

# Una Alternativa al Tratamiento y Rehabilitación de Enfermos Mentales Crónicos\*

**Dr. H.E. Ayala\*\***  
**Mtra. en Psic. S.K. Chism\*\***  
**Psic. G. Cárdenas\*\***  
**Psic. M. Rodríguez\*\***  
**Psic. L. Cervantes\*\***  
**Psic. P. Caballero\*\***

Es preocupación constante de funcionarios, profesionistas e investigadores incidir eficazmente en la grave problemática asociada al tratamiento y rehabilitación del enfermo mental crónico. Actualmente el modelo prevalente de atención a enfermos mentales crónicos se basa esencialmente en una conceptualización en la que la conducta anormal, problemática o desviada, se considera como síntoma de una enfermedad subyacente.

En México, como en otros países que tienen una política articulada para atender a esta población, la adopción de esta filosofía ha propiciado la creación de instituciones cuya función principal se puede entender como de custodia y almacenaje. Esto se observa especialmente en aquellos enfermos que no responden rápidamente a esfuerzos de tratamiento (Ellsworth, 1969; Fowlkes, 1975; Ludwig, 1971; Rosenhan, 1973; Ullmann, 1967; Ullmann y Krasner, 1965; Wing y Brown, 1970; Pucheu, 1981). El resultado de que los hospitales para este tipo de pacientes se circunscriban principalmente a custodia, tiene por consecuencia que el índice más alto de ocupación de camas en ellos, corresponda a enfermos mentales crónicos. Los estudios evaluativos exhaustivos sobre esta alternativa de acción que hasta la fecha se han realizado, han arrojado resultados de sorprendente ineficacia. Por ejemplo, no sólo existe una bajísima probabilidad (6%) de que un paciente que ingresa a un hospital psiquiátrico sea dado de alta (Gorel, 1966; Hassallet y cols., 1965; Kramer y cols., 1961; Morgan y Johnson, 1957; Ullmann, 1967), sino que el índice de reinstitucionalización de aquellos pocos que logran salir, se ha indicado que es aproximadamente de 72% (Taube, 1974).

Una alternativa que se ha propuesto para el tratamiento y rehabilitación de esta población, es la de emplear un modelo re-educativo basado en una aproximación analítico-conductual. El empleo de una aproximación conductual al tratamiento de pacientes crónicos hospitalizados, se inicia en Canadá con los trabajos de Ayllon y Azrin en el año 1965. A partir de esa fecha se ha desarrollado un sinnúmero de programas basados en este modelo para enfrentar la problemática del paciente crónico hospitalizado y la de su rehabilitación (Athowe y Krasner, 1968;

Shaeffer, Martin y cols., 1966; entre otros).

La aplicación hecha por Paul y Lentz (1977) de un modelo analítico-conductual al tratamiento del paciente crónico hospitalizado, es la más cuidadosamente evaluada y la que ofrece mayor evidencia de la eficacia de los programas conductuales sobre programas tradicionales psiquiátricos y de programas de tratamiento "Milieu". Esta investigación demuestra claramente la eficacia del análisis conductual aplicado, al lograr en casi un 100%, mejorar el funcionamiento de los pacientes, darlos de alta y mantenerlos fuera del hospital psiquiátrico.

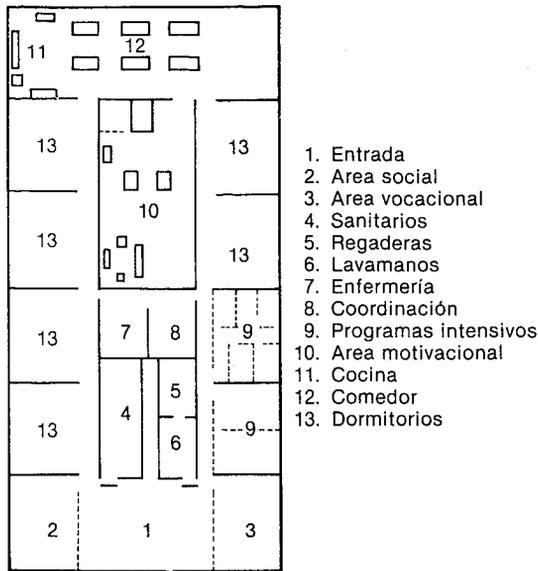
En países como el nuestro, donde los recursos humanos y materiales son escasos, resulta particularmente oneroso un sistema de atención al paciente crónico hospitalizado, que esté basado exclusivamente en un modelo tradicional de atención. Ante esta disyuntiva, en el año de 1978, las entonces autoridades de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, organismo responsable de proveer atención al enfermo mental crónico en México, iniciaron un programa demostrativo con la implementación de otro modelo de tratamiento y rehabilitación para pacientes crónicos hospitalizados. Con el apoyo del Instituto Mexicano de Psiquiatría, un grupo de investigadores establecieron en un hospital campestre, un programa de tratamiento y rehabilitación basado en una aproximación analítico-conductual. Aún cuando existen antecedentes del empleo de modelos conductuales en hospitales psiquiátricos en México (Domínguez, 1977), este programa de tratamiento y rehabilitación es el primero que es auspiciado formalmente por las autoridades de Salud Mental y financiado integralmente por una institución de investigación psiquiátrica. El programa se realiza en un hospital psiquiátrico de la SSA, y su objetivo principal es establecer en los pacientes las habilidades funcionales necesarias para su reintegración a la comunidad. El programa de tratamiento integral se compone de dos fases: El Programa de Pabellón y el Programa de Comunidad Terapéutica. El primer programa se desarrolla en un pabellón típico de hospital, al cual se le hicieron algunas modificaciones físicas superficiales. Este escenario se ha redistribuido como se muestra en la figura 1: Un área de recepción, un área de entrenamiento social, otra de entrenamiento vocacional, baños, un cubículo de enfermería, además del área de programas especiales, la recreativa, la cocina, el comedor y seis dormitorios.

\*Este trabajo fue apoyado parcialmente por el subsidio número 02-2380 del Instituto Mexicano de Psiquiatría, otorgado al primer autor.

\*\*Universidad Nacional Autónoma de México.

Figura 1

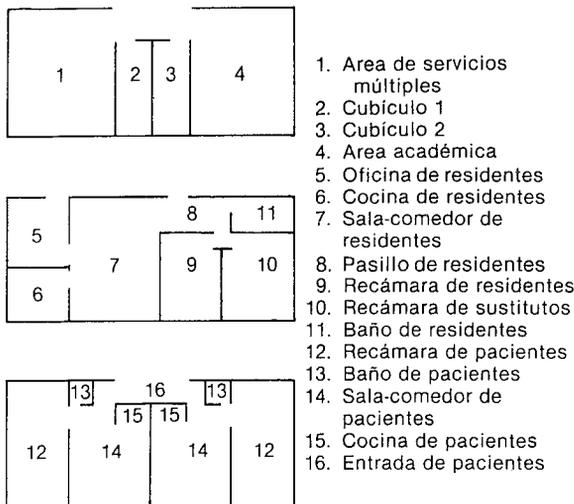
**DISTRIBUCION FISICA DEL PABELLON**



El Programa de Comunidad Terapéutica se desarrolla en un conjunto de cuatro unidades que fueron adaptadas de acuerdo a la siguiente distribución: En la primera unidad se encuentran un área de servicios múltiples, dos cubículos de trabajo y un área de entrenamiento académico; en la segunda unidad se encuentra la vivienda de los psicólogos residentes y la tercera y cuarta unidades se componen de cuatro apartamentos donde viven los pacientes. (Ver figura 2).

Figura 2

**DISTRIBUCION FISICA DE LAS VILLAS TERAPEUTICAS**



Los sujetos que han participado hasta la fecha en este programa, son 47, que se seleccionaron de entre la población existente del hospital de acuerdo a su repertorio conductual, donde sólo se excluía a aquellos que tenían una edad mayor a 55 años o que presentaban impedimentos físicos severos.

Las características que muestran estos pacientes se

observan en la figura 3: El 61% de los sujetos fue diagnosticado como esquizofrénico, el 52% no poseía educación, el 55% tenía más de 40 años, el 97% son solteros, el 64% tiene un promedio de hospitalización mayor de 9 años, al 76% se les administraba medicamentos antipsicóticos.

El programa de Pabellón cuenta con cinco áreas de entrenamiento que son: la de autocuidado, la de mantenimiento, la vocacional, la académica y la de programas especiales. En el programa se atiende a una población de 35 pacientes. Todas estas áreas se apoyan en un sistema motivacional basado en una economía de puntos que se caracteriza por ser flexible. El propósito del sistema motivacional es el de proporcionar retroalimentación inmediata a los sujetos sobre su comportamiento. Este sistema, sin embargo, se va desvaneciendo y se reemplaza gradualmente por las condiciones de retroalimentación que se encuentran naturalmente en el medio.

Figura 3

**CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS SUJETOS**

CARACTERISTICA	PORCENTAJE
<b>Diagnóstico:</b>	
Esquizofrénicos	61
Orgánicos	30
Retardados	9
<b>Educación:</b>	
Ninguna	52
Primaria	36
Secundaria	12
<b>Edad:</b>	
16 a 30 años	18
31 a 40 años	27
41 o más	55
<b>Estado civil:</b>	
Solteros	97
Casados	3
<b>Tiempo de hospitalización:</b>	
0—1 años	3
1—3 años	15
3—6 años	6
6—9 años	12
9 años o más	64
<b>Medicamento:</b>	
Neurolépticos	76
Anticonvulsivos	15
Combinación	3
Ninguno	6

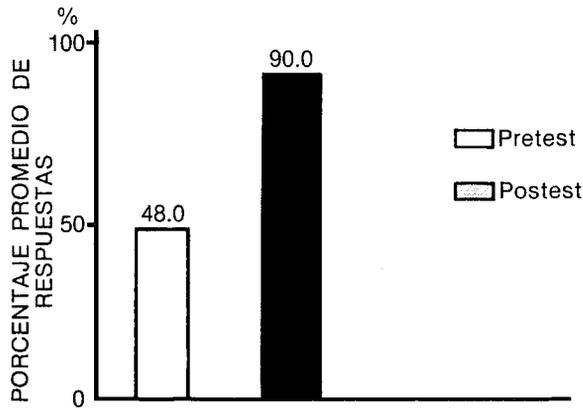
Al ingresar el sujeto al programa se lleva a cabo una evaluación inicial en cada una de las áreas de entrenamiento por medio de una lista de cotejo que determina el repertorio conductual que posee el sujeto en ese momento y que prescribe el tratamiento a seguir.

En el área de autocuidado se implementan programas de entrenamiento individual para las habilidades básicas, tales como: bañarse, rasurarse, lavarse los dientes, peinarse, cortarse las uñas, vestirse y asear sus zapatos. Los resultados muestran algunos de los avances obtenidos

en esta área, donde se observa el porcentaje de respuestas correctas que alcanzaron 12 sujetos antes y después del entrenamiento. (Ver figura 4).

Figura 4

### ESTABLECIMIENTO DE HABILIDADES DE AUTOCUIDADO



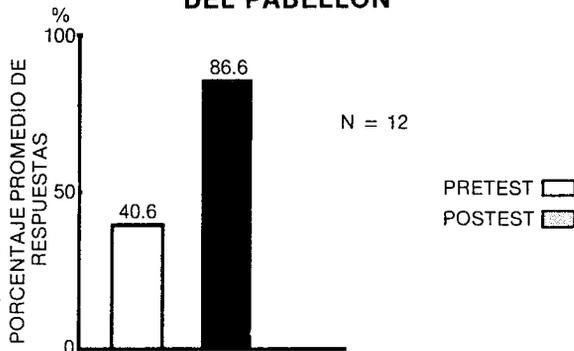
Ocurrencia de conductas apropiadas (bañarse, peinarse, rasurarse y lavarse los dientes) antes y después del tratamiento

En el área de mantenimiento se entrenan las habilidades necesarias para mantener limpios los escenarios donde los sujetos desarrollan sus actividades, como por ejemplo: barrer, sacudir, trapear y lavar trastes. La figura 5 muestra los datos obtenidos en el establecimiento de estas habilidades antes y después del entrenamiento.

El área de adiestramiento vocacional tiene a su cargo el entrenamiento de las habilidades prevocacionales, como: puntualidad, asistencia y constancia en el trabajo. En la figura 6 se muestra el porcentaje de respuestas correctas (asistencia, puntualidad y seguimiento de instrucciones) durante la línea base, el entrenamiento y dos meses de seguimiento. Dentro de esta área se trabaja también en programas en los que se enfatiza el establecimiento de conductas vocacionales, como: calidad en el trabajo y conductas sociales dentro de los talleres del

Figura 5

### MANTENIMIENTO DE LIMPIEZA DEL PABELLON



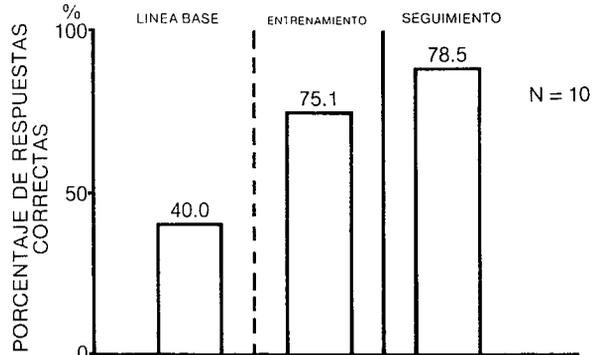
Ocurrencia de respuestas apropiadas (barrer, trapear, sacudir) antes y después del entrenamiento

hospital, como son los de zapatería, carpintería, lavandería y agricultura. En la figura 7 se muestran los datos que indican el éxito que ha tenido el programa debido a estos repertorios.

El área de adiestramiento académico está organizada en tres niveles de entrenamiento, estos son: preacadémico, académico y funcional. El entrenamiento en habilidades preacadémicas se da en trazo, discriminación auditiva y visual e identificación de signos. En cuanto a habilidades académicas, se adiestra en lectura, escritura y matemáticas. Por último, en habilidades funcionales se les adiestra en cómo llenar solicitudes de trabajo, en redacción y ortografía. La figura 8 muestra algunos de los datos que se han obtenido en esta área en el establecimiento de habilidades preacadémicas y académicas.

Figura 6

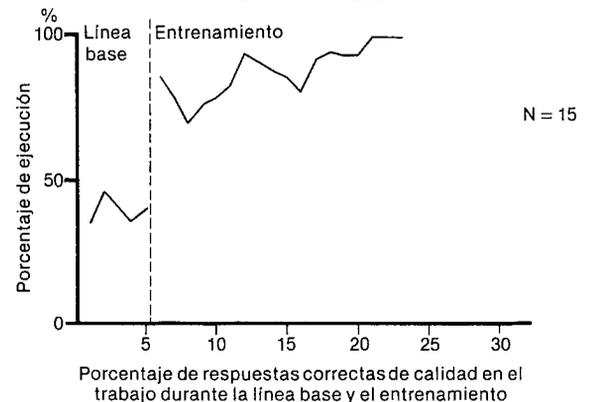
### ESTABLECIMIENTO DE HABILIDADES PREVOCACIONALES



Porcentaje promedio de habilidades prevocacionales (asistencia, puntualidad, y seguimiento de instrucciones) en los talleres de lavandería, carpintería, zapatería y campo

Figura 7

### ESTABLECIMIENTO DE HABILIDADES VOCACIONALES



Porcentaje de respuestas correctas de calidad en el trabajo durante la línea base y el entrenamiento

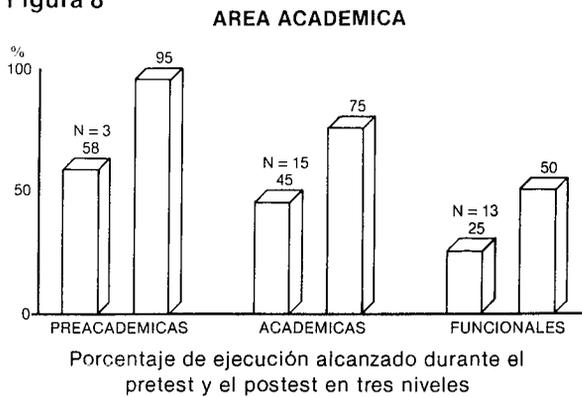
En el área de programas especiales se aplican programas intensivos a aquellos sujetos que no poseen las pre-requisitos básicas para su entrenamiento en las áreas de adiestramiento ya mencionadas. Dentro del repertorio de actividades que se entrenan en esta área, están principalmente las de atención, seguimiento de instrucciones, control de esfínteres, establecimiento de habilidades para comer y control de hábitos nerviosos. También en esta área se interviene en los estados emocionales intensos, como son: la agresión y la conducta delirante. A continuación se muestran los datos obtenidos por el establecimiento de habilidades apropiadas al comer, que se basó en el programa desarrollado por Azrin en 1973. En la gráfica 9 se observa el tiempo que tomó entrenar a doce

sujetos, encontrándose que el 100% se entrenó en sólo 9 días.

Una vez que los sujetos alcanzan los objetivos establecidos para el Programa de Pabellón, se les promueve para que ingresen al Programa de Comunidad Terapéutica. Este programa está basado en el modelo de "La Familia-Enseñante" (para más información consultar Ayala y cols., 1981) que es de estilo familiar, ya que se caracteriza por estar integrado por doce pacientes distribuidos en cuatro viviendas independientes y una pareja de psicólogos residentes.

El tratamiento que reciben los sujetos en este programa, está dirigido al refinamiento y mantenimiento de aquellas habilidades que harán posible que el paciente pueda lograr llevar una vida independiente. Para esto se

**Figura 8**



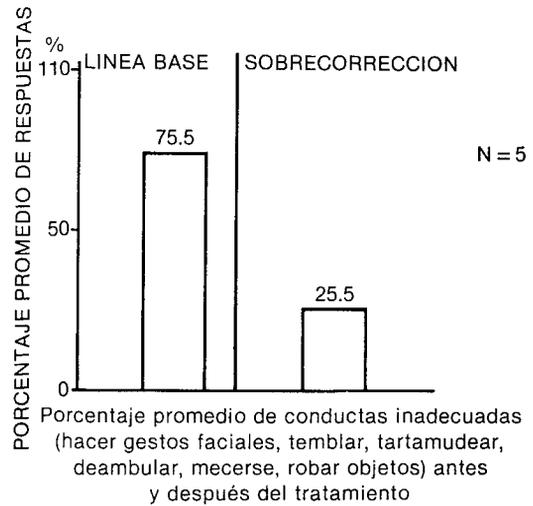
**Figura 9**



les entrena en habilidades académicas funcionales y se enfatiza el establecimiento y refinamiento de conductas sociales apropiadas. En la gráfica 10 se muestra el porcentaje promedio de conductas inadecuadas de cinco sujetos durante la línea base. Esta intervención es claramente eficaz en la reducción en breve tiempo de la conducta desviada. La figura 11 muestra el porcentaje de respuestas correctas que alcanzaron los sujetos en otra habilidad, la de preparación de alimentos. Se observa el porcentaje de respuestas correctas antes y después de aplicar un programa de entrenamiento en el uso de cinco

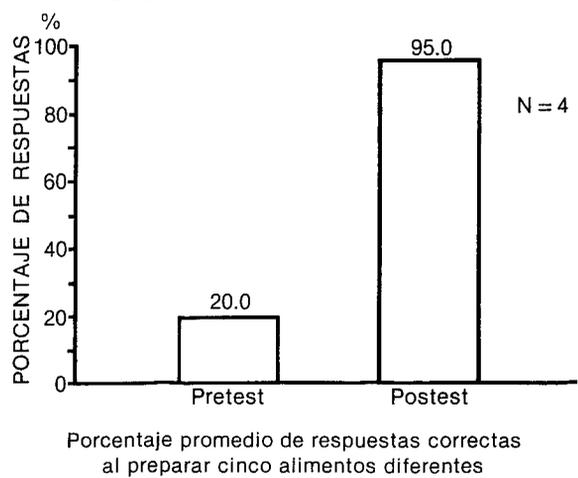
**Figura 10**

**USO DE SOBRECORRECCION PARA DISMINUIR CONDUCTAS INADECUADAS**



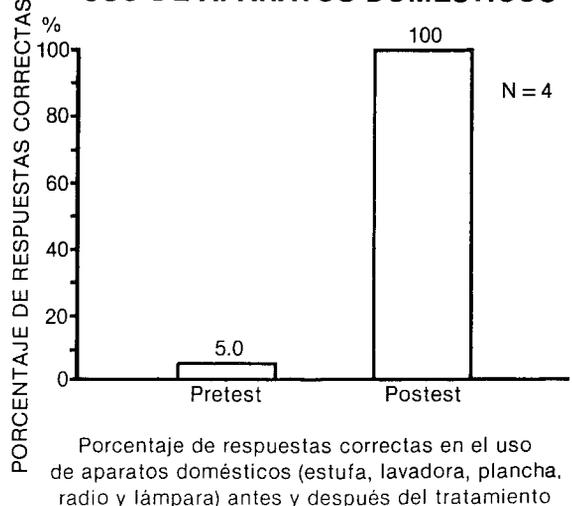
**Figura 11**

**PREPARACION DE ALIMENTOS**



**Figura 12**

**USO DE APARATOS DOMESTICOS**

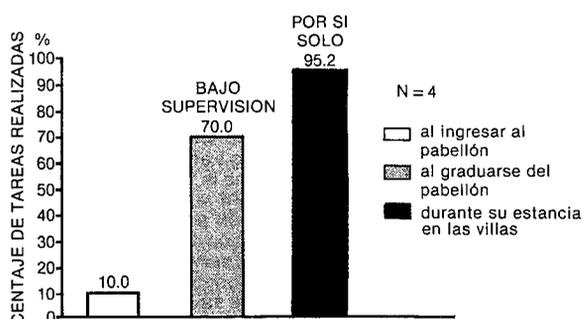


aparatos domésticos. (Ver figura 12). Otro aspecto importante que se enfatiza es el adiestramiento en habilidades de interacción social, apariencia personal y desempeño laboral en la comunidad externa al hospital.

La figura 13 muestra una comparación del porcentaje promedio, en el cumplimiento de una rutina compuesta por diez tareas. Se puede observar que antes de ingresar al Programa de Pabellón los pacientes sólo realizaban el 10% de las tareas; al graduarse del Programa de Pabellón alcanzaban un 70% en la realización de tareas bajo supervisión y durante el Programa de Comunidad Terapéutica pudieron hacer el 95.2% de las tareas sin ninguna supervisión.

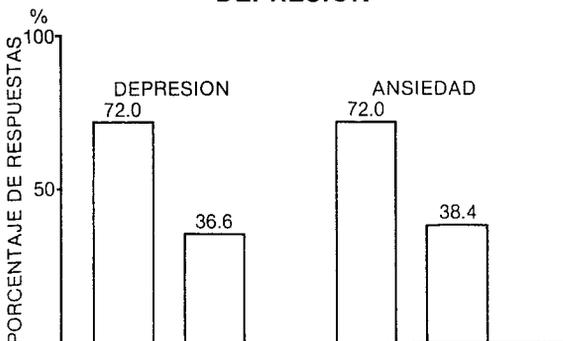
En una evaluación de tipo psicométrico se detectaron las respuestas de ansiedad y depresión de los pacientes antes de ingresar y durante su estancia en el Programa de Comunidad Terapéutica. Como se observa en la figura 14, se reportan respuestas depresivas en un 72% antes de iniciar el tratamiento y en un 36.6% durante el tratamiento. De la misma forma, se encuentra que las respuestas de ansiedad se reportan en un 72% antes de iniciar el tratamiento y sólo se reportan en un 38.4% durante el tratamiento.

**Figura 13**  
**ESTABLECIMIENTO DE RUTINAS**



Porcentaje promedio de tareas realizadas diariamente en las áreas de autocuidado, social, vocacional y académica bajo tres condiciones diferentes

**Figura 14**  
**EVALUACION DE ANSIEDAD Y DEPRESION**



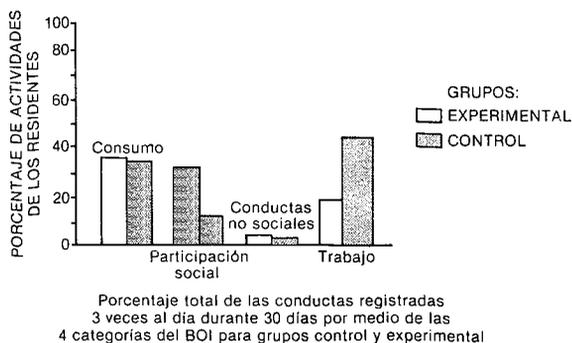
Detección de respuestas depresivas y de ansiedad al inicio de la fase II del tratamiento y seis meses después

En una evaluación externa del programa y utilizando el instrumento de observación conductual "BOI" desarrollado por Aldizos y cols. (1978), se encontraron los siguientes resultados. (Ver figura 15). El porcentaje de actividad

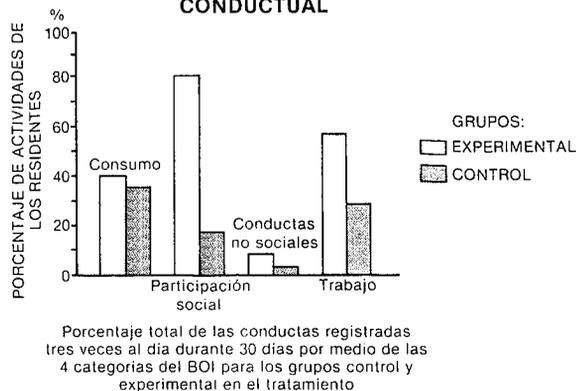
en cuatro categorías para 16 sujetos antes de recibir tratamiento, es similar en el grupo control y en el grupo de tratamiento conductual. El grupo control estuvo compuesto por ocho sujetos que recibieron un tratamiento tradicional y el grupo experimental estuvo formado por ocho sujetos que recibieron un tratamiento conductual. En la figura 16 se muestra el porcentaje de actividades realizadas por los pacientes durante el tratamiento. Aquí se observa que el grupo experimental incrementa significativamente su porcentaje de conductas sociales y de trabajo, a diferencia del grupo control.

Los resultados que aquí se presentan son preliminares, sin embargo se puede señalar que el programa ha tenido un impacto importante en cuanto a reformar la visión que un buen número de profesionales tenía sobre el cuidado y la atención al paciente crónico hospitalizado. Esta nueva

**Figura 15**  
**ANTES DE ENTRAR AL PROGRAMA**



**Figura 16**  
**DURANTE EL TRATAMIENTO CONDUCTUAL**



visión enfatiza la necesidad de dotar a las instituciones que atienden a esta población de un ambiente cómodo, seguro y normalizante. Además, considera que el proceso de rehabilitación del paciente es un programa de educación especialmente diseñado para que en un breve lapso de tiempo estos pacientes reingresen a su comunidad dotados de las habilidades necesarias para sobrevivir y mantenerse productivamente en ella. Un hecho relevante que marca la enorme posibilidad que tiene la participación del psicólogo en esta área de la salud mental, es que en enero de 1981 se inició otro programa experimental de tratamiento y rehabilitación en un segundo hospital de la SSA.

## Resumen

El creciente interés por encontrar programas de tratamiento y rehabilitación para enfermos mentales crónicos que sean efectivos, ha dado lugar al desarrollo y aplicación de las técnicas o métodos alternativos al modelo tradicional de tratamiento médico-psiquiátrico. El presente artículo describe el desarrollo de un modelo de tratamiento para enfermos mentales crónicos hospitalizados, derivado del análisis conductual aplicado, donde se establecen, refinan y se mantienen conductas funcionales que ayuden a la reintegración de estos individuos a su comunidad de origen, como individuos productivos e independientes. El modelo de tratamiento está formado por dos fases de tratamiento. La primera fase se desarrolla en un pabellón de 35 pacientes con diagnósticos de debilidad mental, epilepsia y/o esquizofrenia.

El tratamiento se ofrece en seis áreas de entrenamiento que son: Social, Autocuidado, Mantenimiento de Áreas, Vocacional, Académica y Repertorios Básicos. Estas áreas se apoyan en un sistema motivacional el cual está basado en una "Economía de Puntos". La segunda fase se inicia con aquellos pacientes que han alcanzado los criterios de ejecución en la primera fase de tratamiento. Esta fase se lleva a cabo en un local compuesto por un conjunto de 5 viviendas y una área de servicios múltiples, que se encuentra ubicado en el mismo hospital. El trabajo

que se realiza en esta fase está basado en el "Modelo de la Familia-Enseñante" (Ayala y cols., 1981) y está encaminado hacia el refinamiento y mantenimiento de aquellas habilidades que fueron enseñadas en la primera fase y al establecimiento de las conductas necesarias para alcanzar una forma de vida independiente y productiva, por ejemplo: preparar alimentos por sí solos, obtener y mantener un empleo y hacer uso de los servicios que proporciona la comunidad. Los datos preliminares obtenidos indican una alta efectividad en el establecimiento y mantenimiento de conductas tales como: a) en el área de Autocuidado (bañarse, rasurarse, lavarse los dientes, peinarse, cortarse las uñas, vestirse y asear sus zapatos); b) en el área de Mantenimiento (barrer, sacudir, trapear y lavar trastes); c) en el área Vocacional (puntualidad, asistencia y constancia en el trabajo); d) en el área Pre-académica y Académica (lectura, escritura y matemáticas); e) en el área de Repertorios Básicos (atención, seguimiento de instrucciones, control de esfínteres, comer adecuadamente y control de hábitos nerviosos). Por otro lado, se obtienen datos de efectividad en cuanto al decremento de conductas tales como: ansiedad y depresión. Se puede señalar que este programa es muy importante para reformar la visión que un buen número de profesionales tiene sobre la atención y cuidado del paciente crónico hospitalizado.

## Abstract

The growing interest in the development of effective treatment and rehabilitation programs for the chronic mental patient has given rise to research and implementation of procedures and programs different to the traditional medical-psychiatric model of treatment. The present article describes the development of a treatment model derived from applied behavior analysis for the chronic mental patient. The goal of this program is to establish, refine, and maintain functional behaviors which permit the incorporation of these individuals to their communities, enabling them to become productive and independent. This model consists of two phases of treatment. The first phase is located within a typical ward of a psychiatric hospital and has a population of 35 patients whose diagnosis has been mental retardation, epilepsy, and/or schizophrenia. Treatment is offered in six training areas: social, self-care, maintenance, vocational, academic, and basic skills. A motivational system based on a point economy provides support to the training areas. The second phase includes those patients who have reached the performance criteria established in the ward program. This phase is carried out in a complex of 5 apartments and a multiple service unit which are located within the

grounds of the same hospital. The work in this second phase is based upon the "Teaching Family Model" (Ayala & Cols., 1981). The goal of this phase is to refine and maintain those skills which were taught within the first phase and to establish behaviors which permit independent living, for example: meal preparation, finding and maintaining a job and use of community services. The initial results indicate the models' effectiveness in the establishment and maintenance of behaviors such as: a) in the self-care area: bathing, shaving, brushing the teeth, combing the hair, cutting the nails, dressing, and shoe shining; b) in the maintenance area: sweeping, dusting, mopping and dish washing; c) in the vocational area: punctuality, consistency, and quality of work; d) in the pre academic and academic area: reading, writing, and mathematics; e) in the basic skills area: attention, instruction following, toilet training, eating, and control of nervous habits. In addition, results indicate the effectiveness of the program in the reduction of the level of anxiety and depression of the patients. It can be concluded that the program has made an important impact in modifying the ideas and concepts of a growing number of professionals in relation to the treatment and care of chronic mental patients.

## BIBLIOGRAFIA

ALEVIZOS PN, DERISI W, LIBERMAN R, ECKMAND T, CALLAHAN E: The Behavior Observation Instrument: A Method of Direct Observation for Program Evaluation. *JABA*, 11, 243-257, 1978.

ATTHOWE JM, KRASNER JA: Preliminary report on the application of contingent reinforcement procedure (token economy) on a "chronic" psychiatric ward. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 37-43, 1968.

AYALA HE, QUIROGA H, MATA A, CHISM SK: La Familia Enseñante: Evaluación del modelo en México en términos de reincidencia en su aplicación a una muestra de niños inhaladores de solventes industriales. *Revista Salud Mental* 4(1), 1981.

DOMINGUEZ TB: Nueva Perspectiva: Los Pacientes Crónicos como Asistentes en un Programa de Rehabilitación Conductual en una Institución Psiquiátrica. En Bijou SW, Ribes I: *Modificación de Conducta: Problemas y Extensiones*. Edit. Trillas, México, 1972.

ELLSWORTH JR: Reinforcement therapy with chronic patients. Hospital and community psychiatry. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 238-240, 1969.

FOWLKES MR: Business as Usual at the State Mental Hospital. *Psychiatry*, 55-64, 1975.

GUREL L: Release and community stay criteria in evaluating psychiatric treatment. En PH Hoch, J Zubin, eds.

- HASSALL C, SPENCER AM, CROSS KW: Some changes in the composition of mental hospital population. *British Journal of Psychiatry*, 111, 420-428, 1965.
- KRAMER M, POLLACK ES, REDNICK RW: Studies of the incidence and prevalence of hospitalized mental disorders in the United States: Current status and future goals. En PH Hock, J Zubin, eds. *Comparative Epidemiology of the Mental Disorders*, Nueva York: Grune & Stratton, 1961.
- LUDWIG AM: *Treating the Treatment Failures: The Challenge of Chronic Schizophrenia*, Nueva York: Grune & Stratton, 1971.
- MORGAN NC, JOHNSON NA: The chronic hospital patient. *American Journal of Psychiatry*, 113, 824-830, 1957.
- PAUL G, LENTZ R: *Psychosocial treatment of chronic mental patients*. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts y Londres, Inglaterra, 1977.
- PUCHEU C: Rehabilitación del Enfermo Mental. Ponencia presentada en el simposium *Rehabilitación Médica*, Instituto Syntex, México, D. F. 1981.
- ROSENHAM DL: On being sane in insane places. *Science*, 179:250-258, 1973.
- SCHAEFER HH, MARTIN PL: Behavior therapy for "apathy" of hospitalized schizophrenics. *California Department of Mental Hygiene Research Report*, 379, agosto 1966.
- STAHL JR, LEINTENBERG H: Behavioral treatment of the chronic mental patient. En Leintenberg H. (Ed) *Handbook of Behavior Modification*, Appleton Century Grofts, Nueva York, 1977.
- TAUBE CA: Readmissions to in-patient services of state and country mental hospitals, 1972. Statistical Note 110, *National Institute of Mental Health, Division of Biometry*, Survey and Reports Branch, noviembre, 1974.
- ULLMANN LP, KRASNER L: A psychological approach to abnormal behavior. En *Case Studies in Behavior Modification*, Nueva York: Holt Rinehart, Ullinston 1965.
- ULLING JK, BROWN GW: *Institutionalism and Schizophrenia: A Comparative Study of Three Mental Hospitals*, Cambridge University Press, 1970.
- ULLMANN LP: *Institution and Outcome: A Comparative Study of Psychiatric Hospitals*, Nueva York: Pergamon Press, 1967.