

SOTERIA Y OTRAS ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA AGUDA [1](#)

Por: LOREN MOSHER

CONTENIDO

Resumen
Introducción
El Proyecto Soteria (1971-1983)
Resultados: Grupo I (1971-1976)
Resultados: Grupo II (1976-1982)
La Segunda Generación
Una casa Herma de la Segunda Generación
Importantes Ingredientes Terapéuticos
Características de los Entornos Sociales Curativos
Otras Alternativas a la Hospitalización
El Destino de Soteria
Referencias

Reseña Personal y Profesional

DR. LOREN R MOSHER [2](#), [3](#)

RESUMEN: El autor presenta una reseña de los datos clínicos, sociales y ambientales del Proyecto Soteria y sus sucesores directos. Dos estudios realizados mediante asignación al azar sobre el modelo Soteria y sus modificaciones para clientes que están en el sistema a largo plazo, revelan que aproximadamente del 85% al 90% de los clientes agudos y a largo plazo que se consideraba necesitaban hospitalización aguda, pueden regresar a la comunidad sin el uso de tratamientos hospitalarios convencionales. Soteria, que se diseñó como un entorno de tratamiento libre de drogas, tuvo tanto éxito como el tratamiento antipsicótico con el uso de drogas, para reducir síntomas psicóticos en seis semanas. Es su forma modificada, que recibe los nombres de Crossing Place and McAuliffe House, donde se trata a supuestos pacientes a largo plazo, se descubrió que los sujetos que recibieron tratamientos alternativos presentaban mejorías clínicas comparables a las de los pacientes tratados en hospitales, a un costo considerablemente más bajo. Si se les considera un corpus de evidencia científica, es claro que los tratamientos alternativos a la hospitalización psiquiátrica aguda son tan eficaces o incluso más eficaces que el cuidado hospitalario tradicional en lo relacionado con la reducción a corto plazo de psicopatologías y con una adaptación social de más larga duración. Los datos sobre el Proyecto Soteria original, libre de drogas, en un entorno hogareño y atendido por personal no profesional, en sus instalaciones de Berna, Suiza, indican que las personas sin hospitalización extensa (<30 días) responden especialmente bien a los efectos terapéuticos positivos de los entornos sociales, especiales tipo Soteria que son replicables. Otros estudios sobre el desvío de personas que se considera necesitan hospitalización a programas "alternativos" han mostrado continuamente que los programas alternativos tienen resultados equivalentes o mejores a los de los programas clínicos, a costo más bajo. A pesar de estos datos clínicos y relacionados con costos, los programas alternativos a la hospitalización psiquiátrica no se han puesto en vigor ampliamente, lo que indica una enorme brecha entre las evidencias disponibles y la práctica clínica. J Nerv Ment Dis 187:142-149, 1999

Introducción

En 1961, mientras prestaba servicios como interno de la carrera de medicina, sabiendo que pronto iniciaría una carrera como psiquiatra, sufrí lo que en forma retrospectiva podría

clasificarse como una crisis existencial. Por primera vez experimenté la responsabilidad de cuidar de personas que pronto morirían, y me sentía impotente y sin poder hacer nada, excepto tratar de entender su experiencia. Ellos frecuentemente expresaban lo impotentes y despersonalizados que se sentían: "Yo sólo soy el paciente con cáncer pulmonar", o "¿Por qué no puedes hacer algo para que yo pueda respirar, me estoy ahogando", o "Lo único que este lugar ha hecho por mí es convertirme en nadie; no pueden hacer nada por mí, así que evaden el problema". Por primera vez me enfrenté a mi propia mortalidad y con ella a la impotencia degradante y deshumanizante del proceso que podía acompañarla, en particular si tenía yo la mala fortuna de estar en un hospital como en el que estaba trabajando.

La psicoterapia intensiva que anteriormente había recibido como estudiante de medicina obviamente no me había preparado para enfrentarme a la mortalidad, agravada por las ceremonias de degradación que yo presidía dentro de la institución. Como el intelectual que en ocasiones había sido, busqué ayuda a mi acertijo en la biblioteca. *Existencia*, de Rollo May (1958) fue el principio de una búsqueda para encontrar un fundamento intelectual para el profundo abismo que yo estaba experimentando a nivel personal. Con la ayuda del libro de May y la de un tutor existencial analítico (el Dr. Ludwig Lefebvre), estudié a mayor profundidad las obras de varios pensadores fenomenológicos existenciales (por ejemplo: Allers, 1961; Boss, 1963; Hegel, 1967; Husserl, 1967; Sartre, 1956; Tillich, 1952; y otros). Llegué a la conclusión de que su enfoque abierto, libre de categorías y de ideas preconcebidas era como respirar aire puro en una era de enfoques impulsados por teorías racionalistas (como el psicoanálisis) para el tratamiento de personas perturbadas y capaces de perturbar.

Así, llegué a mi residencia psiquiátrica con un punto de vista basado en la fenomenología, que se podría expresar como: "lo que ves es lo que tienes", y lo utilicé en mi interacción con los pacientes, y en mi sensibilidad ante los problemas de degradación y poder, en especial como se reflejan en las prácticas institucionales convencionales. Los buenos mentores (como los doctores Elvin Semrad and Norman Paul) de mi formación psiquiátrica me enseñaron a escuchar y a tratar de encontrar el significado de las comunicaciones distorsionadas de mis pacientes y sus familias (ien 1962!) esforzándome al máximo por ponerme en su lugar. Harry Stack Sullivan (1962) y la teoría del doble vínculo (Bateson et al., 1956) proporcionaron apoyo intelectual. También aprendí de los dioses de la investigación (como el Dr. Martin Orne), a preguntar y a buscar respuestas a las preguntas de interés. Por otra parte, la institución en sí me impartió clases magistrales sobre el arte de la "institución total" (Goffman, 1961); el autoritarismo, la ceremonia de degradación, la inducción y perpetuación de la impotencia, la dependencia innecesaria, la práctica de etiquetar a las personas, y el dar prioridad a las necesidades de la institución por encima de las necesidades de las personas a quienes debe prestar servicios; es decir, los pacientes. Estas lecciones institucionales no eran parte del plan de estudios. De hecho, estas necesidades institucionales interrumpían mis esfuerzos por ayudar a mis pacientes. Cuando estos esfuerzos se mencionaban, eran denegados, racionalizados o simplemente invalidados: "Sólo eres un residente y no puedes entender por qué estos procesos no son como tú los ves". A partir de una serie de experiencias de este tipo, empecé a creer que los hospitales psiquiátricos por lo general no eran lugares muy favorables para un demente.

Aunque las tropas de asalto del Thorazine (Smith, Klein, and French describió con esta frase a sus representantes médicos en 1956; véase BradenJohnson [1990]) ya habían realizado su trabajo de vender neurolépticos con mucho éxito, yo nunca llegué a ser un verdadero creyente de la atribución que se daba a las drogas neurolépticas diciendo que eran una "bala mágica". A pesar de haber sido educado por íconos de la psico-farmacología (como el Dr. Gerald Klerman), de alguna manera nunca encontré a un Lázaro entre las personas que traté con los tranquilizantes más importantes. De nuevo, mi experiencia me hizo cuestionar

el creciente dominio psico-farmacológico en el tratamiento de personas muy trastornadas y causantes de trastornos. De hecho, esas personas parecían agradecer mis torpes intentos ocasionales por comprenderles y comprender su vida. Como yo no había encontrado que las drogas (fármacos) tuvieran un papel importante en el proceso de ayuda, llegué a pensar más en "curas" interpersonales que en curas neurolépticas. Me preocupaba por lo que sucedía en las 164 horas a la semana que mis pacientes no estaban conmigo; ¿Estaba el resto de su mundo tratando de comprenderlos y de relacionarse con ellos en forma significativa?

Por consiguiente, a medida que mi carrera se fue desarrollando, el cuestionar la sabiduría convencional siguió siendo parte de mí, aunque no siempre actuaba yo en base a esa actitud en una forma que llamara demasiado la atención y que en consecuencia provocara reacciones adversas. A mi interés en el significado de la demencia, la comprensión de las familias y la investigación, añadí otro más a partir de mi experiencia en las instituciones: si los lugares conocidos como hospitales no eran favorables para la conducta trastornada y que causa trastornos, ¿qué clase de entorno social sí lo era? En 1966-1967, este interés se nutrió gracias a R.D. Laing y sus colegas en el Kingsley Hall de la Asociación Filadelfia en Londres. La de-construcción de la demencia y la "casa de locos" que resultó, generó ideas sobre la forma en que un entorno basado en la comunidad, en el que se brindara apoyo, protección y normalidad, podría facilitar la reintegración de personas psicológicamente desintegradas, sin las interrupciones artificiales del proceso que ocurren en una institución. Esto, combinado con mi psicoterapia existencial y fenomenológica, y mis puntos de vista sobre las drogas neurolépticas, tuvo como resultado, en 1969-1971, el diseño y la puesta en vigor del Proyecto de Investigación Soteria. Soteria es una palabra griega que significa salvación o liberación. Además de mis intereses, el proyecto incluyó ideas de la era del "tratamiento moral" de la psiquiatría estadounidense (Bockhoven, 1963), ideas sobre la teoría interpersonal de Sullivan (1962) e ideas sobre un entorno diseñado especialmente para personas con esquizofrenia en el Hospital Sheppard y en el Hospital Enoch Pratt, en la década de 1920. Incluyó también ideas de la teoría de etiquetar (Scheff, 1966), de la terapia intensiva individual que se basa en la teoría de Jung (Perry, 1974) y del psicoanálisis Freudiano (Fromm-Reichman, 1948; Searles, 1965). Incluyó también ideas de la noción del crecimiento a partir de la psicosis (Laing, 1967; Menninger, 1959), y ejemplos de tratamientos basados en la comunidad como los de Fairweather Lodges (Fairweather et al., 1969).

El Proyecto Soteria (1971-1983)

El diseño de este proyecto fue un estudio de asignación al azar, con un seguimiento de dos años, para comparar el método Soteria de tratamiento con las intervenciones "usuales" de los pabellones psiquiátricos en un hospital general, en lo relacionado con personas *diagnosticadas recientemente con esquizofrenia* y que se consideraba que necesitaban hospitalización. Se han recibido extensos informes (ver especialmente Mosher et al., 1978, 1995). Además de personas con menos de 30 días de hospitalización previa (es decir, personas "recién diagnosticadas"), el estudio Soteria seleccionó a sujetos solteros de 18 a 30 años de edad, con respecto a los cuales tres evaluadores independientes pudieron acordar que respondían a los criterios de esquizofrenia que se mencionan en el DSM-11 y que estaban experimentando al menos cuatro de los siete síntomas del trastorno que menciona Bleuler (Cuadro 1). El inicio del trastorno en una edad temprana (de 18 a 30 años) y el estado civil se diseñaron con el fin de identificar a un subgrupo de personas diagnosticadas con esquizofrenia que estadísticamente tenían un alto riesgo de padecer una incapacidad de larga duración. Creíamos que debería proporcionarse un tratamiento experimental a personas que tenían mayores probabilidades de requerir servicios a largo plazo. Todos los sujetos eran clientes del sector público sometidos a una evaluación médica en la sala de urgencias de un hospital suburbano del Área de la Bahía de San Francisco.

CUADRO 1: El Proyecto Soteria: criterios para admisión y selección

1. Diagnóstico: esquizofrenia en base al DSM II (3 profesionales médicos independientes)
2. Se consideró que necesitaban hospitalización
3. Cuatro de siete síntomas diagnósticos de Bleuler (2 profesionales médicos independientes)
4. No más de una hospitalización previa de 30 días o menos
5. Edad: 18-30
6. Estado civil: solteros

Básicamente, el método Soteria puede describirse como la aplicación, durante 24 horas, de intervenciones fenomenológicas interpersonales por personal no profesional, usualmente sin un tratamiento a base de drogas neurolépticas, en el contexto de un entorno social de tamaño reducido, hogareño, tranquilo, que brinda apoyo y protección y en el que hay tolerancia. La práctica central de fenomenología interpersonal se basa en el desarrollo de una relación sin intromisiones y que no busca controlar, pero que es activamente empática, en la que la persona psicótica no tiene que hacer nada explícitamente terapéutico o relacionado con el control. En pocas palabras, puede describirse como "estar con", "estar cerca y atentos", "tratar de ponerse en el lugar de la otra persona" o "ser el guía en un viaje de LSD" (debemos recordar que esto ocurrió en California en la década de 1970). Su propósito es desarrollar, al paso del tiempo, una experiencia compartida en lo relacionado con el sentido del contexto individual y social, tanto actual como histórico, del cliente. Nótese que en Soteria no había "sesiones" terapéuticas. Sin embargo, se daba una gran cantidad de "terapia" pues el personal trabajaba suavemente para construir puentes, al paso del tiempo, entre los estados emocionalmente desorganizados de los individuos y los sucesos de la vida que al parecer habían precipitado su desintegración psicológica. En la casa se vivía un contexto de expectativas positivas en cuanto a que se produciría una reorganización y re-integración como resultado de estas intervenciones aparentemente minimalistas.

La Casa Soteria original se abrió en 1971. Una casa réplica ("Emanon") se abrió en 1974 en otra zona suburbana en el Área de la Bahía de San Francisco. Esto se hizo debido a que pronto nos dimos cuenta de que, desde el punto de vista clínico, el método Soteria "funcionaba". Una réplica inmediata respondería a las críticas potenciales de que nuestros resultados eran el producto de un grupo único de personas y de expectativas únicas en cuanto a los efectos, que sólo había ocurrido en una ocasión. En 1974 y 1975, el proyecto publicó por primera vez información sobre los resultados sistemáticos a lo largo de un año (Mosher y Menn, 1974; Mosher et al., 1975). A pesar de la publicación de resultados constantemente positivos (Mosher y Menn, 1978; Matthews et al., 1979) que se lograron en este subgrupo de personas a quienes recientemente se había diagnosticado como psicóticas, tomadas del primer grupo de sujetos (1971-1976), el Proyecto Soteria terminó en 1983. Debido a problemas administrativos y falta de fondos, los datos sobre el grupo que recibió servicios en Soteria de 1976 a 1983 no se analizaron sino hasta 1992. Debido a nuestra selección de criterios y a la ubicación suburbana de la casa que recibía a los clientes, tanto los sujetos tratados en Soteria como los sujetos control, eran jóvenes (de 21 años de edad), en su mayoría eran de raza blanca (el 10% era de razas minoritarias), tenían una formación académica relativamente buena (habían terminado la preparatoria) y eran hombres y mujeres educados en familias de trabajadores, típicas de clase media, que residían en zonas suburbanas.

Resultados Grupo 1 (1971-1976)

En resumen, los resultados significativos del grupo de la Casa Soteria inicial fueron:

Características de Admisión. Los sujetos experimentales y los de control fueron muy similares en cuanto a : 10 demografía, 5 psicopatología, 7 prognosis y 7 variables (independientes) previas a la admisión.

Resultado después de Seis Semanas. En el área de psicopatología, los sujetos de ambos grupos mejoraron en forma significativa y comparable, a pesar de que los sujetos de Soteria no habían recibido drogas neurolépticas. Todos los pacientes del grupo de control habían recibido un tratamiento adecuado de drogas antipsicóticas en el hospital y se les dio de alta con una dosis de mantenimiento. Más de la mitad dejaron de tomar medicamentos durante los dos años del periodo de seguimiento. El tres por ciento de los sujetos de Soteria siguieron tomando neurolépticos.

Evaluación del Entorno. En vista de que concebimos el programa de Soteria como un entorno social que favoreciera la recuperación, el estudio y comparación sistemáticos con CMHC fue de particular importancia. Utilizamos la Escala Moos Ward Atmosphere (WAS) y la escala COPES (Moos, 1974, 1975). Las diferencias entre los programas fueron notables en su magnitud y estabilidad a lo largo de 10 años. Los datos de COPES sobre la casa experimental de réplica, Emanon, fueron muy similares a las de su hermana mayor, la Casa Soteria. Por lo tanto, llegamos a la conclusión de que los entornos del Proyecto Soteria y de CMHC eran, de hecho, muy diferentes y que los entornos de Soteria y Emanon estaban muy de acuerdo con nuestras predicciones (Wendt et al., 1983).

Adaptación a la Comunidad. Se analizaron dos variables psicopatológicas, tres variables relacionadas con el tratamiento y siete variables psicosociales. Dos años después de haber sido admitidos, los sujetos del grupo de 1971 a 1976 estaban trabajando en niveles ocupacionales significativamente más altos, la frecuencia con que vivían en forma independiente o con personas de su edad fue significativa, y tuvieron menos readmisiones. 571/16 nunca recibieron una sola dosis de medicamentos neurolépticos durante todo el periodo de estudio que tuvo una duración de dos años.

Costo. En el primer grupo, a pesar de las grandes diferencias en la duración de la estancia en las admisiones iniciales (de aproximadamente a un mes hasta cinco meses), el costo de los seis primeros meses de cuidado para ambos grupos fue de aproximadamente 4000 dólares. Los costos fueron similares a pesar de la diferencia en la duración del periodo de estancia (5 meses en Soteria y un mes en el hospital), debido al bajo costo de Soteria y al uso extenso de cuidado diurno, a nivel de grupo e individual, y a la terapia a base de medicamentos que recibieron los clientes de los hospitales que conformaron el grupo de control. (Matthews et al., 1979; Mosher et al., 1978).

Grupo II (1976-1982; incluye a todos los sujetos tratados en Emanon)

Las evaluaciones relacionadas con la admisión, el periodo de seis semanas y el entorno, fueron una réplica casi exacta de los hallazgos del grupo inicial. Casi el 25 por ciento de los clientes experimentales de este grupo recibieron algún tratamiento con drogas neurolépticas durante las primeras seis semanas de atención. Por otra parte, todos los sujetos tratados en hospitales recibieron tratamiento anti-drogas durante su episodio de admisión. En este grupo, la mitad de los sujetos del grupo experimental y el 70 por ciento de los sujetos del grupo control recibieron un tratamiento con drogas después de haber sido dados de alta. Sin embargo, en contraste con el Grupo 1, después de dos años no había diferencias significativas entre los grupos experimental y de control en cuanto a niveles de síntomas, tratamiento recibido (incluyendo medicación y re-hospitalización), o resultados globales, buenos o malos. En concordancia con los resultados psicosociales del Grupo I, los sujetos experimentales del Grupo II, en comparación con los sujetos control, fueron más independientes en cuanto a la organización de su vida después de dos años.

Es interesante que independientemente del grupo de tratamiento, los resultados buenos o malos se predicen mediante cuatro factores relacionados con la competencia psicosocial antes de la admisión (Mosher et al., 1992): nivel de educación (superior), sucesos que precipitaron la condición (presentes), situación de vida (independiente) y trabajo (exitoso). Los buenos resultados se definieron estrechamente como tener sólo síntomas leves y vivir en forma independiente, o trabajar o estudiar, tanto en el primer año de seguimiento como en el segundo. (Mosher et al., 1995).

La Segunda Generación

Aunque estuve muy involucrado con el Proyecto Soteria de California durante el periodo que duró el estudio, viví en Washington, D.C., mientras trabajé para el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental, por sus siglas en inglés). En 1972, empecé a trabajar como consultor en Woodley House, una casa fundada en Washington, D.C. en 1958. Durante las consultas, el personal a menudo estaba consternado al describir a los residentes de la casa que entraban en crisis, y la única opción era hospitalizarlos. Decían que la recuperación de esas hospitalizaciones se llevaba casi 18 meses. Así que, en 1977, Woodley House Programs abrió una institución similar a Soteria (llamada "Crossing Place") que era diferente a su conceptual casa matriz ya que:

- 1) admitía a clientes que no tenían enfermedades médicas pero que requerían hospitalización psiquiátrica, independientemente del diagnóstico, la duración de la enfermedad, la severidad de la psicopatología o el nivel de discapacidad funcional;
- 2) era parte integral del sistema de salud mental comunitario local, lo que significaba que la mayoría de los pacientes que llegaban a Crossing Place estaban recibiendo medicamentos psicotrópicos, y
- 3) tenía una restricción de aproximadamente 30 días en cuanto a la duración de la estancia. Esto se hizo para que fuera atractiva desde el punto de vista económico.

Por lo tanto, a partir de 1977, se aplicó un método Soteria modificado a una base mucho más amplia de pacientes, incluyendo a los que padecen "enfermedades mentales serias y persistentes". Aunque un estudio al azar de un modelo Crossing Place se publicó sólo recientemente (Fenton et al., 1998), fue obvio desde el principio que el método Soteria "funcionaba" con este grupo de clientes heterogéneos a quienes no se habían aplicado criterios tendientes a la investigación. Debido a su ubicación y a sus admisiones "abiertas", los clientes de Crossing Place, comparados con los sujetos de Soteria, eran mayores (37 años), había entre ellos más personas que no eran de raza blanca (70%), la admisión era múltiple, y los pacientes recibían servicios a largo plazo (14 años en promedio), y habían crecido en familias pobres de ghettos urbanos. Desde el principio, Crossing Place fue capaz de regresar al 90% o más de sus más de 2000 pacientes (para 1997) directamente a la comunidad evitando por completo la hospitalización (Kresky-Wolff et al., 1984).

En sus más de 20 años de operación, no ha habido suicidios entre los clientes que están en residencia, ni se han causado lesiones graves al personal. Aunque los clientes eran distintos, como se mencionó antes, los dos lugares (Soteria y Crossing Place) compartieron los procesos para la selección del personal (Hirschfeld et al., 1977; Mosher et al., 1973), la filosofía, las características de la institución y de las estructuras sociales y la cultura de expectativas positivas.

En 1986, se hizo una comparación y contraste de los entornos sociales de Soteria y Crossing Place: En su presentación al mundo, Crossing Place es convencional y Soteria no es

convencional. A pesar de esta importante diferencia, las interacciones interpersonales que se llevan a cabo en las casas son similares en su informalidad, su actitud práctica, su honestidad y en el hecho de que no se utiliza en ellas vocabulario profesional. Estas similitudes brotan en parte del hecho de que ninguno de estos dos programas atribuye a los clientes el papel usual de pacientes. Crossing Place admite pacientes "crónicos", y debido a su financiamiento público, tiene amplios estándares en cuanto a estancias largas (uno o dos meses). El enfoque de investigación de Soteria considera que la duración de la estancia es una variable dependiente, y se permite que varíe de acuerdo con las necesidades clínicas de los pacientes recién diagnosticados. Por tanto, el enfoque inicial del personal de Crossing Place es: ¿Qué necesitan lograr los clientes con relativa rapidez para poder retomar su vida en la comunidad?

Este enfoque de conferir al cliente la responsabilidad de alcanzar una meta es una técnica que la Casa Woodley ha utilizado con éxito durante muchos años. En Soteria, esas preguntas por lo general no se planteaban hasta que el estado psicótico agudo se había reducido; por lo general de cuatro a seis semanas después del ingreso de la persona. Este periodo supera la duración promedio de la estancia en Crossing Place. En parte, la estancia promedio menor en Crossing Place es posible debido al uso habitual de neurolépticos para controlar los síntomas más flagrantes de los clientes. En Soteria, casi nunca se usaron neurolépticos durante las primeras seis semanas de estancia del paciente. Las limitaciones de tiempo también indican que Crossing Place tendrá una estructura social más formal que Soteria. Cada día hay una reunión matinal en la que se habla de "qué estás haciendo para arreglar tu vida hoy", y también hay una o dos reuniones comunitarias en la noche.

Los dos psiquiatras consultores de Crossing Place pasan una hora a la semana con los miembros del personal para verificar el progreso de cada cliente, abordar problemas difíciles y ayudar a desarrollar un consenso sobre los planes iniciales y revisados de tratamiento. Soteria tenía una variedad de reuniones relacionadas con crisis, pero sólo se programaba una reunión de la casa a la semana. El papel del psiquiatra consultor era más periférico en Soteria que en Crossing Place. Por lo general no se involucraba en la planificación del tratamiento.

En resumen, si se le compara con Soteria, Crossing Place está más organizado, tiene una estructura más rígida y se orienta más a metas prácticas. Las expectativas del personal de Crossing Place son positivas, pero son más limitadas que las del personal de Soteria. En Crossing Place, el personal a menudo no aborda la psicosis directamente, mientras que en Soteria la experiencia de psicosis aguda por parte de un cliente a menudo era el tema central de la comunicación interpersonal. En Crossing Place, el uso de neurolépticos restringe los episodios psicóticos. Los problemas sociales inmediatos de los clientes de Crossing Place deben abordarse de inmediato: no tener dinero, no tener un lugar donde vivir, no tener a nadie con quien hablar (aparte de ser "veteranos" del sistema y venir de familias urbanas de clases sociales más bajas y de grupos minoritarios). Con frecuencia, el problema se basa en la supervivencia básica. Entre las personas nuevas en el sistema, los clientes de Soteria, jóvenes, de clase baja, de zonas suburbanas y en su mayoría de raza blanca, estos problemas estaban presentes, pero eran mucho menos urgentes, ya que la supervivencia básica todavía no era un problema.

El personal de Crossing Place pasa mucho tiempo involucrando a otros sectores de la comunidad de salud mental en el proceso de responder a las necesidades de los clientes. Muchos otros miembros del sistema Lite conocen a estos clientes. El sólo hecho de ponerse en contacto con todos los que tienen un papel en la vida de cualquier cliente, puede ser un proceso que ocupa todo el día de un miembro del personal. Por el contrario, los clientes de Soteria, que eran nuevos en el sistema, no contaban con un equipo tan grande de trabajadores de salud mental. Mientras están como residentes, los clientes de Crossing

Place siguen involucrados con sus otros programas si es clínicamente posible. En Soteria, sólo el director del proyecto y el director de la casa trabajaban con la casa y con la comunidad del sistema de salud mental. En Crossing Place, todos los miembros del personal se relacionan con el sistema. Debido a los periodos más cortos de estancia, el enfoque en la solución inmediata y práctica de problemas y el hecho de que los clientes están ausentes de la casa durante el día, Crossing Place tiende a ofrecer menos intimidad de sentimientos que Soteria. Aunque las relaciones individuales entre los miembros del personal y los clientes puede ser muy íntima en Crossing Place, en especial con los clientes que regresan. Es más fácil entrar y salir de Crossing Place sin tener una relación significativa. (Mosher et al., 1986, pp. 262-264).

Una Casa Hermana de la Segunda Generación

En 1990, la Casa McAuliffe, una réplica de Crossing Place, se estableció en el Condado de Montgomery, en Maryland. Este condado colinda al sur con Washington D.C. Crossing Place ayudó a entrenar a su personal; y la instrucción didáctica se hizo con numerosos artículos que describen la filosofía, las características de la institución, su estructura social y las actitudes del personal en Crossing Place y en Soteria. Además contaron con el manual de tratamiento de Soteria. Mi influencia continua como filósofo, profesional clínico, padrino y supervisor ciertamente hizo posible que se hiciera con facilidad una réplica de estos entornos sociales especiales. En el Condado de Montgomery, fue posible llevar a cabo el primer estudio al azar de una residencia como tratamiento alternativo a la hospitalización, y se concentró en enfermos mentales cuya condición es seria, en un sistema de atención "público", viviente y vibrante que nunca antes se había investigado. Debido al enfoque de este sistema bien financiado que representa una intervención temprana en casos de crisis, sólo se hospitalizó aproximadamente el diez por ciento de los de 1500 clientes que tiene a lo largo de cada año. Además, debido a un sistema de crisis bien desarrollado, menos del diez por ciento de las hospitalizaciones fueron involuntarias. El muestreo voluntario de nuestra investigación fue representativo incluso de los clientes con los problemas múltiples más difíciles. El estudio no excluyó a nadie que se considerara que necesitara una hospitalización aguda, excepto aquellos que presentaban condiciones médicas complicadas o que estuvieran severamente intoxicados. Los sujetos representaban a los clientes públicos del Condado de Montgomery, así como los clientes de Crossing Place representaron a las áreas urbanas de Washington, D.C.; tenían aproximadamente 30 años de edad, eran pobres, 25 % representaban grupos minoritarios, su enfermedad era de larga duración y ya habían tenido múltiples hospitalizaciones. Sin embargo, muchos de los clientes del Condado de Montgomery que no pertenecían a grupos minoritarios venían de familias afluentes con un alto nivel de formación académica. Los resultados (Fenton et al., 1998) no fueron sorprendentes. El tratamiento alternativo y los pabellones psiquiátricos de un hospital general fueron igualmente eficaces clínicamente, pero el tratamiento alternativo tuvo un costo 40% menor, aproximadamente. Para un sistema, esto significa un ahorro de aproximadamente 19,000 dólares al año, por cada persona con trastornos mentales graves y persistentes, que utiliza exclusivamente atención alternativa (en lugar de recibir atención en un hospital). Con base en los costos en dólares de 1993, los costos totales en el hospital que participó en este estudio, ascendieron a aproximadamente 500 dólares diarios (lo que incluye costos complementarios) y el tratamiento alternativo tuvo un costo aproximado de 150 dólares (incluyendo tratamiento externo y costos complementarios).

Importantes Ingredientes Terapéuticos

A continuación se presentan, en forma descriptiva, los ingredientes terapéuticos de estas alternativas residenciales, que las distinguen claramente de los hospitales psiquiátricos, en el orden en que podría experimentarlos un cliente recién admitido:

1) El entorno es muy similar al de otras residencias en la comunidad, y la residencia interactúa con la comunidad.

2) El edificio es pequeño, con espacio para que duerman un máximo de diez personas (de 6 a 8 clientes, y 2 miembros del personal). Se experimenta como un entorno hogareño. Los procedimientos de admisión son informales e individualizados, pues se basan en la capacidad del cliente para participar en forma significativa.

3) Una tarea primordial del personal es comprender las circunstancias inmediatas y los antecedentes relevantes que precipitaron la crisis por la cual es necesario admitir a la persona. Se anticipa que esto favorecerá una relación que se basa en conocimientos compartidos, que a su vez hacen posible que el personal se ponga en el lugar del cliente. Así, compartirá la forma en que el cliente percibe su contexto social y lo que necesita cambiar para poder regresar a él. La relativa ausencia de papeleo permite que haya suficiente tiempo de interacción para formar una relación.

4) Dentro de esta relación, el cliente encontrará que el personal asume múltiples papeles: compañero, abogado, trabajador social y terapeuta, aunque no se llevan a cabo reuniones de terapia en la casa. El personal tiene la autoridad para tomar decisiones instantáneas, junto con el cliente, y asumir responsabilidad por ellas. Por lo general, el personal tiene entre 20 y 30 años de edad, son graduados universitarios y se les selecciona en base a su interés por trabajar en este entorno especial con clientes que están en medio de una crisis psicótica. La mayoría utilizan este trabajo como un paso de transición en su ruta hacia carreras avanzadas en el campo de la salud mental. Por lo general son psicológicamente fuertes, tolerantes y flexibles y vienen de familias de clase media baja en las que hay un miembro "problemático" (Hirschfeld et al., 1977; Mosher et al., 1973, 1992).

A diferencia del personal de un pabellón psiquiátrico, se les entrena para adoptar y validar las percepciones del cliente y se les supervisa muy de cerca. Cuentan con sus colegas miembros del personal, con los directores del programa que se encuentran en la casa y con los psiquiatras consultantes (tanto los directores como los psiquiatras son menos obvios para los clientes), para la solución de problemas y para una supervisión que se concentra en las dificultades relacionadas con relaciones personales que ellos estén experimentando (por ejemplo, "transferencia" y "contra transferencia"). Debemos hacer notar que los médicos no son los encargados del programa.

5) El personal está entrenado para evitar una dependencia innecesaria, y en la medida de lo posible, fomentar en los clientes una autonomía en la toma de decisiones. También animan a los clientes a permanecer en contacto con sus redes usuales de tratamiento y con sus relaciones sociales. Con frecuencia, los clientes comentan lo diferente que es esta experiencia de una hospitalización. Este proceso podría hacer que los clientes informaran que tienen la sensación de estar en control y de tener seguridad. También experimentan una continua conexión con sus entornos sociales usuales.

6) El acceso y las salidas, tanto iniciales como subsecuentes, se facilitan tanto como sea posible. No hay una readmisión oficial, sino un sistema social abierto a través del cual los clientes pueden seguir en contacto con el programa casi en cualquier forma que lo deseen; pueden llamar por teléfono si necesitan apoyo, información o consejos; pueden hacer visitas (por lo general a la hora de la comida), o hacer una cita con la persona con quien tuvieron una relación personal importante. Todos los que fueron clientes están invitados a regresar para participar en una actividad organizada una noche a la semana.

Características de los Entornos Sociales Curativos

Se cuenta con información clínica descriptiva por parte del personal y con datos sobre la percepción de los clientes (de Moos, 1974, 1975) para comparar a Soteria, Crossing Place y McAuliffe House con los pabellones agudos de un hospital general, y para compararlos entre sí. (Mosher, 1992; Mosher et al., 1986, 1995; Wendt et al., 1983). Ya antes se describieron las características clínicas de la comparación con los pabellones de hospitales que se incluyeron en el estudio original sobre Soteria (véase Wendt et al., 1983) y pueden aplicarse al pabellón del hospital psiquiátrico que se estudió en la investigación del Condado Montgomery. La descripción clínica de Soteria y Crossing Place y la sección sobre "Importantes Ingredientes Terapéuticos" que se presentaron antes, pueden aplicarse a los tres entornos. Los datos de la escala Moos con los que se compara Soteria con Crossing Place y con McAuliffe House son constantes en los tres entornos y son diferentes a los hallazgos de la comparación con pabellones de hospitales generales.

El instrumento Moos, las Escalas Ambientales del Programa Orientado a la Comunidad (COPEs por sus siglas en inglés: Community-Oriented Program Environment Scales) es una evaluación con 100 enunciados de falso y verdadero que muestra 10 variables psicométricamente distintas que se pueden agrupar en tres categorías: relación y psicoterapia, tratamiento y administración. Las pautas de similitudes y diferencias entre los dos tipos de alternativas (Soteria vs. Crossing Place y McAuliffe House) han permanecido constantes a lo largo de numerosas pruebas, al igual que las diferencias y similitudes que tienen los hospitales y los dos tipos de alternativas. Los programas alternativos comparten cifras altas en las tres variables relacionadas con relaciones personales (participación, espontaneidad y apoyo) y en dos de las cuatro variables relacionadas con el tratamiento: orientación en cuanto a problemas personales y nivel de tolerancia a la ira en el personal. No obstante, Crossing Place y McAuliffe House difieren de Soteria en dos de las variables administrativas: se percibe que las segundas generaciones están más organizadas y el personal ejerce más control (más o menos similar a las cifras sobre los hospitales) en comparación con Soteria, el proyecto original. Es de esperarse que haya diferencias, tomando en cuenta la naturaleza de la clientela y el hecho de que la duración de la estancia es, en promedio, mucho más corta (<30 días) en las residencias sucesoras de Soteria.

Otras Alternativas a la Hospitalización

En los 25 años o más que han pasado desde que el Proyecto Soteria se puso en vigor con éxito, se han desarrollado en Estados Unidos una variedad de alternativas a la hospitalización psiquiátrica. Sus resultados (incluyendo los del Proyecto Soteria) se han analizado extensamente en Braun et al., 1981; Mesler et al., 1982a, 1982b; Straw, 1982; Stroul, 1987. Warner (1995) describe en forma más detallada otro conjunto de resultados. Cada uno de estos estudios encontró resultados más positivos en los datos descriptivos y en los datos relacionados con investigaciones sobre una variedad de intervenciones alternativas, al compararlas con los grupos control. Straw, por ejemplo, encontró que en 19 de los 20 estudios que él analizó, los tratamientos alternativos eran tan eficaces, o más eficaces, que el cuidado hospitalario y que en promedio eran 43 por ciento menos costosos. Se observó que el estudio Soteria era el más riguroso que estaba disponible al describir un enfoque global de tratamiento a un subgrupo de personas en quienes se había diagnosticado esquizofrenia. También se observó que, por lo general, los efectos de diversos modelos de hospitalización no se habían sometido a un escrutinio científico igualmente serio.

A excepción de California, donde se ha desarrollado una docena de "verdaderas" alternativas residenciales a la hospitalización aguda, en el sector público, debido a los costos, existe ahora un movimiento para crear "casas de crisis". Su alcance o su éxito no se han descrito en su totalidad. Sin embargo, por lo general no se les considera ni se les *usa* como alternativas a la hospitalización psiquiátrica aguda, aunque esto está sujeto a variaciones locales. Es sorprendente que, "Managed Care" (organizaciones que usan

técnicas para reducir el costo de proporcionar beneficios a la salud y mejorar la calidad de la atención), que se concentra en reducir el uso de hospitalizaciones costosas, no haya desarrollado ni fomentado el uso de estas alternativas de costo reducido. Es en verdad notable que casi todas las alternativas residenciales a la hospitalización psiquiátrica aguda estén en el sistema público de salud mental. Las empresas privadas de seguros y las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés Health Maintenance Organization) se han mostrado muy renuentes a pagar por la atención que se recibe en estas residencias (véase Mosher, 1983).

El Destino de Soteria

Como programa clínico, Soteria se cerró en 1983. Su réplica, Emanon, había cerrado en 1980. A pesar de numerosas publicaciones (37 en total), al no tener un centro de tratamiento activo, Soteria desapareció de la conciencia de la psiquiatría estadounidense. Su mensaje era difícil de reconocer, asimilar y utilizar en este campo. No concordaba con la naturaleza científica, descriptiva y bioquímica de la psiquiatría estadounidense, y de hecho, cuestionaba prácticamente todos sus principios. De manera específica, restaba importancia a los aspectos médicos, hospitalarios, profesionales y neurolépticos de lo que Szasz (1976) ha llamado "la vaca sagrada de la psiquiatría". En lo que concierne a la psiquiatría estadounidense establecida, Soteria sigue siendo en la actualidad un experimento que al parecer es objeto de un descuido intencional. Ninguna de las reseñas recientes sobre esquizofrenia y de las recomendaciones para su tratamiento, menciona el proyecto (Frances et al., 1996; Lehman and Steinwachs, 1998).

No existen replicas de Soteria en Estados Unidos. Es posible que, si se propusiera una réplica a nivel de investigación, no recibiría la aprobación del I.R.B. (Institutional Review Board) para la protección de sujetos humanos, ya que implicaría la omisión de un conocido tratamiento eficaz (los neurolépticos) durante al menos dos semanas.

Es sorprendente que Soteria haya resurgido en Europa. El Dr. Luc Ciompi, profesor de psiquiatría social en Berna, Suiza, es el principal responsable de su resurgimiento. Soteria, Berna, Ha estado en funcionamiento desde 1984 y es una réplica de los hallazgos del estudio sobre el Soteria original. Es decir, aproximadamente dos terceras partes de las personas recién diagnosticadas con esquizofrenia se recuperan con un tratamiento en el que se utiliza un mínimo de drogas o en el que no se utilizan drogas, en un periodo de dos a doce semanas (Ciompi, 1994, 1997a, 1997b; Ciompi et al., 1992). A medida que los documentos sobre el Proyecto Soteria original se difundieron en Europa y Ciompi empezó a publicar sus resultados, se desarrolló un número de proyectos similares. En una reunión en octubre de 1997, que se llevó a cabo en Berna, se formó una Asociación Soteria, bajo la dirección del Profesor Weiland Machleidt de la Facultad de Medicina de Universidad de Hannover. Soteria está viva y próspera en Europa, aunque con algunas variaciones del tema original.

References

- Allers R (1961) *Existentialism and psychiatry*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J (1956) "Toward a theory of schizophrenia". *Behav Sci* 1:251-264.
- Bockhoven J.S. (1963) *Moral treatment in American psychiatry*. New York: Springer.
- Boss M. (1963) *Psychoanalysis and Daseinanalysis*. New York: Basic Books.
- Braden-Johnson A (1990) *Out of bedlam*. New York: Basic Books.
- Braun PB, Kochansky G, Shapiro R, Greenberg S, Gudeman JE, Johnson S, Shore MF (1981) "Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients: A critical review of outcome studies". *Am J Psychiatry* 138:736-749.
- Ciompi L. (1994) "Affect logic: An integrative model of the psyche and its relations to schizophrenia". *Br J. Psychiatry* 164:51-55, 1994.
- Ciompi L (1997a) *Non-linear dynamics of complex systems: The chaos theoretical approach to schizophrenia* (pp 18-31). Seattle: Hogrefe & Huber.

Ciampi L (1997b) "The concept of affect logic: An integrative psycho-socio-biological approach to understanding and treatment of psychiatry". *Psychiatry* 60:158-170.

Ciampi L, Dawalder HP, Maier CH, Aebi W, Trfitzsch K, Kupper Z, Rutishauser CH (1992) "The pilot project "Soteria Berne" clinical experiences and results". *Br J Psychiatry* 161:145-153.

Fairweather GW, Sanders D, Cressler D, Maynard H (1969) *Community life for the mentally ill: An alternative to institutional care*. Chicago: Aldine.

Fenton W, Mosher L, Herrell J, Blyler C (1998) "A randomized trial of general hospital versus residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness". *Am J Psychiatry* 155:516-522.

Frances A, Docherty P, Kahn A (1996) "Treatment of schizophrenia". *J Clin Psychiatry* 57:1-59.

Fromm-Reichmann F (1948) "Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy". *Psychiatry* 11:263-273.

Goffman E (1961) *Asylums*. Garden City, NY: Anchor.

Hegel G. (1967) *The phenomenology of mind*. New York: Harper & Row.

Hirschfeld R.M , Matthews S.M., Mosher L.R., Menn A.Z. (1977) "Being with madness: Personality characteristics of three treatment staffs: Hosp". *Community Psychiatry* 28:267-273.

Husserl E. (1967) *The Paris lectures*. The Hague: Martinus Nijhoff.

Yiesler C.A. (1982a) "Mental hospitals and alternative care: Noninstitutionalization as potential public policy for mental patients". *Am Psychol* 37:349-360.

Kiesler C.A. (1982b) "Public and professional myths about mental hospitalization: An empirical reassessment of policy-related beliefs". *Am Psychol* 37:1323-1339.

Kresky-Wolff M, Matthews S, Kalibat F, Mosher L (1984) "Crossing place: A residential model for crisis intervention". *Hosp Community Psychiatry* 2,5-72-74~

Laing R.D. (1967) *The politics of experience*. New York: Ballantine.

Lehman A, Steinwachs DM (1998) "Translating research into practice: The schizophrenia patient outcomes research team (PORT) recommendations". *Schizophr Bull* 24:1-11.

May R. (1958), *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books.

Matthews S.M., Roper M.T., Mosher L.R., Menn A.Z. (1979) "A nonneuroleptic treatment for schizophrenia: Analysis of the two year post-discharge risk of relapse". *Schizophr Bull* 5:322-333.

Menninger K. (1959) *Psychiatrist's world: The selected papers of Karl Menninger*. New York: Viking.

Moos R.H. (1974) *Evaluating treatment environments: A social ecological approach*. New York: John Wiley.

Moos R.H. (1975). *Evaluating correctional and community settings*. New York: John Wiley.

Mosher L.R. (1983) *Alternatives to psychiatric hospitalization: Why so few?* *N Engl J Med* 309:1479-148.

Mosher Liz (1992) "The social environmental treatment of psychosis: Critical Ingredients". In A Wobart, J. Culberg (Eds), *Psychotherapy of schizophrenia: Facilitating and obstructive factors* (pp 254-260). Oslo: Scand. Univ. Press.

Mosher L.R., Menn A.Z. (1974). Soteria: "An alternative to hospitalization for schizophrenia". In J.H. Masserman (Ed), *Current psychiatric therapies*. (Vol. XL pp 287-296). New York: Grune and Stratton.

Mosher L.R., Merm A.Z., Matthews S (1975). "Soteria: Evaluation of a home-based treatment, for schizophrenia". *Am J Orthopsychiatry* 45:455-467.

Mosher L.R., Merm A (1978). "Community residential treatment for schizophrenia: Two-year follow-up". *Hosp Community Psychiatry* 29:715-723.

Mosher L.R., Kresky-Wolff M, Matthews S, Merm A. (1986) "Milieu therapy in the 1980's: A comparison of two residential alternatives to hospitalization". *Bull Menninger Clin* 50:257-268.

Mosher L.R., Reifman A, Menn A. (1973). "Characteristics of nonprofessionals serving as primary therapists for acute schizophrenics". *Hosp Community Psychiatry* 24:391-396.

Mosher L.R., Vallone R, Menn A.Z. (March 1992) *The Soteria Project: Final progress report; R01MH35928, R12 MH20123 and R12 MH25570*. Submitted to the NIMH. (Available from the author).

Mosher Liz, Vallone R, Menn A.Z. (1995) "The treatment of acute psychosis without neuroleptics: Six-week psychopathology outcome data from the Soteria project". *Int J Soc Psychiatry* 41:157-173.

Perry J.W. (1974) *Me far side of madness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Sartre J.P. (1954). *Being and nothingness*. London: Methuen.

Searles H.F. (1965) *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. New York: International Universities Press.

Scheff T. (1966) *Being mentally ill*. Chicago: Aldine.

Straw R.B. (1982). Meta-analysis of deinstitutionalization (Doctoral dissertation). Ann Arbor, MI: Northwestern University.

Stroul B.A. (1987) *Crisis residential services in a community support system*. NIMH Community Support Program: Rockville, MD.

Sullivan H.S. (1962). *Schizophrenia as a human process*. New York: Norton.

Szasz T. (1976). *Schizophrenia-- Th.- sacred symbol of psychiatry*. New York: Basic Books.

Tillich P. (1952). *The courage to be*. New Haven, CT: Yale University Press.

Warner R. (Ed) (1995). *Alternatives to the mental hospital for acute psychiatric treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Wendt RJ, Mosher LR, Matthews SM, Merm AZ (1983) "A comparison of two treatment environments for schizophrenia". In J.G. Gunderson, O.A. Will, L.R. Mosher (Eds), *The principles and practices of milieu therapy* (pp 17-33). New York: Jason Aronson.

[1](#) Soteria Associates, 2616 Angell Avenue, San Diego, California 92122. Clinical Professor of Psychiatry, School of Medicine, University of California at San Diego.

[2](#) Soteria House staff, with Mosher L, Menn A, Vallone R, Fort D (1992). Treatment at Soteria House: A manual for the practice of interpersonal phenomenology, Unpublished Monograph Published in German as: *Dabeisein---Das Manual zur Praxis in der Soteria*. Bonn. Psychiatrie Verlag, 1994.

[3](#) Artículo publicado en: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 187:142-149, 1999