión de conflictos y repitiendo vínculos. Es común entonces que se depositen en uno de los terapeutas aspectos negativos, mientras que con el otro se da una línea positiva, lo que facilita la labor. La coterapia ofrece muchas ventajas, una de ellas es que haya dos perspectivas enfocadas a un mismo problema, el que un terapeuta pueda sumergirse mucho en una situación, mientras el otro queda rescatado y puede observar al conjunto total.

Es importante recalcar que las psicoterapias de grupo son supervisadas en una sesión semanal, lo que permite enriquecer la comprensión por la visión descontaminada de la persona que se considera de "afuera", lo que favorece el afinamiento del instru-

mento de trabajo y el conocimiento teórico. En la supervisión prova lece la tendencia a la cooperación que permite reconocer nuestros aciertos y errores y es el espacio para instrumentar estrategias y resolver problemas técnicos concretos.

La técnica que se utiliza es la de psicoterapia analítica del grupo (Grinberg, Langer y Rodríguez, 1974) privelegiando la interpretación grupal y en transferencia. Si bien esta modalidad interpre tativa en ocasiones se dificulta por el grado de regresión del psicótico, su patología tan florida, su tendencia al autismo y su lenguaje especial, son estos mismos problemas los que acentúan lo indicado de su uso.

Confirmamos, no sólo por el conocimiento teórico sino tam- bién por la experiencia cotidiana, que el psicótico es capaz de tener transferencia, la cual varía de la del neurótico por su intensidad y calidad, ya que los terapeutas, en lugar de ser "como si fuesen - papá y mamá", pasan a ser convertidos en los objetos primarios - papá y mamá-, como una realidad.

Sin embargo, la transferencia no es sólo hacia los terapeu tas sino hacia todos los miembros del grupo, gracias a su manejo adecuado, se puede dar el funcionamiento del grupo como un todo. Los participantes, de una manera u otra, van proyectando desde su historial individual, sus fantasmas inconscientes en los terapeutas o

compañeros, objetos comunes a todos. Sus asociaciones, dinámica mente relacionadas, se van creando hasta constituir la fantasía gru pal inconsciente, la cual se articula en forma fragmentada muy -- gradualmente y a través de mucho tiempo.

No obstante, tenemos muy en cuenta los hechos reales y externos de la vida del paciente, pero es aquí donde la historia - clínica da el salto cualitativo de lo biográfico y se trasciende la teoría para aparecer el enfermo, como persona susceptible de -- rehabilitación.

El ver en un compañero problemas serios y de algún modo comunes, tiene varias ventajas. Suele suceder que sea más fácil reconocer tanto lo que le pasa al otro, como las raíces de su pro blema, lo que permite posteriormente, comparar y así aceptar -- cosas de uno mismo; tampoco hay que menospreciar la importancia de los señalamientos de los compañeros; es usual que el psicótico sea más accesible a otro psicótico, quien comprende más su lengua je, ya que hay mayores posibilidades de identificación y sus inter venciones hacen más permeable a la persona a la labor terapéutica.

Resulta evidente que manejar un grupo terapéutico de psicó ticos, no es fácil; ocurren cosas que difícilmente ocurrirían en un grupo de neuróticos. Estos hechos requieren de una gran sensibilidad en los terapeutas, un manejo adecuado de la contratransferencia

y el gran apoyo que implica el coterapeuta, colega con quien, al finalizar cada sesión, hemos de reunirnos a comentar y compartir, para así poder clarificar lo sucedido, analizar los significados ---ocultos y descubrir los ataques al pensamiento que siempre acarrea el trabajo con psicóticos y así estar preparados para el hecho real de que no siempre estará todo claro que en muchas ocasiones existirá confusión pero que el éxito de nuestra labor estriba, sobre -todo, en nuestra capacidad para ser continentes de todo aquello que los psicóticos nos depositan.

Así, para poder realmente visualizar el grupo de psicóticos, tenemos que saber que en un gran porcentaje de ellos el grupo es vivido inicialmente como peligroso, ya que aquí suelen reactivarse las fantasías más arcaicas. Es común que se presente el pánico a la fusión con el grupo, el cual se puede inferir por ejemplo, de la tendencia a no estar el grupo completo ya que alguno tiene que permanecer afuera, llegando a patentizarse ésto en ocasiones, en un entrar y salir de las sesiones.

Otro temor frecuente es el miedo a ser contaminados con la locura de otros, temor que un paciente expresaba diciendo que "no podía estar en el grupo, porque el aire estaba envenenado por los que fumaban adentro".

Sabemos que en todos los grupos hay fenómenos individuales y colectivos, sustentados en supuestos básicos ya estructurados (Bion, 1959); nuestros grupos no difieren en ésto de los demás.

La diferencia estriba, sobre todo, en la intensidad de los fenómenos; se da la existencia del líder en quien se puede depositar todo lo bueno, acatando su mandato y dependiendo de él. O el otro extremo - que sería el del "chivo expiatorio", que es condenado a cargar todo lo malo y a quien se tiende a expulsar.

El mayor vínculo del grupo está dado en dos aspectos: en el grupal tiene que ver con toda la vida comunitaria en general, ya que es muy común que aquellos problemas que ya se plantearon en la -- asamblea salgan a relucir nuevamente en el grupo, el cual es un con texto diferente por ser interpretativo y permite profundizar en las motivaciones grupales y entender los mecanismos que subyacen, además de que, al ser el grupo más reducido, favorece la participación de miembros de otro modo más silenciosos. Es importante recalcar que la transferencia de los pacientes tiende a darse en ocasiones con la institución como un todo y que también así es interpretada en el contexto de esta terapia.

En el aspecto personal, es evidente que se liga tanto con las psicoterapias individuales como con las familiares. El paciente tiende a repetir, tanto su conducta individual, como su rol familiar, pero este nuevo grupo tampoco lo acepta así, sino que presiona al cambio.

A continuación presentaré el material de una sesión de grupo realizada por la Psic. Irene Ellstein y la autora a la que asisten -

cinco pacientes; con fines de identificación designaremos a las terapeutas T1 y T2 respectivamente y a los pacientes como P1, P2, P3 (Gustavo, de la sesión de familia), P4 y P5, de acuerdo al orden de ocupación de sus sillas.

Como datos previos diremos que sólo hay una mujer, Jimena (P2), que ha establecido una pareja sadomasoquista con Juan (P4) con quien recientemente -gracias a la labor terapéutica- ha intentado --romper, lo que le provocó una crisis fuerte que requirió del uso de medicamentos. En la sesión anterior Jimena nos había insultado - fuertemente a todos y el grupo aprovecha la situación para depositar toda la conflictiva en Juan; también cabe recalcar que esta sesión se lleva a cabo poco después del segundo cambio de domicilio del Instituto, que implicó duelo, y para algunos pacientes, por la distancia, el que sus terapeutas no los continuaran visitando en la Clínica, pidiéndoles se transportaran a los consultorios. La mayoría ya hacía esto con anterioridad, pero el cambio reactivó antiguas situaciones de duelo, lo que ha proporcionado la oportunidad a los terapeutas de trabajar este material más directamente.

4.3.1 SESION DE PSICOTERAPIA DE GRUPO

P1 René: Ya me quiero ir, ya me cansé, me cansé de la clínica, ya estoy harto. Me la he pasado durmiendo mucho, no sé, pero creo que estoy deprimido.

P3 Gustavo: Yo también estoy deprimido y adormilado, no ando bien con tanta pastilla.

T2 I.E.: ¿Ya lo hablaste con el psiquiatra?

P3 Gustavo: No, si yo perdí las pastillas porque andaba muy acelerado.

(Silencio de todos)

T1 M.M.: Pero fíjate qué chistoso tu modo de plantear lo bueno, el ya estar calmado, como malo. Parece que siempre hay que enfatizar lo que no está bien.

P3 Gustavo: ¿Como?... no entiendo.. ¡ah, sí!..

T1 I.E. Pero tú también ¿no René? porque últimamente has venido diciendo que le estás por fin entendiendo muchas cosas a tu terapeuta individual.

P1 René: Eso sí, pero bien que estoy integrado y comprendiéndole todo lo que me ha venido diciendo por varios años; antes no le entendía nada.

T2 M.M.: Quizá antes te resultaba muy doloroso.

(silencio)

P1 René: Sí, mucho. He pensado en ir a la universidad y estudiar.

P2 Jimena: No sé, yo quería hablar, quería decirles, contarles, yo creo que no entendieron, yo no estoy a gusto con lo de que quiten las chapas, yo las necesito, es que, no sé todo esto que pasa con Juan: ahora que estuvo mal perdí cosas, él cree que no sé, pero la otra vez fué igual, uno está en la cama, y él aprovecha (Juan no ha llegado a la sesión).

P5 Ricardo: Sí, es cierto, yo quería aclararte lo del coche...

P2 Jimena: Te creo, Ricardo; es que le presté mi coche, pero para que fuera a su sesión.

- P5 Ricardo: Es que me lo prestó, me fuí y yo le había llenado el tanque, luego me fijé que le faltaba mucha gasolina y que tenía un golpe al frente; yo no se lo dí, de veras
- P2 Jimena: Yo sé que Juan se lo llevó; él sacó copia de mis llaves. Además, no solo es eso...
(Intempestivamente entra Juan, se hace un silencio breve y Jimena cambia el tema, tratando de disimular que hablaba de él.)
- P2 Jimena: Bueno, como les estaba diciendo, por eso y muchas cosas más, yo sé que la Clínica cambió mucho desde que nos venimos acá, ya no es igual, allá nos llevaríamos todos, había cercanía, cariño, acá es diferente, no sé cómo explicarlo, es que es más grande, y hay alambrada, o no sé...
- T2 M.M.: Es importante eso, pero fíjense como cuando llega Juan, aquí entró el terror, y eso hay que mencionar lo.
- P2 Jimena: Sí, es cierto. (Todos están tensos; Juan se levanta y se sale).
- P2 Jimena: ¡ Regresa, quédate a hablar ! Pues sí, yo sé que me ha robado y tratado mal, ahora comprendo a sus pobres padres, yo le dí la mano, no sé, cuando llegué a Botticelli, le pregunté al doctor si podía quedarme mi manzana, si alcanzaría para todos, ¿no? yo quería darle la manzana a todos, aunque fuera poco -- (Botticelli se refiere al edificio anterior).
- T2 M.M.: Parece que todos están aterrorizados con Juan y piden que los ayudemos y los protejamos. Quizá después de todo es mejor que se hayan quitado las chapas, Jimena, pues ahora te ves forzada a hablar lo que antes actuabas poniendo protección con las cerraduras. --- Después de todo, tú te encierras cuando Juan te las tima en lugar de venir a hablarlo al grupo.
- P4 Juan: (Regresa con un bulto en la cintura y dice) ¡ Miren, acá lo traigo, eh, ando protegido!

T2 M.M.: Es como si les dijera, ando armado, traigo un arma y al que hable, lo mato.

P2 Jimena: ¿Que traes? ¿el dinero? ah si tú... bueno, pues no sé, estoy molesta porque además Magda me dice que el queso tiene que durar hasta el miércoles. Yo le dije furiosa que me vería pastar, comer pasto, me verán morir de hambre y será mi venganza.

(Magda es la supervisora de servicios generales quien planteó en la asamblea anterior, que Jimena había -- ordenado medio kilo de queso diario, el que se surtía los miércoles; pero que en realidad, lo desperdiciaba, ya que lo tenía oculto en su recámara. La sesión anterior, posterior a esa asamblea, Jimena había estado muy enojada ya que nos culpaba a las terapeutas de lo que ella consideraba una injusticia. En -- especial estaba resentida con Irene a quien había idealizado, ya que en su fantasía, ella debía protegerla de todo. Respecto a mí, era común que siempre depositara la transferencia negativa, ya que en su fantasía yo representaba a una madrastra de su infancia; había -- gritado mucho y al intentar interpretarle esto, abandonó la sesión).

T2 M.M.: Jimena, yo creo que además esta rabia es con Irene a quien tú sentías una mamá ideal que te daba todo lo bueno y maravilloso en Botticelli; yo sería tu madrastra que te castiga y todo te niega; después de todo, como el viernes me gritaste, ellas no son más que "gatas" que cumplen órdenes más.

P2 Jimena: ¡ Ah si ! Ma. de Jesús a quien odio y quiero no ver morir sino vivir una agonía. Antes pensaba que le arruinaría la cara pero ahora comprendo que en la actualidad con cirugía mejora. (Se refiere a su madrastra; yo pienso en mi dentadura que estoy tratando de mejorar y que ella fantaseaba que con su envidia destruyó durante las primeras sesiones en que solía atacarme mucho).

- ¡ No !, ¡quiero verla sufrir viviendo una agonía lenta que la destruya!

(Juan entra, sale, y regresa durante esta parte del dis
curso de Jimena, mostrándose inquieto y angustiado)

- T2 M.M.: Yo creo que ahora sí podemos entender a Juan. Parece que sólo es un títere al que todos nosotros damos vida. Después de todo, en algún lado tenemos que poner nue
tra gran necesidad de destruir a un padre o a una ma-
drastra, ¡ Para esto está Juan, quien siempre ha que-
rido hacerlo !
- P2 Jimena: Sí, porque antes en Botticelli, yo lo buscaba mucho,
lo quería, en él veía la alegría de vivir, la chispa, lo
que yo no tenía.
- T2 M.M.: Entonces, Jimena, es hora que veamos todo aquello que
quizás tú sientes que te hemos hecho como venganza:
traerte acá, dejarte sin tu terapeuta individual que --
ahora quiere que vayas al consultorio, prohibir que te
den comida, etc.
- P2 Jimena: No entiendo nada, qué tiene que ver.
- P4 Juan: Déjalos, se la jalen, mejor salte como yo.
- T2 M.M.: ¿ Por qué no lo pensamos como en un cuento? por --
ejemplo, Blanca Nieves, a ver si no me equivoco.
"Erase que se era que había nacido una linda niña, -
blanca como la nieve, labios rojos como la sangre
y cabellos negros (Jimena en realidad es así); Blanca
Nieves. La madre muere y el padre se vuelve a casar
y también muere. La madrastra vanidosa la pone de
criada, y se dedica a verse en el espejo mágico y ca
da día le pregunta 'espejito, espejito, ¿quien es la --
más linda del mundo?' El espejo dice: 'Tú, reina'.
Pero Blanca Nieves crece y un día el espejo dice: --
'Blanca Nieves'. La reina monta en cólera y manda
a matarla con un leñador, quien debe traerle el cora
zón. El la lleva al bosque pero la ve tan linda, que
no se atreve a dañarla y le dice: "huye pues te quiere
muerta la reina". (Simulo un lapsus a propósito, inten
tando implicar con un ademán a todo el grupo) y así
ella llegó con los siete hermanitos.

Después la reina pregunta 'espejito ...' al saberlo decide matarla por donde la niña es débil: su voracidad. Prepara la manzana, se la ofrece y Blanca Nieves cae fulminada". No pudo resistirse a la manzana envenenada.

(Jimena suele ser sumamente obesa y sólo ha logrado adelgazar mediante la ingestión de anfetaminas, lo que le provocó un cuadro psicótico).

- P2 Jimena: ¡Si, sí! (Lo dice muy asustada).
- T1 I. E.: Y el cuento ya no es tan cuento, porque así le pasó a Jimena, ya que quien la introdujo a las manzanas "anfetaminas" fué su madrastra; como la niña era gordita, la llevó al doctor, quien las recetó.
- P2 Jimena: ¡Si, sí, es cierto! (muy contenta) Oigan, sí, es también como Hansel y Gretel ¿no?
- P4 Juan: Ese es más grueso, paso... (guarda silencio, se sienta y mira fijamente a los ojos a M. M.)
- T2 M. M.: A ver, "había una vez una niña, Gretel, que tenía un hermano, Juan, Ino!, digo, Hansel. La madrastra era muy mala y un día el papá se fué a trabajar y decidió perderlos en el bosque".
- T1 I. E.: Un momento, un momento, la madrastra convenció al padre y juntos los llevaron al bosque.
- T2 M. M.: ¿Ah? ¡hay que avisarle a cachirulo esto! (Cachirulo es un personaje de los cuentos infantiles mexicanos).
- T1 I. E.: "Los niños perdidos se internan en el bosque y son atraídos a la casa de la bruja que es de caramelos: la trampa perfecta pues los niños son golosos y no pueden resistirse. Allí decide engordar a Hansel pero el niño listo sabiendo que la bruja es ciega, - cuando se acerca a tocarle la pierna, le enseña un hueso y la bruja exclama: 'dejáme tocar tu penecito a ver si ya es como el de tu papá, Juanito'...

(Juan tiene serias dificultades con su padre, a quien constantemente roba, jactándose en el grupo de que la madre lo prefiere sobre el papá; también existe el antecedente de que al poco tiempo de nacido Juan, muere un hermanito un año mayor que él; en la fantasía del paciente este murió de hambre ya que el padre no proveía comida suficiente y la leche materna estaba destinada para él).

P4 Juan: No sé, es que hay cosas que sólo uno debe saber -- (lo dice sentado y con la cabeza agachada).

T1 I.E.: Juan yo te veo muy asustado y tratando de poner el miedo en tus compañeros; debe de ser por todas estas cosas que dices que "sólo tú debes saber"... Nos vemos la próxima sesión.

4.3.3 COMENTARIOS A LA SESION DE PSICOTERAPIA DE GRUPO.

En el Instituto Mendao no es común este tipo de sesiones que incluyen la utilización del cuento; sin embargo, en lo personal considero indicado su uso en el tratamiento de psicóticos, cuando se dificulta que los pacientes permanezcan en la sesión y especialmente --- cuando hay situaciones de conflictos agudos difícilmente abordables a corto plazo, donde quizá se tendría que recurrir a la medicación como único recurso en una emergencia. El cuento atrae al paciente psicótico en forma poderosa, le permite conocer la universalidad de un conflicto, le disminuye la culpa que genera un superyo primitivo y permite posteriormente el manejo con técnicas usuales.

En esta sesión fué posible manejar una pareja resistencial, en especial establecer un vínculo con Juan, paciente sociópata que debido a los límites impuestos en las asambleas, rechazaba a la gran mayoría de los terapeutas; había establecido un vínculo especialmente intenso con la terapeuta mujer de la terapia familiar, situación que por supuesto era una repetición de su historia: amaba a su madre y deseaba que ésta por él rechazara al padre; al no permitirse en la comunidad la repetición de esta parte de su historia, Juan hace esta crisis que posteriormente repercutió en un mayor insight y en la posibilidad de continuar el tratamiento individual.

4.4 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL.

La psicoterapia individual en el Instituto Mendocino, que en mi opinión, se ha considerado durante mucho tiempo la parte medular del tratamiento, generalmente se inicia durante el período agudo de la enfermedad, internado el paciente y supuestamente deberá continuar en el consultorio privado del terapeuta, aún cuando el paciente ya no conserve ningún nexo con el Instituto.

Las interpretaciones se hacen en transferencia, ya sea con el terapeuta individual o con la institución según se dé el caso. El terapeuta debe estar preparado para tolerar la incertidumbre y la dificultad para pensar; su función primordial, lo hemos dicho antes,

es la de en términos de Bion (1963), ser "continente". Por otro lado, el terapeuta, debe estar capacitado para tolerar las "transformaciones" que se realizan desde un pensamiento no verbal, y que se manifiestan en la contratransferencia "dentro del cuerpo" del terapeuta como ilusiones, alucinaciones y somatizaciones (Goldberg Lea, 1979).

En el caso de que el paciente requiera reintegrarse a su vida social rápidamente, se procura darle la "máxima estructura" en el menor tiempo posible. De no ser así se buscan a través de la interpretación, minirrupturas epistemológicas (Mendizábal y Zepeda en Trabajando en Equipo, 1981) que consecuentemente llevan a la desestructuración, previa a una nueva estructuración, más sana.

Así, el proceso se realiza en forma muy similar a la de los pacientes neuróticos, pero sí hay diferencias en cuanto a la técnica:

- a) El encuadre: se mantiene en cuanto a "abstención" del terapeuta pero varía en duración, lugar, pago, etc.
- b) El paciente puede llevar trabajos manuales, mascotas, o un amigo o familiar en los casos en que está en un cuadro agudo, si se considera que esto favorecerá la comunicación y el que se establezca un vínculo.

Se da la paradoja entonces, de ayudar a pensar a un paciente que "precisamente por sus trastornos de pensamiento, le teme -- tanto al suyo como al del terapeuta. Conforme el paciente va evo-

lucionando de una posición esquizo-paranoide a una cercana a la --- posición depresiva, se presenta el momento de la 'crisis catastrófica' porque el paciente, ahora en posesión del pensamiento verbal, lleva a cabo un proceso de recalificación de múltiples experiencias del pasado. Es el momento del insight más doloroso de la más terrible comprensión de lo que ha vivido, de lo que lleva adentro y de lo que es "(Mendizábal A. y Zepeda Rita, en "Trabajando en Equipo", 1981, p. 39).

Desgraciadamente es aquí donde muchas familias deciden --- suspender el tratamiento, por lo que es necesario prepararlos mediante la terapia familiar.

Ilustraré mis reflexiones transcribiendo una sesión con un paciente atendido en terapia individual; él ha padecido esquizofrenia paranoide desde hace diez años y ha requerido de múltiples internamientos en diversas instituciones. Ha tenido tres terapeutas anteriores y recién iniciado el tratamiento se le diagnostica una fractura craneoencefalica, por lo que éste se suspende para que se realice una operación quirúrgica en el extranjero, ya que el líquido cefalorraquídeo le salía por la nariz. Después de eso ha presentado una crisis sévera, con alucinaciones de fin de mundo e ideación suicida, regresando al instituto en un estado similar al catatónico. Al mes de su regreso empezaba a poder comunicarse verbalmente; en la

sesión anterior habíamos trabajado con un recuerdo suyo relativo a su segundo cumpleaños que consiste en que el paciente va a romper su piñata con un gran palo, y al irle a pegar, la sirvienta suelta la piñata lo que le ocasiona gran frustración. En la supervisión con la Dra. Martha Arregui habíamos considerado este recuerdo como uno encubridor de una fantasía de daño a la madre y a los hermanos ya que por esas fechas habían nacido un par de gemelos; el paciente es el cuarto hermano de siete, seis varones y una niña, siendo la niña la menor.

4.4.1 SESION DE TERAPIA INDIVIDUAL.

- P- Estoy muy angustiado por mi familia, muy preocupado porque temo que tengan muchos problemas de dinero. Me he sentido muy culpable, muy mal por eso; sin embargo hablé con mi hermano y me dijo que todo estaba bien, no entiendo entonces porqué me preocupo...
- T- ¿Con cuál hermano?
- P- Con Pepe, mi hermano, y dice que está todo bien, que no hay problemas de dinero...
- T- ¿Tu tenías otra idea?
- P- (Asiente en un largo silencio)
Siento que todo el mundo me rechaza, que me quieren hacer daño. Cuando estaba en mi pueblo empecé a sentir que me metía un líquido sucio por la nariz, que me hacía daño y me suicidaba así.
- (Silencio)
- T- Así ya no es un líquido que sale por la nariz y tú con miedo a morir, sino que tú decides cuándo morir, tú lo controlas, inviertes la situación.

P- No, no has entendido, eso fué en diferentes momentos, en otro orden, primero se salió el líquido.

M- Ya entiendo, tú quieres que tus fantasías y temores tengan precisión y orden.

P- ¿No es así, verdad?

(Silencio largo).

T- ¿Y no será esto mismo lo que ocurre con lo que te imaginas sobre tu familia ? Que quizás, ante lo difícil que te es reconocer que puedes tener rabia tú con ellos, porque les va bien a todos, lo inviertes y ahora están mal, y se quedarán sin dinero...

(Silencio largo y se agarra la cabeza)

P- Estoy muy preocupado, porque yo sabía que tenía hongos y los podía contagiar, y sin embargo tuve relaciones sexuales con una muchacha. Se los debo haber contagiado y debo estar mal ¿No crees que debería de hablarle por teléfono y avisarle?

(Silencio , espera una respuesta, ansioso...)

T- Pero entonces tú serías muy poderoso...

P- Yo he causado muchos daños... (silencio)

T- Sería como si esa muchacha fuera la piñata a quien con sólo acercar tu poderoso pene, quedara destruida; quizá temas también hacerme daño a mí.

P- Pero entonces si no soy poderoso ni nada, mejor (me observa con -- cuidado) yo no quiero ser poderoso, no quiero sentirme culpable.

T- Sí... pero ¿Por qué necesitarás sentirte poderoso?

P- Si no, habría indiferencia... no le importaría al mundo...

T- ¿Al mundo? Pero estabas hablando de tu familia...

(Silencio largo)

P- Pero mi familia quiere lo mejor para mí...

(Silencio largo, se agarra la cabeza, como sintiendo que le puede explotar).

T- Parece que me estás mostrando como te asusta pensar que tu familia sea indiferente con lo que a ti te pasa; quizá tienes miedo porque pensar en estas cosas te ha hecho enloquecer.

4.4.2 COMENTARIOS SINTETICOS A LA SESION DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

En esta sesión es posible apreciar el pensamiento omnipotente del paciente, la dicotomía omnipotencia-impotencia y como a través de la transferencia logra tomar contacto con sus fantasías agresivas, donde a la vez que desea destruir, teme haberlo hecho y desea repararlo; también se puede apreciar su temor a pensar en su minusvalía, desamparo y en sus relaciones familiares. En esta sesión no se insiste en ello por considerar la terapeuta que no es el momento adecuado para contactar más profundamente con ese material; sin embargo sí se señala el temor a pensar en ello.

V LOS PACIENTES Y SU PATOLOGIA

El Instituto Mendao -teóricamente- fué creado para el tratamiento de psicóticos agudos recuperables; sin embargo, la realidad nos ha impuesto la necesidad de adaptarnos a muy diversos tipos de patología. El objetivo básico en la institución es conocer la personalidad de un individuo desde distintos puntos de vista: genético,-- estructural, dinámico y económico para proporcionar el tipo de tratamiento más conveniente.

Existen consideraciones respecto al pronóstico, que suelen variar, dependiendo del diagnóstico y que cobran significado en función de las expectativas de la persona enferma, de la familia y del equipo.

Es común y comprensible que al saber que existe una -- Comunidad Terapéutica con un enfoque multidisciplinario, las familias concurren con la expectativa de mejorías inmediatas, que al no ser logradas en breve tiempo traen como consecuencia la desilusión y el abandono del tratamiento; esto suele ocurrir en el caso de las "esquizofrenias".

Por su parte, para el equipo, especialmente para aquellos que no son psicoterapeutas, esto también suele tener importancia; el trabajo con psicóticos no suele proporcionar satisfacciones cuando se esperan resultados "maravillosos" en un breve tiempo, sino todo lo contrario.

En un intento de conocer el trabajo realizado en Mendoza y con el fin de sistematizar la información, realicé una revisión de los casos tratados los primeros dos años (1978-1980); se encontró que ingresaron un total de 77 personas de las cuales 17 no aceptaron el plan de tratamiento interdisciplinario y abandonaron el hospital durante la primera semana, antes de haber sido estudiadas y diagnosticadas por el equipo.

En la tabla I se presentan las cifras de los casos, según su diagnóstico, que es realizado de acuerdo al DSM III. Se hace referencia en el diagnóstico a la estructura básica de personalidad; así por ejemplo, aunque todos los casos de "personalidad borderline" (fronterizos) ingresaron por presentar un "brote psicótico agudo", en el diagnóstico nos referiremos a la estructura de personalidad.

También vale la pena señalar que de los 60 casos tratados, 28 utilizaban una o varias drogas pero que sin embargo, esto se consideró un diagnóstico adicional que reflejaba un síntoma, debido a que en algunos casos la droga se utilizaba para mitigar un cuadro depresivo, mientras que en otros era parte de una estructura sociopática.

Precisar los resultados obtenidos es una tarea difícil porque habría que considerar los criterios para su evaluación, mismos que son sumamente discutibles desde el marco de la teoría psicoana

lítica. Sin embargo, en el interés de iniciar las investigaciones sobre Mendao y como una primera aproximación, sujeta a reflexiones sistemáticas posteriores se hizo una revisión de los expedientes y casos, encontrándose que sólo el 18% de los pacientes tratados los primeros dos años llegaron a obtener su alta total.

El 10% de los pacientes continúan tratándose en el Instituto, correspondiendo 3% al diagnóstico de "esquizofrenia hebefrénica" y el restante 7% a pacientes con diagnóstico de "esquizofrenia paranoide".

Con el interés de conocer la evolución de los pacientes dados de alta (¿qué ocurrió con ellos cuando salieron de la institución?) se realizó un seguimiento de casos que consistió en visitas domiciliarias efectuadas por los doctores Sergio Muñoz y Sergio Xochihua. El objetivo de las entrevistas era conocer sus opiniones sobre el Instituto -a través de un cuestionario-, conocer como habían evolucionado y practicar una valoración psiquiátrica. Los datos obtenidos en las entrevistas fueron confrontados con el terapeuta que actualmente los trata, en el caso de que los pacientes hubieran seguido la -- recomendación de continuar en psicoterapia individual y/o con sus familiares. Los casos dados de alta fueron once, tres con diagnóstico de "esquizofrenia paranoide", tres con diagnóstico de "personalidad borderline", y cuatro con diagnóstico de "depresión psicótica". Se pudo entrevistar a diez; uno de ellos, diagnosticado como "depresivo", actualmente no radica en la ciudad de México.

Se encontró que la evolución había sido positiva en términos de:

- 1) Todos ellos continúan en tratamiento psicoanalítico individual, tal como se les recomendó (ninguno lo hacía antes del tratamiento).
- 2) Hay conciencia de lo profundo de su enfermedad y de las causas que la motivaron.
- 3) Ninguno ha requerido de rehospitalización más de un año después de haber sido dados de alta del Instituto.
- 4) Presentaban una remisión de la sintomatología que ameritó el internamiento, que ha perdurado desde que fueron dados de alta.
- 5) Se encontró que había habido cambios en cuanto a la inserción de la persona en el medio social, en términos de: tipo de ocupación, estudios, actividades artísticas (pintura, poesía) y/o estructura de la familia (divorcios o salida del hogar paterno).

Los detalles de las opiniones obtenidas en la encuesta se presentan en el apéndice; sin embargo, queda pendiente contestar por qué sólo ellos obtuvieron su alta. No todos suspendieron el tratamiento por el mismo motivo; revisando la evolución, se encontró por ejemplo que en los casos de "personalidad borderline", lo más frecuente

TABLA I

Total de Pacientes ingresados al Instituto: 77

Pacientes que no aceptaron el Plan de tratamientos: 17

Total de Pacientes tratados: 60

Diagnóstico	No.de Pacientes	Porcentaje
Trastorno de Personalidad "Borderline"	16	27
Trastorno de Personalidad antisocial o sociopático	11	18
Esquizofrenia Paranoide	10	17
Trastorno depresivo	8	13
Trastorno mixto: Esquizofrenia paranoide, drogadicción, sociopatía y alteración electroencefalográfica del lóbulo temporal	3	5
Trastorno de Personalidad histérico	3	5
Esquizofrenia hebefrénica	3	5
Reacción psicótica aguda por tensión laboral en personalidades obsesivas.	2	3.33
Psicosis Infantiles	2	3.33
Síndrome cerebral orgánico secundario a la utilización de litio en personalidades maniacodepresivas de edad avanzada.	2	3.33

60

100

fué que se suspendiera el tratamiento en el momento en que remite la sintomatología aguda, ya que consideraron innecesario continuarse tratando.

En los casos de "esquizofrenia paranoide" fueron las familias las que decidieron suspender el tratamiento; en muchos casos se hace evidente la resistencia y el temor al cambio en la estructura familiar, aunque es frecuente también que se suspenda el tratamiento al no --- observarse cambios a corto plazo .

Es con los pacientes con diagnóstico de personalidad sociopática o antisocial con quienes se ha obtenido peores resultados, ya que no hubo casos dados de alta durante los primeros dos años. El Instituto Mendoc en sus orígenes no pretendía tratar sociópatas. Sin embargo, la realidad nos hizo ver que este trastorno en diversas intensidades, era el más común unido a la adicción a alguna droga. Por ello se ha dedicado un gran esfuerzo a repensar y modificar el programa de tratamiento de aquellos que padecen esta enfermedad. Dinámicamente hemos confirmado que existe en el fondo un grave conflicto -- familiar; las más de las veces se ha establecido un vínculo simbiótico con una madre sobreprotectora en donde el padre es anulado como autoridad; a su vez el padre tiende a competir y rivalizar con el hijo.

Hay una tendencia defensiva en el paciente a negar el conflicto y la ansiedad, a través de la actuación, en un "como si" que podría

decir: "Si ya actué, ya nadie me puede volver a castigar". De este modo se evita sentir el temor a la castración y la depresión.

También ha sido muy frecuente encontrar alteraciones electroencefalográficas, por lo que actualmente se ha modificado el plan de tratamiento de este padecimiento, proporcionando límites firmes que eviten la actuación y fármacos. Es común que la alteración orgánica, haya aparecido a consecuencia del abuso de drogas. Podría interpretarse que la droga substituye en la fantasía el contacto con la madre, tan deseado como temido.

Con estas modificaciones recientemente se ha observado una mejoría evidente en la sintomatología, lo que ha favorecido que este tipo de pacientes establezca un vínculo terapéutico, pero es prematuro hablar de resultados.

En los casos de "Personalidad histérica" hubo dificultad en arribar al diagnóstico, pero los tres casos interrumpieron el tratamiento en el hospital al interpretarse la ganancia secundaria de la enfermedad. En el caso de la "esquizofrenia hebefrénica" los tres casos que ha habido continúan en tratamiento; se ha logrado con ellos el que establezcan un vínculo terapéutico, participen en algunas actividades comunitarias y logren mejores relaciones con sus familiares. Los tres casos llevan más de diez años de evolución por lo que para el equipo reviste gran importancia lograr evitar

un deterioro mayor y que mantengan contacto con el mundo exterior, situación que se ha logrado. No obstante se sabe que el pronóstico es malo y aunque las expectativas son limitadas, profesionalmente implica un reto para el equipo poder ayudarlos.

En los dos casos diagnosticados como "reacción psicótica aguda por tensión laboral", el cuadro agudo se desencadena a consecuencia de tensiones en el trabajo, al desempeñar labores de gran responsabilidad. Al remitir la sintomatología, suspenden el tratamiento. En las entrevistas de seguimiento fué posible observar que no hubo modificaciones en la personalidad, que era de tipo obsesivo, pero que sin embargo no han presentado una recaída.

Respecto a los casos de "Psicosis Infantil", en ninguno hubo una colaboración por parte de la familia. A uno de ellos la institución le suspende el tratamiento poniendo como requisito que la madre ingresara a terapia individual, condición que no fué aceptada. El segundo caso está siendo tratado en el extranjero con poco éxito, según informes proporcionados por la familia recientemente. Actualmente el Instituto no acepta en tratamiento este tipo de pacientes.

En el caso del tratamiento de trastornos agudos de ancianos se ha obtenido buenos resultados. En los dos casos que abarca el lapso comprendido en este estudio se obtuvo una buena evolución del cuadro agudo, al detectar desde el principio, el equipo de psiquia-

tría, el componente orgánico de la intoxicación. Ambos casos mejoraron estando internados, pero al iniciarse el tratamiento externo las familias consideraron innecesario continuarlo. En las entrevistas, un año después, se averiguó que actualmente padecen trastornos físicos severos, por lo que las familias consideran inútil el tratamiento psicológico que se efectuó.

Por último estarían los casos mixtos diagnosticados como -- "esquizofrenia paranoide, sociopatía, drogadicción y alteración del lóbulo temporal". Llama la atención que en los casos en que incidían estos diagnósticos, fueron los tres que el Instituto se rehusó a seguir tratando debido a que presentaron una conducta sumamente agresiva en la comunidad que no era controlable con psicoterapia y/o medicamentos. En las entrevistas, casi dos años después, se averiguó que los tres han requerido hospitalizarse en instituciones tradicionales.

Con todos estos datos es posible comprender que la labor del trabajo en Comunidad Terapéutica con pacientes psicóticos es ardua, es difícil predecir cuándo se tendrá éxito; quizá esto se comprenda mejor si se añade que, de los tres casos de "esquizofrenia paranoide" dados de alta, dos de ellos estuvieron los primeros meses reuientes al tratamiento y amenazando con suspenderlo sistemáticamente. El estudio objetivo de esos casos conducía a precisar un mal pronóstico y de salientar los intentos de tratamiento; sin embargo en la actualidad han

logrado una remisión de su sintomatología florida, mantienen un buen contacto con la realidad y continúan su esfuerzo por curarse. Por ello es que en Mendoza las más de las veces se considera que el mayor éxito está dado cuando se logra que el paciente y la familia tomen conciencia de la enfermedad, comprendan el sentido de ésta y recurran a la institución no sólo para el manejo de una emergencia, sino como el ámbito en el cual se busca una reestructuración profunda de la personalidad.

VI CONCLUSIONES.

A través de este trabajo pudimos revisar el material bibliográfico sobre Comunidad Terapéutica, para conocer el concepto, cómo surgen, desarrollan y proliferan este tipo de instituciones en el mundo.

Asumir la importancia del medio social y su determinancia sobre la conducta individual es algo que surge en nuestro siglo; por ello Comunidad Terapéutica no es sinónimo de manicomio moderno, sino lugar que busca el desarrollo de una personalidad sana, lo que ha generado que en la actualidad surjan Comunidades Terapéuticas - para escuelas, fábricas, cárceles, etc. La aplicación en los diversos campos está pendiente de realizarse aún en nuestro medio.

Aspirar a concretar en nuestro medio la posibilidad de que el enfermo mental tuviera un campo en donde fuera escuchado, tolerado y cuidado, fué en otros tiempos una meta. Hoy en día se aspira a más, se aspira a la rehabilitación y la reestructuración de los diversos aspectos de su personalidad.

Intentar crear una Comunidad Terapéutica para psicóticos ha sido una tarea compleja y llena de dificultades, sólo posible gracias a la tenacidad y capacidad de trabajo de todos los miembros del equipo que el personal de Mendao ha conformado.

El trabajo en el Instituto Mendao aspiraba en sus inicios a poder tratar al anfermo en un medio en donde -- pudiera gozar de libertad, responsabilidad y en alguna -----

medida de la posibilidad de ejercer poder en los asuntos que conciernan a su persona y a la institución, esto ha sido posible en la medida en que se ha ido desarrollando la comunidad y especialmente - cuando aprendemos a no tenerle temor a la locura propia y ajena.

La experiencia en la Comunidad Terapéutica nos muestra la dificultad que implica compartir con el enfermo decisiones; la dificultad para tolerar que el dominio total no nos corresponda y la dificultad para hacer contacto con el profundo significado de sus síntomas y actuaciones.

Quizá lo más enriquecedor de la experiencia estriba en la posibilidad de constatar cómo en condiciones sociales distintas, la distancia entre el "loco" y el "no loco" se acorta y al confrontarlo, nos cuestiona sobre nuestra propia locura.

La perspectiva del trabajo en equipo implica enriquecer el tratamiento que se ofrece al paciente, pero obviamente también implica renunciar a que el enfoque que cada uno de nosotros posee, es la única respuesta. Sabemos que desde el lugar que cada uno ocupa, estamos viendo un matiz del complejo fenómeno que es la psicosis y que desgraciadamente no existe aún una teoría que lo explique de manera integral y mucho menos la "técnica ideal" para enfrentarlo.

Esto llama a la modestia y al esfuerzo por estudiar y sistematizar el conocimiento que vamos obteniendo, sabiendo que quizá hoy día, a pesar de todos los conocimientos adquiridos sobre la

enfermedad mental, el intento genuino de proporcionar un trato humano, respetuoso y especialmente de comprensión y de escucha al ser humano que sufre, sigue teniendo un gran valor; ayudar al enfermo a pensar y a contener su dolor, a recuperar la autoestima y salir de la marginación, a decodificar mensajes contradictorios o confusos, a confiar en sus percepciones, a distinguir entre mundo imaginario y mundo real, en una palabra a ser su propio "continente".

En Mendao, hoy día parece natural que el psicótico vaya al cine, maneje su dinero, escriba un poema o tenga su automovil. Sin embargo, los inicios estuvieron matizados por la gran ansiedad y responsabilidad que estas acciones implicaban para el equipo.

Paulatinamente hemos podido corroborar que muchas acciones que el "loco" no puede llevar a cabo, son el resultado de que hemos "sanos" que decimos que no las puede realizar.

Sin embargo, cada innovación que se efectúa en la comunidad trae consigo una crisis; muchas veces es el impacto de la crisis la que genera una innovación. El personal debe estar preparado para ello y resulta claro que el esfuerzo que ello implica, es grande.

No fué fácil la primera vez que saltamos a un cine o al mercado con un grupo de "psicóticos". El temor de que alguno agredie se a alguien o se hiciera daño era sumamente intenso. Cuatro años después, quizá lo más impresionante es que ninguno lo haya hecho. Parecería que aún el más loco sabe cómo y cuándo puede o

debe enloquecer; suele ocurrir que sí aprovechan estas oportunidades para actings como escaparse... y sin embargo uno se pregunta ¿Por qué regresan?... Quizá porque en una Comunidad Terapéutica como Mendao hay algo que difícilmente se puede visualizar aún con el material ilustrativo que se presentó en este trabajo y esto es su especial "clima emocional".

En este trabajo se presenta a la comunidad desde diversos ángulos: psiquiatría, psicodiagnóstico, la asamblea, la terapia familiar, la terapia de grupo, la individual...

Obviamente quedan muchos sectores sin cubrir pero el -- intento del trabajo es transmitir una experiencia y reflexionar sobre sus posibilidades y limitaciones. Vemos que sí es factible el trabajo con psicóticos en Comunidad Terapéutica en nuestro medio, que no es sencillo, pero que hay muchas cosas que se pueden lograr. Muchos dirán que esto es algo ya conocido de antemano; no obstante, sigue inquietando en nuestro entorno la distancia que existen entre lo que los profesionales de la salud sabemos y lo que hacemos; y queda aún por conocer a fondo la diferencia entre esto último y lo que creemos y decimos que hacemos. Por ello es que presumiblemente la comunidad de Mendao no es todo lo que aquí se afirma y es muchas otras cosas que aquí no se consignaron...

No obstante que no se abordaron exhaustivamente todos los ámbitos terapéuticos de la institución -aunque sí se mencionaron-

se expusieron los lineamientos teóricos y técnicos con los que se trabaja, que son el resultado de una "epistemología convergente" en donde la enfermedad mental se conceptualiza como el resultado del desequilibrio bio-psico-social, abordándose el tratamiento de la psicosis, no en forma fragmentaria desde los diversos ángulos, sino de manera totalizadora, desde los diferentes niveles del ser humano sufriente y su inserción en ellos: el nivel biológico, el psicológico, el familiar, el grupal y el institucional. Dichos niveles se interrelacionan dialécticamente y en la actualidad son objeto de estudio de la ciencia a --- través de las diversas técnicas específicas para cada caso.

Se revisaron los casos que fueron tratados durante los primeros dos años con este modelo de tratamiento realizándose un seguimiento de aquellos que llegaron a obtener su alta (el 18%) encontrándose una buena evolución año y medio después, en términos de remisión de síntomas, rehospitalización y adaptación social. También se realizaron entrevistas con algunos (10 casos) de los que no llegaron a concluir el tratamiento, planteándose algunas consideraciones al respecto. El número reducido de pacientes que fueron tratados durante este -- período, no permite hacer conclusiones contundentes.

Por ello quizá, como profesionistas queremos centrar el intento en transmitir una experiencia que esperamos llegue a fructificar con investigaciones sistematizadas que nos permitan responder a preguntas

como ¿Porqué han fallecido tantas Comunidades Terapéuticas?, ¿ Que modelo de comunidad es mas útil para determinados pacientes en -- países diferentes?, ¿Podría un sólo especialista abordar el tratamiento integral del psicótico?, ¿Como se presenta la transferencia en un paciente que es tratado en multiterapia?

Por último esperamos colaborar a la preparación técnica de profesionistas que no arriben al mundo del enfermo con todas las ba rreras ideológicas de prejuicios con que nuestro equipo se inició, y esten capacitados para ver al "enfermo mental" a la cara y saludarlo cordialmente; que se tenga la capacidad de convivir, vibrar, sentir, pensar y actuar congruentemente a la velocidad de pensamiento que posee un ser humano que ha sufrido profundamente al intentar adaptarse a un medio social que a él le parece indispensable para sobrevivir, para lo cual ha requerido de realizar infinitas y rápidas transformaciones autoplásticas: EL PSICOTICO.

APENDICE I

INVESTIGACION PARA EVALUACION DE LOS
RESULTADOS QUE HAN OBTENIDO LAS PER
SONAS TRATADAS EN EL INSTITUTO MENDAO.

El Instituto Mendao acaba de cumplir cuatro años de vida, y en este momento se plantea la necesidad de conocer más a fondo los resultados obtenidos en este período. Con este motivo, queremos pedirle tenga la amabilidad de contestar el siguiente cuestionario en forma franca. En el caso de que en algún punto no le sea sencillo responder o tenga alguna duda, discútalos con el entrevistador, y de ser posible no deje ningún punto en blanco.

Queremos hacer énfasis en que la información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

1.- El recuerdo que guarda del Instituto es:

2.- ¿Podría decirnos tres cualidades que usted considera que el Instituto Mendao tiene?

3.- ¿Podría usted decirnos tres defectos que a su manera de ver debería cambiar el Instituto?

4.- ¿Podría usted hacernos una breve descripción del motivo que ameritó su tratamiento en la Clínica?

5.- ¿Considera usted haber mejorado durante el tiempo que estuvo en el Instituto y por qué?

6.- En el caso de que haya mejorado ¿los cambios fueron perdurables?

7.- Continúo usted con los tratamientos que le recomendó la Clínica,
¿ por qué?

8.- En el caso de que haya usted tenido recaídas ¿podría decirnos
en que han consistido y como fueron tratadas?

9.- ¿ Ha estado usted hospitalizado por estas recaídas? ¿Dónde?

10.- ¿Ha tenido usted alguna ocupación formal desde que salió de
la Clínica?

11.- ¿Podría decirnos en que consiste?

12.- En cuanto a sus relaciones con las personas significativas en su vida, ¿hubo cambios?

13.- ¿En qué consistieron y cómo los ha vivido usted?

14.- ¿Que opinan sus familiares cercanos del tratamiento que recibió en la Clínica?

15.- ¿Nos autorizaría usted a comunicarnos con sus familiares que participaron en el tratamiento, para pedirles su opinión al respecto?

Si _____

No _____

16.- En el caso de que usted esté en tratamiento en este momento. ¿Nos autorizaría a hablar con su doctor para pedirle su opinión respecto a los resultados del tratamiento que usted recibió en la Clínica?

Si _____

No _____

APENDICE 2

TABLAS CON LAS OPINIONES DE LOS EXPACIENTES QUE OBTUVIERON EL ALTA DEL INSTITUTO MENDAO.

TABLA 1

¿Cual es el recuerdo que guarda el expaciente del Instituto Mendao?

	Bueno	Malo	Prefiere Olvidar	Total
Esquizofrénicos	1	0	2	3
Borderline	3	0	0	3
Depresivos	3	1	0	4
Total	7	1	0	10

N=10

TABLA 2

¿Cual fué el motivo por el cual requirió tratamiento?

	Si coincide con el diagnóstico	No coincide
Esquizofrénicos	3	0
Borderline	3	0
Depresivos	4	0
Total	10	0

TABLA 3

¿Continúa las prescripciones proporcionadas por el Instituto al ser dado de alta?

	SI	NO
Esquizofrénicos	3	0
Borderlines	3	0
Depresivos	4	0
Total	10	0

TABLA 4

¿Hubo cambios en la estructura familiar o en la inserción de la persona en el medio social? (ocupación, estudios, salida del hogar paterno, divorcio).

	SI	EVENTUALMENTE	NO
Esquizofrénicos	0	3	0
Borderline	3	0	0
Depresivos	4	0	0
Total	7	3	0

TABLA 5

Ha vuelto a requerir rehospitalizarse

	NO	SI
Esquizofrénicos	3	0
Borderline	3	0
Depresivos	4	0
Total	10	0

TABLA 6

Mencione tres cualidades que usted considera tiene el Instituto Mendao*

	Capacidad Técnica	Buen ambiente y convivencia	Eficacia a largo plazo	Respecto a la opinión del débil	Actividades en el exterior	Seguridad	Comida excelente
Esquizofrenia	1	1		1		1	1
Borderline	3	3	3		1		
Depresivos	2	3	2	1	1		
	6	7	5	2	2	1	1

TABLA 7

Tres defectos que considera tiene el Instituto Mendao*

	Que lo maneje una familia	Que se permita realizar actings	Que uno se aburre al final del tratamiento	No permitir relaciones sexuales	Personal de psiquiatría sin experiencia	Ambiente artificial	No cobrar	Dejarse influir por el dinero
Esquizofrénicos		2	1	1	1			
Borderlines		1		1	1	1	1	1
Depresivos	1		1					

N=10

*Cada una de las diez personas podía si lo deseaba plantear tres cualidades o defectos.

Referencias Bibliográficas

- Abruzzi M. D. "The failure of Therapeutic Communities, Drug Treatment and Rehabilitation Programs". Int. Journal of Addictions, 1979, 14 (7) 1023-1030.
- Anthony W. A. et al. "The measurement of rehabilitation outcome". Schizophrenia Bull., 1978, 4, 365-398.
- Attie Rohl Thalía. Intento de una Comunidad Terapéutica. Tesis doctoral inédita, U. N. A. M., 1978.
- Basaglia Franco. La Institución Negada. Buenos Aires: Ed. Barral, 1972.
- Bateson G., Ferreira A. J., Jackson D., Lidz T., Weakland J., Wynne L., Zuk G. H. Interacción familiar. Aportes Fundamentales sobre Teoría y Técnica. Buenos Aires: Ed. Tiempo Contemporáneo, 1974.
- Blake R. "Analytic Group in Therapeutic Communities". Group --- Analysis, 1981, p. 212.
- Bierenbroospot P. "The 'De Oosthoek Conflict' ". Int. Journal of Therapeutic Communities, 1980, Vol 1 (3) -- 171-80.
- Bion W. R. Experiences in Groups. Londres: Tavistock, 1959.
- Bion W. R. Elements of Psychoanalysis. Londres: W. Heinemann, 1959.
- Bloor M. J. "The nature of Therapeutic Community. Some -- Preliminary Findings". Int. Journal of Therapeutic Communities, 1980, Vol 1 (2) 80.
- Brown K. and Burman R. Working in a group with adolescents and their parents at the Cassel Hospital. Cassel Hospital Diamond Jubilee Conference, London, 1980.
- Burman R. Regressive Distortions in a Psychotherapeutic Community. Cassel Hospital Diamond Jubilee Conference, London, - 1980.

- Beitlen R. "The Evolution of a token economy programme for female chronic schizophrenic patients", Journal of advance nursing, 1979 (4) 307-318.
- Clark H. D. Psiquiatría Administrativa. Los roles en la Comunidad Terapéutica. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1964.
- Clemente Cecilia. "Preparation for individual and Group Therapy: A discussion of the Theoretical, Rationale and experimental Findings". Int. Journal of Therapeutic -- Communities, 1980, Vol 1 (4) 226.
- Cooper D. Psiquiatría y Antipsiquiatría. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1978. (4a. Edición)
- Denford A., Rosser A. The Process of Brief Focal Psychotherapy on Patients with chronic Obstructive Airways -- Disease. Cassel Hospital Diamond Jubilee -- Conference, London, 1980
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, preparado por: "The Task force nomenclature of the American Psychiatric Association", 1978.
- Edelwich J. Burn Out. New York: Human Sciences Press, 1980.
- Freud S. Obras Completas de... (Traducción de L. López Ballesteros) Madrid: Edit. Biblioteca Nueva, 1973, 3 vols.
- García Reynoso D. Reflexiones sobre el Grupo Operativo en la Clínica Mendao. Trabajo presentado en el Instituto Mendao, México, 1979.
- Goffman E. Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Edit. Amorrortu, 1961
- Goldberg Lea. "Notas sobre la Transferencia-contratransferencia en estados psicóticos". Int. Journal of Psychoanalysis, 1979, Vol 60 (3) 347-356.
- Goran Ahlin. "A model for institutional Development Towards Therapeutical Community". Group Analysis, April, 1981.

- Grainick A. El Hospital Psiquiátrico como instrumento terapéutico. Buenos Aires: Edt. Paidós, 1974.
- Grinberg L., Langer Marie, Rodríguez E. Psicoterapia del grupo. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1974.
- Grinberg L., Sor D., Tabak Elizabeth B. Introducción a las Ideas de Bion. Buenos Aires: Edt. Nueva Visión, 1979.
- Grinspoon L., Shader R. Psychotherapy and Drugs in Schizophrenia. Drugs in combination with other therapies. Ed. Greenblatt M. New York: Grune and Stratton, 1975.
- Hartman J. "Medication, a necessary Evil?" Int. Journal of therapeutic Communities. 1980, Vol 1 (2)
- Hinshelwood R. D. "The Seeds of Disaster", Int. J. of Therapeutic Communities, 1980, Vol 1 (3) 181-188.
- Hinshelwood and Manning (Ed.) Therapeutic Communities, Reflexions and Progress Routledgeand, London Kegan, 1979.
- Klein Melanie. "Notas sobre mecanismos esquizoides". Rev. de Psicoanálisis, 1948, Vol 6, 1.
- Jansen Elly (Ed.) The Therapeutic Community, London: Croom Helm, 1980.
- Jones M. "The concept of Therapeutical Community. American Journal of Psychiatry, 1956.
- Jones M. Maturation of the Therapeutical Community. New York: Human Sciences, 1978.
- Karon B, Vandebos G. "Experience, medication, and the effectiveness of psychotherapy with schizophrenics: a note on Drs. May and turna's conclusion. Br. J. --- Psychiatry 116:427-428, 1970.
- Laing R. y Esterson A. Cordura, Locura y Familia. México: Fondo de cultura Económica, 1970.
- Legorreta Gabriela y Guzmán M. El gran documento. Trabajo presentado en el Instituto Mendoa, México, 1981.

- Lemly Mulvang. "A therapeutic Community is terminated". Group Analysis, April, 1982.
- Lopez E. R. La Tercera Revolución Psiquiátrica. Estudio de una Comunidad Terapéutica. Venezuela: Ed. Ateneo de Caracas, 1980.
- Mailhiot B. Dinámica y Génesis de Grupos. Madrid: Ed. Marova, 1980.
- Manning N. "Collective Disturbance in Institutions: A Sociological View of crisis y Collapse". Int. Journal of Therapeutical Communities, 1980, (1) 3, 147.
- Matthews J. et al "A non Neuroleptic Treatment for Schizophrenia". Schizophrenia Bull, 1979, Vol 5, 2.
- Main T. "Some Basic concepts in Therapeutical Community Work". Ed. Elley Jansen, London 1980.
- May P. Treatment of Schizophrenia: A Comparative Study of Five treatments methods. New York: Science House, 1968.
- Mendizábal A. Tratamiento de Psicóticos en una Institución. Trabajo presentado en la Séptima Semana de Psiquiatría del norte, Monterrey, 1979.
- Mendizábal A. Trascendencia del Psicoanálisis en la Comunidad Terapéutica Mendao. Trabajo presentado en A. P. M. con motivo del XXV aniversario de la Asociación Psicoanalítica. México, 1982.
- Mendizábal A. y Kolteniuk M. Premisas Teóricas del Instituto Mendao. Trabajo presentado en el Instituto Mendao, México, 1980.
- Michaud Ginnette. Seminario sobre Técnica en el Tratamiento de -- Psicóticos. Curso impartido en el U. N. A. M. México, 1980.
- Miche Susan. "A Therapeutic Community in Cuba". Int. Journal of Therapeutical Communities, 1980, vol 1 (2) 92.
- Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. Barcelona, Granica Ed., 1977.

- Moss H. R. "Evaluating the environments of Residential care Settings". Int. Journal of Therapeutical Communities, 1980, Vol 1 (4) 211
- Mosher L. R., Keith S. J. "Research of the Psychosocial treatment of Schizophrenia". American Journal of Psychiatry, 1979, Vol. 136 (5) 623-631.
- Muir B. J. "Is In-patient Psychotherapy a valid concept?". Cassel -- Hospital, Diamond Jubilee Conference, London, 1980.
- Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP). Elaborado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Stanford, Palo alto, E. E. U. U., 1979.
- Padró R. El Síndrome de Burnout en las instituciones de Salud Mental. Causas, efectos y alternativas de solución. Tesis de maestría, U. I. A., México 1982.
- Parloff M., Dies R. "Group Psychotherapy, Outcome Research, 1966 - 1975". Int. Journal of Group Psy. 1977, 27, 281 319
- Pichón Rivière E. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Buenos -- Aires: Edit. Galerna, 1970. 2 vols.
- Ploeger A. "The Therapeutical Community in the Federal Republic of Germany in the past, in the present and in the Future". Int. Journal of Therapeutical Communities, 1980, Vol. 1 (2) 75.
- Preiser M. "Schizophrenic Patients and Schneiderian First Rank -- Syntoms". Am Journal Psy., 1979, Vol 136 (3) 323-26.
- Pullen G. "Communal Medication". Int. Journal of Therapeutical Communities, 1980 Vol 1 (2) 125-127.
- Radosh Silvia. Grupo Mendao de abril a junio. Reflexiones del 2º-- ejercicio de Grupo operativo. Trabajo presentado en el Instituto Mendao, México, 1981
- Rapoport R. Community as Doctor. New York: Arno Press, 1960.

- Ristich De Groote M. La Locura a través de los Siglos. Madrid: Ed. Bruguera, 1970.
- Roberts J. P. "Destructive Processes in a Therapeutic Community". Int. Journal of Therapeutical Communities, 1980, -- Vol 1 (3) 159-170.
- Rodríguez E. Biografía de una Comunidad Terapéutica. Buenos Aires: Ed. Eudeba, 1985.
- Rotrock J. et al "A Family Therapy Outcome Study in an Inpatient Setting". Am. Journal Orthopsych. 47, 514-522, 1977.
- Saville H. and Wagenborg H. "Oscillations in a Therapeutic Community". Int. Journal of Therapeutic Communities, 1980, Vol 1 (3) 137-146.
- Stanley G. The Therapeutic Community, container or Bizarre Object. Cassel Hospital Diamond Jubilee conference, London, 1980.
- Stanton A. and Schwartz M. The mental Hospital. Basic Books, New York, 1954.
- Trabajando en Equipo (a) Trabajo presentado por el equipo del Instituto Mendoc en la Asociación Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, 1980.
- Trabajando en Equipo (b) Trabajo presentado por el equipo del Instituto Mendoc en la Facultad de Psicología de la Universidad de Queretaro, 1981.
- Van Kalsbeek A. G. "The Zuideroord Story". Int. Journal of Therapeutic Communities, 1980, Vol. 1 (3) 189-202
- Whiteley Stuart, Gordon J. Group Approaches in Psychiatry. London: Routledge and Kegan Ed., 1979.