

Problemática de los deficientes mentales institucionalizados en centros psiquiátricos

Situación de los deficientes mentales en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores (Sevilla)

Manuel GOMEZ MIGUEL
Luis JARANA EXPOSITO
César ESCALANTE ALCALA
J. Eduardo BENJUMEA RODRIGUEZ
Unidad de Deficiencia Mental del
Hospital Psiquiátrico de Miraflores. Sevilla

En el presente artículo se realiza una aproximación histórica a la problemática de los deficientes mentales institucionalizados en centros psiquiátricos, a la vez que una breve descripción de la situación de éstos en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores de Sevilla. Por último, se exponen los principios que han servido de guía para la creación y diseño de la Unidad de Deficiencia Mental del Hospital Psiquiátrico de Miraflores de Sevilla.

Evolución de la problemática de la deficiencia mental

El fenómeno de la deficiencia mental ha seguido caminos paralelos a la propia evolución del hombre, de tal manera que la conceptualización que se ha hecho de ella a lo largo de la historia ha estado condicionada por los valores culturales, económicos, sociales, políticos, religiosos, etc., imperantes en cada época, lo que ha traído como consecuencia distintas formas de atención y abordaje de los sujetos deficientes mentales (Scheeremberger, 1984; Rubio, 1987).

Así, en la antigüedad imperaban las concepciones mítico-religiosas del retraso mental, y el infanticidio era una práctica generalizada. El mismo Aristóteles, en su *Política*, escribía:

En cuanto al abandono y al cuidado de la prole, promúlguese la ley de que ningún niño deforme merecerá vivir.

Sentencia lógica en una sociedad gobernada por el culto a la salud, la belleza y la inteligencia.

Pero es en la Edad Media cuando las concepciones religiosas sobre el retraso mental adquieren mayor relevancia, debido al protagonismo alcanzado por la Iglesia en dicha época; produciéndose en ella drásticos cambios en las actitudes sociales respecto al retraso mental, de tal manera que en un primer momento los deficientes son considerados *inocentes del Señor* y, posteriormente, coincidiendo con el periodo de Reforma y el nacimiento de la Inquisición, productos del pecado y del demonio. (Scheeremberger, 1984).

Más tarde, con la llegada del racionalismo, florece una nueva concepción del mundo basada en la natura-

leza que sobrepone la razón natural a la sobrenatural. Desde esta óptica el retraso mental ya no se considera producto del demonio, sino más bien como la antítesis de lo racional (San José, 1983) y los deficientes pasan de ser quemados en la hoguera a ser recluidos en «hospitales», cárceles y asilos; en definitiva, apartados del resto del mundo.

Estos hospitales cumplían una función de control social, ocupando la medicina el rol que anteriormente desempeñaba la Iglesia, encargándose de la vigilancia, control y represión de estos sujetos.

Con el advenimiento del siglo XIX se desata una airada disputa entre los psiquiatras partidarios de los métodos punitivos y los defensores de la terapéutica moral, marcando un hito histórico el momento en que Pinel libera de las cadenas a los enfermos mentales del hospital parisino de Bicêtre; a la vez que denuncia las condiciones inhumanas en que permanecían dichos sujetos.

Por otra parte, durante la primera mitad del siglo XX, la psiquiatría se esfuerza en aplicar las múltiples clasificaciones taxonómicas que se van desarrollando, adquiriendo especial importancia el sistema clasificatorio diseñado por Kraepelin, a la vez que se aboga por el ejercicio de una psiquiatría individual (San José, 1983). Es en esta época cuando se desarrollan de una forma progresiva los manicomios, llegándose a convertir en macroinstituciones totalmente aisladas del mundo exterior; donde quedan recluidos locos, subnormales y todos aquellos sujetos estigmatizados socialmente.

En nuestro país, esta situación se mantiene hasta la llegada de la transición democrática, donde se producen las primeras movilizaciones del personal de salud

mental haciendo llegar a la opinión pública la situación que se vive en los manicomios. Es en estas fechas cuando surgen también las primeras Asociaciones Pro-Subnormales que tan decisivo papel han jugado en la lucha por las mejoras en la situación general de los deficientes mentales, y más concretamente en la necesidad de creación de centros específicos de atención a estos sujetos.

Sin embargo, pese a las autorizadas y múltiples voces que se han alzado contra la institucionalización y permanencia de los retrasados mentales en los hospitales psiquiátricos (Hobbs, 1975; Haywood, 1977; Zigler y Ballas, 1977; Ban-Mikelsen, 1979), en la actualidad éstos representan un número importante de la población psiquiátrica; concretamente en España, en 1977, el 27.77% de la población ingresada era deficiente mental (Espino, et al., 1984); y más recientemente, en nuestra comunidad autónoma, en el censo de la población psiquiátrica efectuado por el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) en 1985, los deficientes mentales representan el 29%; y concretamente en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores constituyen el 31.3% (Gómez et al., 1987). Esta situación alarmante de por sí, se ve agravada por la inexistencia en los hospitales psiquiátricos, al menos en nuestra comunidad autónoma, de una asistencia específica y diferenciada que responda a las necesidades peculiares de estos sujetos.

Descripción de la población deficiente mental internada en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores

Desde la fundación del Hospital Psiquiátrico de Miraflores en 1890 hasta nuestros días, han existido múltiples cambios tanto en su estructura arquitectónica, como en su organización, número de internados, filosofía de atención, etc.

En la actualidad, el hospital ocupa una superficie de unas diez hectáreas en las que se eleva un conjunto arquitectónico edificado en distintas épocas, de diferentes características y desigual estado de conservación. Dentro de este complejo arquitectónico los deficientes mentales son atendidos en tres edificios, el conocido como *Psiquiatría Infantil*, el mal llamado *Deficitarios* y la *Unidad Residencial*. De éstos, es el primero donde se atiende casi exclusivamente a deficientes mentales, mientras que en los otros dos permanecen

mezclados y diseminados con otro tipo de residentes.

El número de deficientes mentales menores de 60 años (puesto que los mayores de esa edad son atendidos en la *Unidad de Psicogeriatría*), son 199, de los cuales 120 son hombres y 79 son mujeres. La distribución por edades es como sigue:

Tabla I. Distribución por edades

0 a 10 años	1
11 a 20 años	21
21 a 30 años	53
31 a 40 años	40
41 a 50 años	42
51 a 60 años	42

En cuanto a la ubicación de los deficientes mentales en los edificios mencionados, se pasa a exponer su distribución así como el rango de edades de cada uno de los centros:

Respecto a los criterios utilizados para la ubicación de los deficientes en los distintos centros, baste decir que los autores de este trabajo no han constatado la existencia explícita de los mismos. Por contra, parece que la ubicación de un deficiente en uno u otro centro se hacía en base a razones históricas (situación en el momento del ingreso, disponibilidad de espacio) más que a criterios tales como nivel de funcionamiento conductual, edad, existencia o no de programas de rehabilitación, etc... El resultado de este proceder es la formación de grupos sin ningún grado de homogeneidad, ya que coexisten distintos tipos de diagnósticos (ver tabla nº 3), niveles de Deficiencia (ver tabla nº 4), y los rangos de edad de cada centro son muy amplios (ver tabla nº 2). Por otra parte, es necesario afirmar que tal heterogeneidad no está planificada, en el sentido de formar grupos en los que se encuentren deficientes de niveles bajos en escaso número con otros de mayor nivel en número más amplio, para que éstos últimos sirvan de modelo a los primeros y faciliten las tareas rehabilitadoras. Más bien, dicha heterogeneidad es producto del azar.

En lo que se refiere a los diagnósticos existentes en la institución (ver tabla 3), efectuados en base a la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su novena versión (ICD-9, O.M.S., 1979), baste decir que

Tabla II. Ubicación de deficientes mentales en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores

CENTROS	VARONES	MUJERES	TOTAL D.M.	TOTAL PACIENTES	% D.M.	RANGO EDAD
Psiqu. Infantil	27	27	54	56	90.42	8-40
Deficitarios	19	4	23	57	40.35	25-47
Planta 1 U.R.	26	13	39	193	20.20	29-59
Planta 2 U.R.	35	20	55	168	33.30	29-57
Planta 3 U.R.	13	15	28	160	17.50	24-58
TOTAL	120	79	199	634	-	8-59

Tabla III. Distribución de códigos diagnósticos por centros

CENTROS	318.0	318.1	318.2	317	319	343	345	348	330	290	320	334	299	223	340	295	S.D.	TOTAL
Psiqu. Infantil	-	-	5	-	-	24	8	2	7	2	1	1	1	1	1	-	1	54
Deficitarios	-	3	9	-	1	5	3	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	23
Planta 1 U.R.	15	12	5	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	39
Planta 2 U.R.	14	14	4	6	6	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	7	2	55
Planta 3 U.R.	13	7	1	3	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	28
TOTAL	42	36	24	11	10	29	15	2	7	2	1	1	1	1	1	10	5	199

Códigos Diagnósticos:

318.0: Retraso mental moderado.	319: Retraso mental (sn especificar).	320: Meningitis bacteriana.
318.1: Retraso mental grave.	343: Parálisis cerebral infantil.	334: Enfermedad medulocerebelosa.
318.2: Retraso mental profundo.	345: Epilepsia.	299: Autismo infantil.
317: Retraso mental discreto	348: Afecciones del encéfalo.	340: Esclerosis en placa.
	330: Degeneración cerebral en la infancia.	295: Psicosis esquizofrénica.
	290: Demencia senil.	S.D.: Sin diagnóstico.

Tabla IV. Distribución de niveles de deficiencia por centros

CENTROS	LIGEROS	MODERADOS	SEVEROS	PROFUNDOS
Psiqu. Infantil	3	4	18	29
Deficitarios	-	3	9	11
Planta 1 V.R.	15	12	10	2
Planta 2 V.R.	19	23	6	8
Planta 3 V.R.	8	16	4	-
TOTAL	45	58	47	50

Tabla V. Niveles de actividad por centros.

CENTROS	1	2	3	4	5
Psiqu. Infantil	30	5	5	2	12
Deficitarios	22	-	-	1	-
Planta 1 V.R.	17	10	7	5	-
Planta 2 V.R.	40	5	6	4	-
Planta 3 V.R.	14	3	3	8	-
TOTAL	123	23	21	20	12

1: Ninguna actividad	4: Tareas diversas
2: Tareas domésticas	5: Actividades rehabilitadoras extrahospitalarias
3: Talleres laborterapia	

no iba a ser este equipo el primero en cuestionar los fundamentos teóricos del modelo médico aplicado a la psicopatología (Eysenck, 1976; Bayés, 1980; Fernández-Ballesteros, 1981, entre otros muchos), y por ende los sistemas clasificatorios derivados de dicho modelo, aún más cuando se aplica a la deficiencia mental.

Respecto a los niveles de deficiencia (ver tabla nº 4), se han seguido los criterios expuestos por la *American Association of Mental Deficiency* (Grossman, 1983).

Por último, y para completar esta breve descripción, se pasa a exponer el nivel de actividades de los deficientes mentales en la institución; dentro de ellas se comprenden tanto actividades ocupacionales como habilitadoras (ver tabla nº 5).

De los datos expuestos, es fácilmente deducible el bajo nivel de actividades existente en la institución, a lo que hay que añadir la falta de programación y escasa diversificación de las mismas, dándose el caso de que aquéllas que se efectúan, tales como salidas, paseos, etc., al realizarlas sin programación previa, pierden la mayor parte de su eficacia.

Los deficientes mentales institucionalizados y la reforma psiquiátrica andaluza: La creación de la Unidad de Deficiencia Mental del Hospital Psiquiátrico de Miraflores

El proceso de reforma sanitaria actualmente en desarrollo en nuestra Comunidad Autónoma incluye, como elemento fundamental, un proceso sectorial y progresivo de transformación de las estructuras para la atención de los problemas de salud mental. El objetivo general de ese proceso, formulado brevemente, es la sustitución programada de las estructuras tradicionales de la asistencia psiquiátrica por una red alternativa y diversificada de servicios centrados en la comunidad y no en el hospital, a la vez que plenamente integrados en los correspondientes niveles del Servicio Andaluz de Salud y el Dispositivo General de Servicios Sociales (IASAN, 1985).

Por otra parte, la postura del IASAM respecto a los hospitales psiquiátricos ha sido clara y tajante, en sus propias palabras:

El objetivo fundamental de la transformación del hospital psiquiátrico no puede ser otro que su desaparición, como alternativa doctrinal, como espacio estructural y, en la mayoría de los casos, como espacio físico (IASAM, Documento Comité de Expertos, 1985).

Aparte de razones de otra índole, es necesario resaltar aquéllas que se basan en las consecuencias asistenciales de este tipo de instituciones, que básicamente son:

- La escasa utilidad y nada despreciable riesgo de la hospitalización prolongada, como contexto para el tratamiento de la mayoría de los problemas de salud mental (Braun y Kochansky, 1981); Kiesler, 1982).
- Los efectos marginadores de los hospitales psiquiátricos, separados de las restantes instituciones sanitarias sin claras razones de índole terapéutica.
- Las dificultades de organización y gestión de instituciones que pretenden dar respuesta al amplio abanico de problemas que se producen en los pacientes psíquicos, con el riesgo de configurarse como un lugar donde se almacenan tales sujetos.

Centrándonos ya exclusivamente en la población deficiente mental, difícilmente en la actualidad se estará de acuerdo con la inclusión de éstos en hospitales psiquiátricos, al existir soluciones en centros específi-

cos, en situaciones de integración que suponen una gran mejora para ellos, tanto en su habilitación como en su calidad de vida, cualquiera que sea su deficiencia, edad o sexo (Gómez et al., 1987).

Ahora bien, ante la escasez de centros específicos de atención a deficientes mentales en la provincia de Sevilla (Gómez et al., 1987), en los que se puedan integrar los internados en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores, se hace necesario dar respuesta a esta población dentro de la misma institución, para lo cual desde el IASAM (1986), se impulsa la creación y diseño de una *Unidad de Deficiencia Mental*, en la cual se preste una atención homologable a aquélla que se otorga en los centros específicos mencionados, tomando como guía los principios de normalización e integración (Nirje, 1970; Wolfensberger, 1972, 1980; Ban-Mikelsen, 1979) que paulatinamente se van imponiendo en nuestro país.

Las características de organización y diseño de esta *Unidad* serán motivo de otras publicaciones, aquí baste afirmar el carácter diferenciado, tanto en su organización como en sus espacios arquitectónicos del resto de dependencias del hospital, así como la total despsiquiatrización de la misma (Gómez et al. 1987).

Como ya se ha mencionado son los principios de normalización e integración el punto de partida para el diseño de esta *Unidad de Deficiencia Mental*. Dichos principios parten del reconocimiento del deficiente como persona con iguales derechos a los de cualquier otro ciudadano, recogido en nuestro país en la Ley de Integración Social de los Minusválidos (B.O.E. Nº 13/82. 1982).

Estos principios, junto con otros de ellos deducidos, constituyen la filosofía de atención de esta *Unidad de Deficiencia Mental*, que puede resumirse en:

1º) Normalización:

Principio recogido en la Declaración de Derechos Generales de los Deficientes Mentales, en su artículo IV, promulgada en 1968 por la Liga Internacional de Asociaciones Pro-Deficientes Mentales, originario de los países escandinavos y de aceptación universal.

Se define como el proceso mediante el cual se ponen al alcance del deficiente unas condiciones de vida lo más similares posibles a las circunstancias normales de la vida del grupo social al que pertenece, proporcionándole al mismo tiempo una asistencia, educación y ocupación adaptadas a sus necesidades como a cualquier otro ciudadano (Nirje, 1970; Wolfensberger, 1972, 1980; Ban-Mikelsen, 1979).

Esto no ha de entenderse como una forma de convertir en normales a los deficientes, lo cual no es posible, o en hacer que parezcan normales, lo que sería falsear la realidad; sino en proporcionarles un entorno físico, social y unas pautas de vida similares a las de cualquier otra persona. Ello presupone que la conducta no es función exclusivamente de la capacidad biológica individual, sino también y de manera muy importante, del entorno social donde habita el sujeto.

Este principio general se completa con una serie de puntos que se deducen de él y constituyen toda una filosofía de organización como son:

- Las características físicas de los centros, que han de tener una ubicación, arquitectura, dimensiones, etc., que los hagan lo más parecido posible a un hogar normal.
- Organización de los ciclos vitales en cuanto a ritmo normal de la jornada (levantado, comidas, trabajo, etc.); ritmo normal de la semana (días laborales y festivos claramente diferenciados), y ritmo normal del año en cuanto a vacaciones, actividades propias de la estación, etc.
- Organización de experiencias lo más normales posibles y propias de su edad, sexo, etc.
- Arreglo de circunstancias que le permitan una interacción social, un nivel económico y una vida sexual lo más normales y ajustadas posibles.

2º) Integración:

Este principio se deduce de una forma lógica del anterior a la vez que lo completa, pues difícilmente puede imaginarse una vida normalizada si no es integrada en el medio social.

La integración se define como el proceso mediante el cual al deficiente mental no se le aparta del resto de la sociedad, y si se le ha apartado, vuelve a ella para satisfacer sus necesidades como miembro integrante de la misma (Verdugo, 1986).

En este concepto, pueden distinguirse al menos dos niveles:

- a) Integración física: el deficiente mental realiza su vida en el medio físico social habitual, en cuanto a vivienda, educación, trabajo, ocio, etc.
- b) Integración social: supone un nivel de integración más elevado que el anterior. Este conlleva una participación activa en el medio social al que se pertenece.

3º) Desinstitucionalización:

Absolutamente imprescindible para poder llevar a cabo los anteriores. La desinstitucionalización supone organizar los recursos necesarios para evitar el internamiento en centros hospitalarios, que aún sin pretenderlo, segregan y estigmatizan a la vez que generan pautas de comportamiento poco útiles y aún perjudiciales para vivir en sociedad y posibilitar la asistencia, habilitación y educación en los lugares propios de su edad y zona de residencia.

4º) Sectorización:

Dicho principio conlleva la creación de recursos de atención allí donde tienen lugar las necesidades, para proporcionar éstos en el marco de la propia comunidad, evitando el desarraigo y concienciando al resto del colectivo de la dimensión social de los problemas.

Llegar al pleno desarrollo de estos principios generales, no creemos que pueda hacerse de una forma automática con deficientes mentales con años de internamiento en una gran institución como es el caso que nos ocupa, al incidir variables económicas y prejuicios sociales y familiares. Pensamos que previamente

es necesario desarrollar recursos a la vez que potenciar la habilitación de esta población para poder desarrollar estos principios con ciertas garantías de éxito.

Referencias

- ASOCIACION GUIPUZCUANA DE SUBNORMALES. *Memoria de Funcionamiento*. San Sebastián: 1982.
- BAN- MIKELSEN, M.E. (1979). La normalización como objetivo en las actividades de la vida diaria. *Boletín Estudios Documentales. INSERSO*, 1979, 15, 31-40.
- BRAUN, P.B. & KOCHANOSKY, G., Overview: desinstitutionalization of psychiatric patients. *American Journal Psychiatry*, 1981, 138, 736-749.
- ESPINO, J.A.; FRAILE, J.C.; MATEO, I. y MORIÑIGO A. Estado actual de la asistencia psiquiátrica en España. *Papeles del Colegio de Psicólogos*, 1984, 15.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. Perspectivas históricas de la evaluación conductual. En Fernández-Ballesteros, R. y Carroles, J.A.I., (Eds.). *Evaluación Conductual*. Madrid: Pirámide, 1981.
- GOMEZ, M.; JARANA, L.; ESCALANTE, C. y BENJUMEA, J.E. *Memoria del proyecto de atención específica a Deficientes Mentales del Hospital Psiquiátrico de Miraflores de Sevilla*. Sevilla: IASAM, 1987.
- GROSSMAN, H. *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington: AAMD, 1983.
- HAYWOOD, H.C. Alternatives to normative assessment. En Muttler, P. (Ed.). *Research to practice in mental retardation. Vol.2 Education and training*. Baltimore: University Park Press, 1971.
- HOODS, N. *The future of children*. San Francisco: Jossey Bass, 1975.
- IASAM (Comité de Expertos). *La transformación de los Hospitales Psiquiátricos*. Sevilla: IASAM, 1985.
- IASAM. *La población hospitalizada en instituciones psiquiátricas en Andalucía. Resultado censo*. Sevilla: IASAM, 1985.
- IASAM. (Comité de Expertos). *Bases para la reforma psiquiátrica en Andalucía. Informes Técnicos nº 2*. Sevilla: IASAM, 1986.
- KIESLER, C.A. Public and professional myths about mental hospitalization. *American Journal Psychology*, 1982, 37, 1, 323-339.
- NIRJE, B. The normalization principle implications and comments. *Journal of Mental Subnormality*, 1970, 16, 62-70.
- O.M.S. *Clasificación Internacional de las enfermedades*. (9ª versión). México: Interamericana, 1979.
- RUBIO, V.I. *El estudio del comportamiento adaptativo en el retraso mental: Dimensionalización, contextualización y jerarquización*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, 1987.
- SAN JOSE I MIRALPEIX, J. Historia de una sinrazón. La atención de las personas Deficientes Mentales en los hospitales Psiquiátricos. *Siglo Cero*, 1983, 90, 10-19.
- SCHEERENBERGER, R.C. *Historia del Retraso Mental*. San Sebastián: SII, 1984.
- VERDUGO, M.A. *La integración personal, social y vocacional de los Deficientes Psíquicos adolescentes*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, 1986.
- WOLFENBERGER, W. *Normalization: The principles of normalization in human services*. Toronto: National Institute of Mental Retardation, 1972.
- WOLFENBERGER, W. The definition of Normalization: Update problems, disagreements and misunderstanding. En Flinn, R.J. y Nitsch, K.E. (EDS.). *Normalization, social integration and community services*. Baltimore: University Park Press, 1980.
- ZIGLER, E. y BALLA, D.A. The impact of institutional experience on the behavior and development of retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 1977, 82, 1-11.