

Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto"

CONSIDERACIONES HISTÓRICAS DE LA REHABILITACIÓN COMUNITARIA EN PSIQUIATRÍA

My. René Esteban Ventura Velázquez,¹ My. Reynol Moreno Puebla,¹ Dr. Antonio Caballero Moreno² y Dra. Solangel Hernández Tápanes³

RESUMEN

La psiquiatría comunitaria está llamada a convertirse en la opción fundamental para prevenir y tratar los trastornos mentales a partir de sus recursos asistenciales, así como las acciones de rehabilitación e incorporación de los pacientes a la comunidad sobre la base de la utilización de técnicas, métodos, teorías de la psiquiatría social y otras ciencias sociales para investigación, y satisfacer las necesidades de salud mental de una comunidad. Esta necesidad se ha enfrentado a múltiples obstáculos que son los que se analizan en este trabajo. Su factibilidad se destaca a partir de múltiples avances que incluye el desarrollo científico-técnico en la psiquiatría y ha creado las bases para la reinserción de los enfermos mentales a la sociedad, teniendo que superar la mentalidad existente que relaciona a estos enfermos con la violencia, la impredecibilidad de la conducta, lo polimorfo de las manifestaciones psicopatológicas y conductuales. Se hace un análisis en distintos países, incluso dentro de un mismo país, de modelos y experiencias particulares. Se concluye que la psiquiatría comunitaria está llamada a convertirse en los próximos años, en la alternativa a seguir en el tratamiento de enfermos psiquiátricos, por lo que su implementación práctica debe constituir una meta de la psiquiatría actual.

DeCS: PSIQUIATRIA COMUNITARIA; REHABILITACION.

La psiquiatría comunitaria está llamada a convertirse en la opción fundamental para prevenir y tratar los trastornos mentales a partir de sus resortes asistenciales y psicosociales debidamente dirigidos por psiquiatras.¹

Se trata de una manera de organizar la asistencia psiquiátrica que incluiría una

serie de conocimientos necesarios para el psiquiatra, lo que le permitiría participar en programas enfocados hacia la promoción de la salud mental, prevención y tratamientos de los trastornos mentales, así como la rehabilitación e incorporación de los pacientes a la comunidad. Estaría basado en la utilización de técnicas, métodos, teorías de

¹Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor Asistente.

²Especialista de I Grado en Psiquiatría.

³Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación.

la psiquiatría social y otras ciencias sociales para investigación y satisfacer las necesidades de salud mental de una comunidad.²

Se considera una alternativa a la institucionalización, modelo de atención psiquiátrico clásico, con base en el manicomio, cuya idea fundamental del trastorno era la de una enfermedad crónica que exigía el aislamiento del paciente de su medio habitual, con todo tipo de cuidados que incluían su atención, protección y custodia.³

Esta propuesta tendría por objetivo una mejor atención al enfermo mental. Pero se enfrenta en la práctica con obstáculos de todo tipo, que incluyen desde la tendencia de los psiquiatras y quienes lo dirigen a mantener los viejos modelos asistenciales, el recelo de las comunidades con sus creencias sobre la enfermedad mental y los pacientes psiquiátricos, y la preocupación de los estados con respecto a la atención de estos pacientes.

Por esta razón la Asamblea General de Naciones Unidas dictó, entre otras, la resolución 46/119⁴ para la protección de los enfermos mentales y la protección de la salud, que recoge un conjunto de principios entre los que se encuentran las libertades y los derechos fundamentales de los enfermos mentales (aspecto este restringido en los criterios tradicionales de la asistencia psiquiátrica), la función de la comunidad y la cultura en el tratamiento de estos. En el principio 9 de esta resolución destinada al tratamiento, se plantea que todo paciente tendrá derecho a ser tratado en condiciones lo menos restrictiva posible según un plan individual elaborado que se discute con el paciente y se controla con regularidad orientado a preservar y mejorar la autonomía personal.⁴ Esta resolución evidencia la preocupación de la comunidad internacional por los aspectos relacionados con la atención al paciente con trastornos mentales, lo que hace requerir de marcos legales en su implementación.

TENDENCIAS DE LA PSIQUIATRÍA

Al comienzo del siglo xx la psiquiatría como rama de las ciencias médicas reclama su espacio mientras va forjando su identidad, desde esa fecha han prevalecido tendencias biólogos y sociólogos, que han intentado explicar la conducta humana e intervenir en ella hasta llegar a un punto en el que para continuar su desarrollo se hace necesario un cambio cualitativo en la estructura organizativa de la atención psiquiátrica.

EFOQUE BIÓLOGO

Considera que la enfermedad mental tiene un origen somático, asume la enfermedad mental como síntoma de trastorno orgánico (lesión cerebral, endocrina o metabólica). Da poca esperanza de recuperación de estos pacientes, preconiza la importancia de institucionalizarlos lejos de la sociedad que les rodea. Basa su atención en el tratamiento con medicamentos.

El uso de estupefacientes es tan antiguo como la humanidad, inicialmente como parte de rituales religiosos y luego, además, para el tratamiento de enfermedades, hasta que en 1883 *Kraepelin* realiza un estudio científico sistematizado en sujetos sanos, por el que gana el reconocimiento de padre de la farmacología (*Kraepelin E. Über die beeinflussung einfacher vorgänge durch einige arzneimittel. Jena, 1892*).

Con el desarrollo científico-técnico alcanzado por la farmacología general aparecen, en los primeros años de la década de los 50, nuevos medicamentos del grupo de los neurolepticos (clorpromazina y reserpina, 1952), las benzodiazepinas (clordiazepóxido y diazepam, 1955-1960) y los antidepresivos (imipramina, 1957).⁵ En su conjunto, estas sustancias que influyen en la conducta humana reciben el nombre

de psicofármacos y han proporcionado un importante desarrollo en el método de tratamiento psiquiátrico.

ENFOQUE PSICOLOGISTA

Freud,⁶ en 1895, desarrolla la teoría psicoanalista en su obra *Studien ver Hysterie*, que propicia un vuelco en el tratamiento a los pacientes con trastornos mentales, con un desarrollo continuo hasta nuestros días, de sus principales aportes los cuales se pueden resumir en: la creación de la terapia psicológica. Fue pionero del estudio de los factores que influyen en la relación médico-paciente. Permitió el estudio psicológico de las enfermedades orgánicas.

A su vez se han desarrollado un grupo de otras técnicas conductivas, cognoscitivas y reflexológicas, que amplían el marco de posibilidades terapéuticas de la psicoterapia. De aquí surge la Comunidad Terapéutica, tratamientos como el *Token Economy*, las técnicas basadas en el aprendizaje, etcétera.

ENFOQUE SOCIOLÓGICO

Inicialmente consideraba que la locura era una tara hereditaria que formaba parte de la selección natural, apartando a los débiles y defectuosos de los demás (darwinismo). Pensaba que el ambiente influía en esta degeneración. Se podía proteger a la raza mediante la eugenesia (investigación de los estigmas hereditarios trasmisibles, con la puesta en marcha de dispositivos que aseguren la procreación de individuos sanos y normales, con mejora constante de la especie).

A partir de estos 3 enfoques se produce un intento de síntesis en las concepcio-

nes biopsicosociales de hoy, lo que favorece la modificación de los modelos asistenciales centrados en el hospital psiquiátrico y proporciona la rehabilitación mental del paciente.

La misión de la rehabilitación psiquiátrica es la de ayudar a los discapacitados por afecciones psiquiátricas a funcionar de manera efectiva en los roles que ellos desean en su vida, con un mínimo de intervención profesional.

Para lograr este objetivo que al mismo tiempo tendrá efectos preventivos, no se debe limitar la labor a intervenciones individuales, sino que se debe dotar al sujeto de un papel activo y actuar también sobre el ambiente en el que vive y con el que coevoluciona.⁷ La intervención ambiental tiene máximo interés, si se acepta que los estereotipos que acarrea la enfermedad mental influyen no solo en las actitudes del entorno, sino también en la imagen interiorizada por el sujeto afectado, se crea una seudoidentidad.

Para modificar este aspecto de gran poder cronificador, se hace necesario potenciar que el paciente viva en un espacio normal, desarrolle actividades de la vida diaria, genere un reconocimiento, que cambiará de forma sustancial la imagen interiorizada del sujeto, y modifique las barreras mentales en lo concreto y lo cotidiano. Al paciente no se le trata pues como un objeto de la curación, sino de desarrollo y crecimiento personal.⁸

Por otra parte, los resultados del desarrollo científico-técnico no siempre han sido bien aceptados por las personas y las sociedades enteras, por lo que ofrecen obstáculos a su implementación, así ocurrió con invenciones hoy tan comunes como el automóvil y el teléfono. Por estas razones no es extraño la preocupación de la sociedad sobre los beneficios que pueda tener el desarrollo científico-técnico en la psiquiatría,

por lo que la aceptación de la reinserción de los pacientes con trastornos mentales no ha sido adecuada, así como la existencia de una desigual apreciación de estos problemas en distintos grupos sociales.

Esta mentalidad está relacionada con ideas y preocupaciones sobre aspectos que relacionan a estos enfermos con la violencia, la impredecibilidad de la conducta, y lo polimorfo de las manifestaciones psicopatológicas y conductuales, problemas posibles a enfrentar en los centros de trabajos, así como la posibilidad de que tengan dependencia con alteraciones.

Algunas consideraciones aumentan la intolerancia y la estigmatización entre las que se incluyen: la urbanización, el aumento de la complejidad de las labores, la mentalidad de que la enfermedad es extraña, la educación y los medios de divulgación.

Haciendo referencia a este último, en los Estados Unidos, en los programas de televisión, aparecen como responsables de hechos violentos el doble de pacientes psiquiátricos que de personas sanas. Por otra parte, a lo largo de la historia, las actitudes sociales hacia el paciente mental y la teoría científica imperante sobre la patogenia de la enfermedad ha determinado el tipo de tratamiento recibido. Desde la edad media toda Europa contaba con numerosos lugares de reclusión, donde se encerraba a pacientes psiquiátricos, que provocaban problemas de desorden social, en los mismos lugares donde se encerraban mendigos y delincuentes.

No fue hasta finales del siglo XVIII que a estos pacientes se les comienzan a ver como enfermos y a la locura como una entidad clínica. Por primera vez se describen los síntomas y los tratamientos considerando que la enfermedad es el resultado de un desorden moral adquirido, que puede curarse ordenando dicho hábito moral, aislando en los llamados asilos y luchando contra la inactividad mediante prácticas que ocupen

su cuerpo. Este movimiento dignifica la vida del paciente, pero no cuestiona la existencia de estas instituciones.

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que más se ha beneficiado del desarrollo científico-técnico en psiquiatría, por ser la más estudiada, pero por otra parte es la que más dificultades ha tenido por ser aceptada por la sociedad.

Existen criterios de que es un trastorno irreversible con incremento de la discapacidad lo que lleva a convertirlos en intratables, este criterio tiene como origen lo planteado según un grupo de autores⁹ incluyendo a *Kraepelin*, aunque otro grupo^{10,11} ha planteado que las personas con esquizofrenia pueden recuperarse total o parcialmente de la enfermedad en algún punto de su curso.

El proceso de desarrollo de la enfermedad es complejo y heterogéneo, no lineal, donde su desarrollo depende además de la interacción del paciente con el medio. El paciente tiene que recuperarse del daño que le produce el tratamiento, de la actitud negativa de los profesionales, del estigma y la discriminación de la sociedad y de la falta de destreza en algunos profesionales en rehabilitación.

La enfermedad y el tratamiento pueden llegar a una reducción de la autoestima del paciente que repercuten en su integración social y lo toma aislado de los otros, lo que propicia actitudes estigmatizadoras en algunos profesionales y familiares.

En lo que hasta ahora se ha planteado se tiene que el desarrollo producido en la psiquiatría gracias a la revolución científico-técnica, permite que el paciente psiquiátrico pueda llegar a curarse y rehabilitarse, por lo que su atención puede pasar del anterior método custodial al de participación mutua.

Este proceso que comenzó en la segunda mitad del siglo XX no ha estado ajeno al

fenómeno de enajenación social acontecido en Europa Occidental y los Estados Unidos, basado en concepciones neosexistenciales que llegaron a cuestionar la asistencia psiquiátrica, los psiquiatras y hasta la existencia de enfermedades mentales, a su vez la propia psiquiatría ha sido reacia a romper sus postulados y se ha convertido ella misma en un obstáculo para su desarrollo, al que se le suma el que ejerce la sociedad por el recelo a los resultados de este proceso.

Esta situación fuerza el cambio de la atención psiquiátrica del manicomio al comunitario, con la comprensión de que el internamiento y el aislamiento no cumplen ninguna función terapéutica y sí un papel social de segregación.

Este cambio en la perspectiva de atención psiquiátrica comienza en Europa con los conceptos de comunidad terapéutica desarrollados por *Maxwell-Jones*, cuyo principio teórico-básico es el tratamiento del paciente mediante la relación con otros pacientes, con sus familiares y con el personal que se ocupa de su tratamiento (Reorientación de la psiquiatría hacia la orientación primaria. Memoria del Taller Internacional. La Habana, 1995).

Pero el punto culminante se da con la Reforma Italiana, facilitada por voluntad política del estado, lo que posibilita la desinstitucionalización; paralelamente se produce la deshospitalización en los Estados Unidos, centrada en concepciones psicósomáticas y su institucionalización mediante la creación de las primeras unidades psiquiátricas en hospitales generales. Ambas políticas con sus puntos débiles en su implementación, la variante europea al no producirse alternativas asistenciales al hospital psiquiátrico, y la norteamericana al convertir al paciente psiquiátrico en *homes less*; razón por la cual la Asociación Americana de Psiquiatría ha llegado a calificar de tragedia social a las

consecuencias de la política de deshospitalización psiquiátrica llevada a cabo en los Estados Unidos. Los hospitales psiquiátricos de los Estados Unidos vieron decrecer su población de internos a base de limitar el número de nuevas admisiones e incrementar el de las altas que fueron a parar a la comunidad. Muchos fueron a las calles de los grandes núcleos urbanos, otros engrosaron los asilos y residencias que no estaban preparados para acoger pacientes psicogerítricos, no teniendo otro resultado que la transinstitucionalización de estos pacientes.

Como consecuencia de ello se viene desarrollando actualmente en la ciudad de Nueva York, un proceso de internamiento involuntario en camas psiquiátricas municipales de aquellos pacientes mentales crónicos que hacen su vida en las calles de la ciudad. Esta iniciativa apoyada por la Asociación Psiquiátrica Americana ha resultado, a su vez, polémica.¹²

A esto se deben las más severas críticas que han sufrido estas políticas al reprochársele el que antes de plantearse una reestructuración de la asistencia psiquiátrica, habría que haber sido cautos en la previsión de los recursos con los cuales se pretende atender a esta nueva población, y pensar si, con ello, sería suficiente para proporcionar una calidad de vida mayor que la que llevaba hasta entonces dentro de las paredes del manicomio.

Principalmente la razón estaría en que los recursos creados, en un principio para que estos pacientes estuvieran atendidos, han tenido que ser compartidos con nuevos pacientes que antes no demandaban atención psiquiátrica. Otra cuestión es que existe una tendencia a disminuir la relación con los pacientes desinstitucionalizados en el momento en que los problemas económico-sociales no están resueltos.¹³

En este contexto, América Latina basa su acción en la declaración de Caracas con la intención de velar por un mejor y más justo trato a los pacientes, por la calidad de la atención y la garantía del respeto a los derechos humanos básicos, esforzándose por incorporar a la praxis psiquiátrica los avances de la ciencia y la técnica, tanto en su vertiente biológica como social, así como centrar su atención en la comunidad con la participación de esta.¹⁴

Pero su desarrollo no ha sido homogéneo, en Brasil, este cambio se inició con la inserción de unidades psiquiátricas en hospitales generales en la década de los 50, proceso que se detuvo como consecuencia del modelo de asistencia psiquiátrica fuertemente centrado en el hospital psiquiátrico tradicional, y no fue hasta finales de la década de los 70, cuando algunos documentos oficiales preconizaron la necesidad de disminuir los ingresos y de que se organizaran tratamientos ambulatorios. A pesar de los esfuerzos aún existe en Brasil una distribución desigual del número de camas psiquiátricas en los servicios de salud mental en las diferentes regiones del país, con concentración en las capitales de los estados y en las regiones más desarrolladas.¹⁵

En Cuba, el Sistema de Salud se integra a partir de la década de los 60, tomando como base la existencia de los subsistemas estatales, privados y mutualistas, y se estructuran en 3 grandes niveles, primario, secundario y terciario. La reforma de los servicios psiquiátricos comenzó en 1959, desde la década de los 60 se introducen servicios de psiquiatría en hospitales generales, y en la de los 70 se crean hospitales de día y unidades de intervención (como modelo de atención de urgencia psiquiátrica). Se inserta el equipo psiquiátrico en el policlínico, se crean instituciones de atención psiquiátrica ambulatoria (dispensarios)

y se desarrollan programas de rehabilitación.

En la década de los 80, con el Programa del Médico de la Familia, se favorece la orientación de la especialidad hacia la atención primaria. A partir de la década de los 90 se crean las bases para la reorientación de este proceso, al propiciarse las condiciones objetivas y subjetivas para ellos, dadas las condiciones existentes:¹⁴

- Nivel de desarrollo alcanzado por el Sistema de Salud, en particular del médico de la familia.
- Modificaciones en conceptos, actitudes y prácticas de los trabajadores de la Salud Pública.
- Incapacidad y alto costo de las instituciones hospitalarias de psiquiatría para resolver los problemas de salud mental.
- Experiencias prácticas que demuestran su factibilidad.
- Desarrollo de una política de prevención social vinculada a la comunidad.
- Comprensión del problema planteado y la voluntad de las instituciones políticas para resolverlo.

Dentro de su planificación se debe incluir:

- Identificación de las necesidades de salud mental de esa población.
- Impartir cursos para satisfacer las necesidades de preparación del personal.
- Organización de un sistema de asistencia psiquiátrica integrada en el sistema general de salud, utilizando los recursos existentes y planificando los necesarios para poder atender las necesidades.
- Prevención de las enfermedades psiquiátricas, adquiriendo este punto tanta importancia como el tratamiento directo.
- Integración del ingreso psiquiátrico dentro de los hospitales generales.

- Intervención en crisis allá donde se produzca.
- Creación de espacios para la rehabilitación.
- Participación de los ciudadanos, tanto en la toma de decisiones sobre sus necesidades de asistencia psiquiátrica, como en los programas para el abordaje de estas.¹⁴

La comunidad internacional le presta especial atención a la situación en que viven los pacientes mentales en el mundo, por lo que la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en la 29 Sesión Ordinaria, refiere estar consciente de la carencia de personal, así como en su conocimiento insuficiente y desactualizado de este, lo que es perjudicial para un correcto tratamiento de los enfermos mentales y, en particular, de las condiciones que rigen el ingreso de los pacientes, su alta, y que los errores y abusos que ocurren en este aspecto causan tragedias humanas, por lo que se hace necesario redefinir normas legales o médicas con estos fines (Recomendación 818 sobre

la situación de los enfermos mentales. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, 29 Sesión Ordinaria. Derechos humanos y responsabilidad profesional de los médicos. Argentina, 1998:149-51).

Estos planteamientos, por una parte, muestran la situación desventajosas en la que se encuentran un grupo importante de los pacientes psiquiátricos, pero, por otra parte, la desconfianza que aún persiste en la capacidad de la psiquiatría para resolverlos, alegando aspectos relacionados con empleos negativos de los conocimientos psiquiátricos en casos de actividades criminales y legales de los pacientes, la amenaza a los derechos de la integridad física y psíquica de estos, y la utilización de la psiquiatría con fines políticos.

En nuestra opinión, la psiquiatría comunitaria está dada a convertirse, en los próximos años, en la alternativa a seguir en el tratamiento de enfermos psiquiátricos, por lo que su implementación práctica debe constituir una meta de la psiquiatría actual.

SUMMARY

Community psychiatry is called to become the fundamental option to prevent and treat mental disorders, starting from its assistance resources and from the rehabilitation actions and the incorporation of patients to the community by using techniques, methods and theories of social psychiatry and other social research sciences, and to meet the needs of mental health in a community. This need has faced multiple obstacles that are analyzed in this paper. Its feasibility is stressed based on the various advances of the scientific and technical development in psychiatry that has created the bases for reinserting mental patients into society, overcoming the existing mentality that relates these patients to violence, the behavior unpredictability, and the polymorphous psychopathological and behavioral manifestations. An analysis of particular models and experiences in different countries and even within a country is made. It is concluded that community psychiatry should become an alternative to be followed in the treatment of psychiatric patients in the next years, and that's why its practical implementation should be a goal for current psychiatry.

Subject headings: COMMUNITY PSYCHIATRY; REHABILITATION.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan HJ, Sadock BJ. Psiquiatría comunitaria. En: Tratado de Psiquiatría. La Habana: Editorial Científico-Técnico; 1989; vol 2:1873-92.
2. Arrollo J. Psiquiatría Social y Psiquiatría Comunitaria. En: Alarcon V. Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 1986:669-73.

3. Baca Baldomero E. Psiquiatría Social y Psiquiatría Comunitaria. En : Ayuso Gutiérrez JL, Salvador Carulla L. Manual de Psiquiatría. Méjico DF: Editorial Interamericana; 1992:663-80.
4. Resolución 46/119. La protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la salud mental. Derechos humanos y responsabilidad de los médicos. Argentina. 1998:132-44.
5. Compendio de Psicofarmacología. Basilea: Ediciones Roche; 1998:15-8.
6. Freud S, Breuer J. Studien Over histerie. Viena: Deuticke; 1895.
7. Aparicio Basauri V. Rehabilitación e integración: una cuestión abierta. Inform. Psiquiatr 1993;(131):13-9.
8. García González J. Epistemología de la desinstitucionalización. Docum Psiquiatr Comun 1990;(0):7-II.
9. Kraepelin E. Dementia praecox, in clinical psychiatry: a textbook for students and physicians. 6 ed. New York: Macmillan; 1902.
10. Seva A. La psiquiatría preventiva y la higiene mental. En: Salud mental evolutiva. Zaragoza: Editorial Pórtico; 1983:23-65.
11. Harding CM, Straus JS, Hafez H, Liberman P. Work and mental illness I. Toward and integration of the rehabilitation process. J Ner Mental Dis 1998; 175(6):317-25.
12. Guimon J. Métodos de evaluación de la política de desinstitucionalización. RAEN 1989;9(31): 534-6.
13. González G. La desinstitucionalización en la red de salud mental de Asturias. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado; 1992:95-101.
14. Donald G, Langsley MD. Psiquiatría comunitaria. En: Kaplan HI, Sadoch BJ. Psiquiatría. 2 ed. Barcelona: Salvat; 1989:1873-80.
15. Alves Domingos SN. Reestructuración de los servicios de salud mental en Brasil. Psiquitr Pública 1996;8(4):216-24.

Recibido: 21 de febrero de 2003. Aprobado: 24 de marzo de 2003.

My. *René Esteban Ventura Velázquez*. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental, municipio Habana del Este, CP 11700, Ciudad de La Habana, Cuba.