

Los hospitales de día intramuros para enfermos mentales en Francia Day-care hospitals for mental patients in France

R. MARTINEZ*, R. PREGO**, J.M. SARASUA**

RESUMEN

Los hospitales de día intramuros ocupan un lugar predominante en el abanico de la asistencia psiquiátrica en Francia.

Fueron concebidos como estructuras intermedias encaminadas a favorecer la desactivación de ese proceso inexorable, que es la cronificación de los pacientes en psiquiatría.

Su misión primordial es la de preparar y favorecer la reinserción de los pacientes psiquiátricos procedentes del hospital, sin olvidar la dependencia adquirida por el enfermo respecto a la institución durante sus, a menudo, largas estancias en el medio psiquiátrico.

SUMMARY

Inner city "day hospitals" are an important factor in the range of psychiatric attention available in France.

They were conceived as a mid-way structure to avoid the irreversible deterioration of psychiatric patients into a chronic state.

Their principal objective is to help the patients under psychiatric treatment in the hospital to adjust to normal life without forgetting their natural dependence on the hospital acquired during their sometimes quite long stays there.

PALABRAS CLAVE

Instituciones intermedias. Cronificación. Hospital de día. Asistencia psiquiátrica.

KEY WORDS

Intermediate institutions. Chronic state. Day Hospital. Psychiatric assistance.

(*Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1991; 11: 43-46)

*Médico Adjunto. Servicio Universitario de Psiquiatría. **Médicos Internos Residentes. Centro de Readaptación Psicosocial «La Tour de Gassies». Burdeos, Francia.

Correspondencia: Roque Prego Dorca. Centre de Readaptation Psychosociales la Tour de Gassies. 33520 Bordeaux - Bruges (France)

Fecha de recepción: 1-12-88

Fecha de aceptación: 6-3-91.

1. INTRODUCCION

Los primeros hospitales de día para enfermos mentales aparecen alrededor de 1931 en la Unión Soviética y más concretamente en Moscú. Al principio, se situaban fuera del "asilo", en el interior de las ciudades (les llamaremos hospitales de día extramuros) y constituían una solución económica al exceso de población de los hospitales psiquiátricos.

A partir de 1946, aparecen en los países anglosajones con orientaciones diferentes, como la readaptación de prisioneros de los campos de concentración o la inserción de los refugiados y emigrantes tras los grandes éxodos generados en aquella época.

El desarrollo económico y las corrientes ideológicas existentes en los años 60 en el mundo occidental, favorecen el desarrollo de este tipo de instituciones que suponen un menor gasto económico, y que ofrecen a la población una asistencia psiquiátrica más diversificada con técnicas terapéuticas más modernas. Por ejemplo, en Francia en 1960 aparece todo un programa departamental de prevención y lucha contra las enfermedades mentales (sector psiquiátrico). En él, los hospitales psiquiátricos y estructuras intermedias extramuros, adquieren un papel preponderante.

El hospital de día intramuros al que nos referimos en este artículo, es una estructura nueva que se integra en un proceso evolutivo que va desde la hospitalización completa, hasta el hospital de día extramuros. Representa en suma, la alternativa a la hospitalización completa con un funcionamiento diferente.

Confrontados al problema de una ocupación mayoritaria del servicio por enfermos con un largo pasado psiquiátrico, el equipo médico encabezado por el profesor Marc Bourgeois, planteó la posibilidad de reunir en una estructura de nueva creación, aquellos enfermos crónicos cuyas características permitían un cierto grado de adaptación a la vida exterior al hospital.

Nuestro hospital de día intramuros, abre sus puertas oficialmente el 12 de Noviembre de 1984, y queda ubicado en el primer piso ala norte del Servicio Universitario de Psiquia-

tría de Burdeos. Se extiende sobre una superficie de 600 m² y está compuesto por dos despachos médicos, dos cocinas, un salón comedor, una sala de farmacia, una sala de relajación, dos bloques sanitarios, una sala de baño y tres habitaciones para actividades manuales.

Esta estructura, capaz de recibir 15 pacientes diarios (salvo sábado y domingo), está dotada de tres enfermeras especializadas, un auxiliar, un psicólogo (a media jornada) y un psiquiatra consultante.

2. ELABORACION DE UN PROYECTO TERAPEUTICO

El equipo médico, partiendo de unas directrices muy generales, se organizó, sobre todo, alrededor de una reflexión profunda sobre las motivaciones personales y sobre la especificidad de la estructura que nos fue confiada.

Después de algunos meses de funcionamiento constatamos que nuestra población quedaba constituida fundamentalmente por enfermos crónicos, para los que múltiples intentos de autonomización habían sido realizados. En su mayor parte, habían conocido experiencias de hospital de día extramuros o apartamento terapéutico.

Lógicamente antes de elaborar un verdadero proyecto terapéutico, nos pareció legítimo cuestionarnos, sobre la noción de cronificación en psiquiatría.

Para la mayoría de los autores consultados, existen algunos factores fundamentales en el proceso de cronificación. Por una parte existiría un conflicto progresivo en la realización entre el paciente y el entorno, que sería el origen de la "ruptura" y posterior hospitalización en una estructura psiquiátrica. Después asistiríamos a un proceso de adaptación del paciente a la institución, que deja de ser un lugar de asistencia, para convertirse en un lugar de vida que no podrá abandonar sin arriesgarse a una recaída.

Es decir, la evolución de la cronificación depende de dos sistemas diferentes:

—Un sistema colectivo; corresponde a la institución hospitalaria que tiene por objeto asegurar la evolución favorable del paciente, sin resentirse y bajo prioridades económicas. Ello comporta un rápido control de los estados agudos y un desplazamiento de la angustia con el fin de asegurar una estabilidad del sistema "médico"-enfermo.

—Un sistema individual simétrico al precedente: la preocupación institucional corresponde fielmente al deseo latente del paciente crónico, que se limita a pasar el tiempo, ritualizarse, disminuir los imprevistos y eliminar al máximo las fuentes de conflicto.

Este esquema lo describe perfectamente Soullairac (7), en su libro "Relation objectale minimale", en el que describe el mínimo de relación que es preciso establecer, para que tanto el paciente como el "médico" tengan la ilusión de la existencia de un intercambio estable y positivo.

Partiendo de algunos de estos elementos teóricos sobre la cronificación, imaginamos algunas fórmulas para desactivar este proceso inexorable e intentar crear una nueva dinámica. Tres pilares fundamentales sostuvieron nuestro proyecto terapéutico inicial:

—La necesidad de evitar una ruptura brusca con la institución.

—Procurar que el encuentro del paciente con el mundo exterior, se hiciera en una zona intermedia que favoreciera los contactos y los intercambios.

—Asegurar unos cuidados lo más individualizados posibles, favoreciendo sin embargo, la comunicación entre los pacientes e intentando la creación de un verdadero grupo con sus normas, sus conflictos y sus procesos de regulación.

3. CARACTERISTICAS Y FUNCIONES DEL HOSPITAL DE DIA INTRAMUROS

Los hospitales de día intramuros se definen como estructuras de "recepción", con vocación hospitalaria, en oposición a los hospitales de día extramuros, con vocación urbana.

Esta distinción se establece esencialmente a partir de la evaluación del nivel de dependencia del paciente respecto de la institución psiquiátrica, de la importancia de sus trastornos y de sus dificultades de reinserción social.

El hospital de día, debe preparar y favorecer la reinserción, pero debe tener en cuenta la dependencia del paciente respecto de la institución. El hospital, en sí mismo, representa una continuidad y una referencia que supone una seguridad capital para el paciente. Sin embargo, la diferencia fundamental respecto a la hospitalización total reside en la libertad del paciente para adoptar una postura personal respecto del resto de pacientes hospitalizados y del equipo médico. El "contrato" tácito entre equipo médico y paciente, compromete a este último, a respetar el tiempo de presencia "prescrito" por el médico y a realizar una integración progresiva en el grupo de pacientes.

Partiendo de estas bases establecemos, a nuestro juicio, las funciones del hospital de día intramuros:

- Asegurar al paciente una plataforma mínima de referencia (reglamento interior, horarios, jerarquía) que le recuerde las normas por las que se regía anteriormente.

- Introducir al paciente en un área de responsabilidad, invitándole a inscribirse de una manera lo más personalizada posible en el funcionamiento de la institución.

Para cada uno de los pacientes, dos tipos de proyecto son discutidos:

—Proyecto a corto plazo, dirigido a favorecer la separación progresiva de la institución y facilitar la integración en una nueva estructura que permitirá experiencias puntuales de autonomía sin angustia excesiva, lo que reforzará positivamente experiencias similares fuera del hospital. Otro de los aspectos a considerar es el seguimiento médico del paciente.

—Después de un cierto tiempo de observación y supervisión de la aptitud del paciente respecto de este proyecto inicial, el equipo médico elabora un proyecto global a más largo plazo cuyo objetivo primordial, reside en favorecer la aceptación progresiva de la enfermedad mental, clasificando la función de la institución y responsabilizando al paciente de la gestión de su propia salud mental.

Este proyecto tiene como objetivos prácticos, que el paciente consulte en el exterior (ambulatorio, consulta privada), se ocupe de su tratamiento y finalmente sea capaz de formular una petición de terapia individualizada.

Existe evidentemente un aspecto social en este proyecto a largo plazo, que no debe ser abordado de manera urgente

y sobre todo no debe ser impuesto por el equipo médico. El paciente mismo formulará con el tiempo deseos de autonomía que deben ser tenidos en cuenta y canalizados teniendo en cuenta la realidad social de cada momento. El papel que debe jugar el equipo médico es el de confrontar al paciente con la realidad del mundo al cual desea insertarse, esta confrontación a menudo "dolorosa" es a largo plazo terapéutica.

Nuestra experiencia nos ha demostrado que el trabajo cerca de las familias, que no habíamos previsto en las orientaciones iniciales, tenía una importancia capital.

Hemos observado, a veces, que los progresos realizados por determinados pacientes eran a menudo bloqueados por las familias, pues ciertos cambios resultaban molestos para el equilibrio familiar, solamente una colaboración estrecha entre el equipo médico y las familias, finalizaba por desbloquear la situación.

4. POSICION DEL EQUIPO MEDICO EN LAS INSTITUCIONES INTERMEDIAS

El equipo médico de un hospital de día intramuros representa a la vez el interior y el exterior de la institución. Representa, asimismo, el interlocutor privilegiado de los pacientes.

La organización interna del hospital de día asocia una cierta contención y una cierta libertad: la contención respecto de la vida institucional.

El contrato establecido con el paciente incluye, la presencia obligatoria, el respeto de horarios, la participación de las actividades propuestas y otras referencias definidas por la organización interna. Todo este conjunto de reglas son, a menudo, mal soportadas por los pacientes que guardan una cierta nostalgia de su vida precedente en el exterior.

La vida del paciente en el hospital de día implica la asunción de ciertas responsabilidades, como la elección de las actividades, la gestión de las relaciones con el resto de pacientes y, a veces, la negativa implícita o explícita del equipo médico para encargarse de ciertos aspectos materiales del paciente.

Recordemos a este propósito que el anonimato, el aislamiento y una cierta pobreza en las relaciones interpersonales, constituyen los síntomas superficiales o los refugios habituales en el funcionamiento del paciente crónico en psiquiatría. La posibilidad de una cierta libertad de existir de manera diferente es, a veces, difícilmente asumida por determinados pacientes. La ventaja del hospital de día intramuros reside en la posibilidad de asociar contención y libertad en una estructura dinámica, aunque conflictiva, que presenta de manera pragmática la relación "interior-exterior" tal como ha sido descrita precedentemente.

El paciente, desde un principio, no debe ser considerado teniendo en cuenta su pasado hospitalario, sino en función

de su estado actual y de sus conductas en la nueva estructura que le ha sido propuesta. La experiencia demuestra que el modo de relación entre paciente y equipo médico y el funcionamiento general de la institución, permiten al paciente hacerse una idea sobre sus posibilidades de futuro.

El paciente finaliza por comprender la necesidad de abandonar una serie de comportamientos y estereotipos que le habían servido de base durante su hospitalización. Es, asimismo, capaz de percibir el deseo implícito del equipo médico que espera de él, no solamente un paciente portador de un síntoma, sino un individuo confrontado a una realidad cotidiana en un entorno que no le resulta del todo desconocido. El trabajo inicial del equipo médico se encamina a "personalizar" al máximo a cada paciente, haciéndole sentirse individuo y no solamente miembro de una institución que le protege.

Podemos señalar que la reivindicación principal del grupo de pacientes concierne su adaptación futura y no sigue un criterio de patología mental: "Estamos reunidos, porque tenemos dificultades de adaptación al mundo exterior y no porque seamos enfermos".

5. CONCLUSION

A pesar de las afirmaciones precedentes, no queremos en ningún momento poner en tela de juicio la patología psiquiátrica inherente a cada individuo, intentamos exclusivamente desmitificar el valor profético del diagnóstico en psiquiatría, que clásicamente era considerado un criterio de indiferenciación y de dependencia.

Nosotros intentamos considerar nuestros pacientes, no como "psicóticos crónicos", sino ante todo sujetos que sufren, lo que de alguna manera significa que no es la institución la que define al paciente, sino este último el que poco a poco elabora una petición de atención y más tarde un proyecto de asistencia.

Toda la energía del equipo médico debe movilizarse para impedir que el paciente adopte una posición de fracaso o de renuncia, a la que el mismo podría aferrarse de manera compulsiva para legitimar su incapacidad.

La vivencia conflictiva del paciente es accesible a una negociación que tiene como misión introducir la duda sobre el principio de incapacidad y de irresponsabilidad atribuido al paciente.

La acción sin duda más simple pero también más importante es la de resistir la tentación de determinar y fijar los límites de intervención del paciente, lo que de realizarse produciría la confirmación del estatuto de dependencia, establecido de antemano durante su hospitalización.

BIBLIOGRAFIA

1. Bettelheim B. Un lieu où renaitre. Collection "Réponses". Editions Robert Laffont 1975.
2. Bleanodonu G, Despinoy M. Hospitaux de jour et psychiatrie dans la communauté. Collection "Science de l'homme". Edition Payot 1974.
3. Jeanson F. La psychiatrie au tournant. Edition du Seuil 1987.
4. Olie JP, Gay C. Assistances psychiatriques en questions. Edition Doin 1986.
5. Racamier PC. Le psychanalyse sans divan. Colletion "Science de l'homme". Edition Payot 1983.
6. Riou M. Etudes sur la chronicité. Cours de 2.º année de 1.º de psychopathologie et de C4 de clinique. Université Bordeaux II. U.E.R. des Sciences Sociales et Psychologiques.
7. Soulairac A, Coll. La chronicité du trouble mental. In l'évolution psychiatrique 1966; Tome XXXI, Fascicule IV.