

# A LA BUSQUEDA DE UNA ALTERNATIVA PARA LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS CRONICOS

Las "*Maisons de soins psychiatriques*" (Hogar de cuidados psiquiátricos en adelante M.S.P.), son una experiencia puesta en marcha en Bélgica para intentar dar una solución real al problema que se plantea con los pacientes afectados de trastornos psíquicos crónicos, que no les permiten una vida autónoma y donde las posibilidades de reinserción, aunque existentes, son escasas.

Sanatia es una de estas casas, con 30 camas, situada en el corazón de Bruselas. En ella se ha querido dar una convivencia familiar a unos pacientes que no pueden beneficiarse de otros tipos de estructuras como los apartamentos protegidos u otros.

En la C.A.P.V. existe la necesidad y la demanda de instituciones intermedias, creados ya los apartamentos supervisados y los centros de día, existe una parte de la población con trastornos crónicos que se ve obligada a hospitalizaciones muy prolongadas, con todos los efectos negativos que esto conlleva. ¿Podrían ser las M.S.P. un ejemplo a seguir?

## ANALISIS HISTORICO

Tras muchos siglos en que los psiquiátricos eran salas donde se encerraba a los pacientes, privándoles de todos sus

derechos. En los años 70 se asiste a la caída de los muros de los antiguos manicomios bajo la influencia de la teoría de anti-psiquiatría o de Bassaglia en Italia. "Los enfermos mentales no necesitan ningún tipo de estructura institucional, se vive la destrucción del manicomio sin prever ningún tipo de modelo alternativo". Como consecuencia de esto, muchas de estas personas, acostumbradas a vivir en una estructura muy pesada donde su capacidad decisoria estaba anulada, se encontraron en la calle, con enormes dificultades de integración social y sin estructura de acogida alternativa.

En Inglaterra, el movimiento antipsiquiátrico fue acompañado de la creación de las primeras comunidades extrahospitalarias como alternativa a las reclusiones en los manicomios. Estas comunidades fueron el modelo que dio paso al inicio del trabajo terapéutico extrahospitalario.

La variedad belga ha seguido este mismo esquema evolutivo. A finales de los años 70, el Profesor Moroot lleva a cabo un estudio de un modelo asistencial en dos frentes:

- a) Hospitalario con tres tipos de servicios:
  - Camas A: Servicio de agudos adultos.

- Camas R: Servicio de agudos niños.
- Camas T: Servicio de crónicos, estancia prolongada.

b) Creación de equipos de postcama y no red de centros de salud mental que prevenga y retarden la readmisión en centros hospitalarios y que permitan disminuir el número de camas.

Este proyecto inicial, evoluciona a lo largo de los años 80. La disminución de camas de hospital choca en la realidad con un importante problema. El 35% de la población psiquiátrica belga era mayor de 65 años y el 26% vivía en instituciones desde hace más de 25 años. La creación de las camas T o de estancia prolongada no logró dar una solución a este problema ya que el tratamiento no es suficientemente intensivo y las medias de estancia en hospital aumentaban cronificando aún más a los enfermos y aumentando los gastos.

Como consecuencia de todo esto ha llegado a la conclusión de la necesidad de unas estructuras intermedias capaces de acoger a este tipo de pacientes. En total está prevista la creación de 6.000 camas M.S.P. es decir 0,6/1.000 habitantes.

### ¿QUE ES UNA M.S.P.?

"Maison de soins psychiatriques". Su traducción literal es "Hogar de cuidados psiquiátricos".

La filosofía con la que han sido creadas es la de dar un hogar a las personas que presentan un problema psíquico en situación estable, no precisando por ello la atención continuada de un hospital, sino un acompañamiento que les permite encontrar su autonomía y si es posible su reinserción en la sociedad.

Su objetivo fundamental es el de *acompañar*, ser un lugar donde vivir, pero con las puertas abiertas a la sociedad. Las normas de ubicación, organización, financiación y planificación del personal han sido realizadas teniendo en cuenta estos principios fundamentales.

### 1. Ubicación

Las M.S.P. deben estar situadas fuera del ámbito de un centro hospitalario, si es posible en pleno casco urbano.

Su tamaño debe ser reducido, alrededor de 40 camas de aspecto agradable y acogedor, con lugares de relación y la posibilidad de un espacio individual privado.

### 2. Aspectos organizacionales

a) La gestión de las M.S.P. escapa a la gestión tradicional hospitalaria en el sentido de implicar al paciente y su entorno en la organización del centro.

Así, la Comisión que dirige la institución está compuesta por los siguientes miembros:

- Un representante de los pensionistas, elegido por ellos mismos y con el acuerdo de las familias.
- Un representante de la Dirección.
- Un jurista.
- Un psiquiatra.
- Un asistente social.

Esta estructura organizativa está inspirada en el objetivo de lograr una mejor integración del paciente a partir de su participación en la construcción de su entorno vital.

b) La autonomía de que se pretende dotar al paciente choca con el problema de la gestión de sus recursos económicos. Es grado de afectación psíquica de algunos internos les impide una correcta toma de decisiones en la manipulación de su patrimonio. Varias son las alternativas en estos casos.

- Confiar la gestión de tal patrimonio a la familia. Ello conlleva problemas en los casos, frecuentes, en los que existen conflictos del enfermo con su entorno familiar.
- Dejar en manos del centro la potestad sobre el patrimonio de los pacientes. Esta solución genera en muchas ocasiones problemas de confianza entre el residente y la institución.
- Una tercera opción, por la que se ha optado en la mayoría de los casos es, la búsqueda de un administrador o tutor, externo a la M.S.P. y cuya función es, además de gestionar el patrimonio del enfermo, asegurar que éste disponga de un dinero de bolsillo considerado suficiente para atender sus gastos personales.

### 3. Financiación

La forma de financiación es un tanto especial dentro del sistema de seguridad social belga.

Existe una intervención importante estatal pero esta aportación no es del 100%. El resto es pagado por el propio paciente.

En los casos en que las posibilidades económicas de los pacientes sean inferiores a esta cifra, una ayuda suplementaria puede ser desbloqueada a cargo de financiación pública, de manera que el acceso a las M.S.P. quede abierto a todas las capas sociales.

Esta implicación económica de los pacientes en el mantenimiento de este tipo de centros permite al Sistema Sanitario Público poner en marcha unas estructuras intermedias de tratamiento ilimitado, liberando con ello camas de agudos, que difícilmente podrían haberse asumido de otra manera.

### 4. Planificación del personal

En línea con la vocación de este tipo de centros, aseguran una atención continuada a los pacientes, se da una importancia especial a que el personal paramédico y de cuidados de enfermería sea el suficiente.

La presencia de un psiquiatra se centra más en labores de coordinación de las actividades del centro, en función de la patología de los pacientes, que en la realización de actos propiamente médicos. Se trata de una actitud especiante y vigilante.

### SANATIA: UN EJEMPLO CONCRETO

Sanatia es la primera experiencia M.S.P. existente en Bruselas. Está situado en un céntrico barrio. El centro está banalizado en el entorno de los edificios del barrio, no apreciándose externamente ningún rasgo que lo identifique como institución psiquiátrica.

Se trata de un edificio del siglo XIX de tres pisos de planta cuadrada y dos amplios jardines interiores, junto a los cuales existe un pequeño edificio donde se encuentran los talleres ocupacionales y el gimnasio. Se ha dividido la casa, en dos servicios:

- a) Dos grupos de atención dedicados a los enfermos capaces de una mayor autonomía y con grandes posibilidades de reinserción.

- b) Dos grupos de atención dirigidos a enfermos con un mayor grado de invalidez donde existe una sección especial dedicada a la psicogeriatría, con ancianos en algunos casos afectados de demencias en situación preterminales e incluso terminales.

En total actualmente existen unos 30 residentes con una media de edad entre 45-50 años.

El personal laboral está compuesto por treinta personas, entre las que hay que contar un asistente social, un psicólogo, dos ergoterapeutas y un fisioterapeuta. El resto es personal de enfermería.

La mayor parte de los residentes viven en habitaciones individuales que ellos mismos han decorado con sus propios muebles. Todas ellas sin excepción son exteriores y están orientadas a uno de los dos jardines.

### *Cómo se vive en Sanatia*

Me parece importante volver a insistir en que el objetivo fundamental de Sanatia es el de convertirse en un hogar para aquellos que por razones psíquicas no son capaces de vivir fuera de una institución. El número reducido de pacientes y la distribución por pisos hace que los pensionistas acaben conociéndose bien y estableciendo fuertes lazos de amistad.

Durante una jornada cualquiera algunos de los residentes abandonan Sanatia para acudir a los Centros de Día o bien a talleres protegidos. Otros, la mayoría, se benefician de las actividades que se realizan en la casa.

Muchos de los pacientes que viven en Sanatia tienen problemas relacionados con la estructuración del tiempo, mantenerse en contacto con lo real es en muchos casos un gran reto. Por ello, cada residente realiza a su llegada un proyecto individualizado y concreto de actividades a fin de que el paciente pueda aprender a establecer relaciones con objetos reales, todo esto supone un gran esfuerzo para el personal de enfermería y de animadores. Se trata de una labor de estimulación constante y sostenido a veces difícil de llevar a cabo.

El organigrama de actividades muestra diferentes facetas de trabajo:

- a) Actividades manuales: Intentan facilitar la relación con objetos concretos (Trabajo con barro, madera, pintura).

- b) Actividades corporales: (Gimnasia, relajación, musicoterapia). Conocer su cuerpo, sus límites y establecer contacto con sus sentimientos, aceptarlos como propios.
- c) Actividades que exigen un trabajo en grupo coordinado:
- Publicación de un periódico mensual.
  - Grupo cocina. Una vez a la semana, los pacientes, diseñan y confeccionan su menú.
  - Salidas (cine, compras).
  - Sesiones de video.

Lunes	9 h - 11 h	Ergoterapia (talleres de trabajo).
	10,30 h	Té.
	14 h - 14,30 h	Gimnasia para los menos válidos.
	14,30 h - 15,30 h 15,30 h - 16,30 h	Cine Club. Ergoterapia - Salón.
Martes	9 h - 11 h	Ergoterapia.
	9 h - 10 h	Periódico.
	10,30 h - 11 h	Té en el Taller.
	14 h - 14,30 h	Gimnasia.
	14 h - 16,30 h 15 h	Té con biblioteca. Café.
Miércoles	9,30 h - 11 h	Ritmo y canto.
	10,30 h	Té.
	14 h - 14,30 h	Gimnasia.
	14,30 h	Video.
Jueves	9,30 h - 13,30 h	Grupo cocina.
	9 h - 11 h	Ergoterapia.
	10,30 h - 11 h	Té en los talleres.
	14 h - 16,30 h	Ergoterapia
	15 h 14 h - 14,30 h	Té en los talleres. Gimnasia.
Viernes	9 h - 10 h	Grupo música.
	9 h - 11 h	Ergoterapia.
	13 h - 14 h	Ergoterapia en el salón (Juegos de azar, cartas).
	14 h - 16,30 h	Salida cultural.

El objetivo de todas estas actividades es el de mostrar a los pacientes sus propias capacidades y de enseñarles a valorarlas en su justa medida. Si esto se consigue, esta manera de vivir en grupos reducidos hace que la institución se convierta en una familia con todas sus consecuencias.

Merece un apartado especial la atención a los ancianos. En estos casos, la labor del personal de enfermería es más intensiva, abarcando las tareas más elementales tales como: mantener una higiene y nutrición adecuadas, mantener una actitud vigilante ante los deterioros orgánicos, y, sobre todo, ser un acompañante constante en los momentos de soledad sufriendo en ocasiones a una familia ausente.

Por todo esto se ha ideado un sistema de trabajo en el cual cada enfermero tiene unos pacientes fijos a su cargo, de quienes se ocupa de manera personalizada. Se han implantado horarios fijos de trabajo que

son conocidos por los propios pacientes, evitándose los cambios de servicio y las rotaciones del personal.

Esta atención continuada puede llegar a crear problemas de dependencia y simbiosis pero la experiencia ha mostrado que la profesionalidad del personal de enfermería es fundamental para intentar corregir estas situaciones. La calidad de vida de estas personas mejora al saber a quien pueden dirigirse en cada momento.

### ¿ES LA M.S.P. UNA ALTERNATIVA VALIDA EN LA C.A.P.V.?

Actualmente la C.A.P.V. cuenta con una cobertura apropiada, tanto de los pacientes hospitalizados como del seguimiento ambulatorio. Sin embargo, faltan estructuras intermedias de postura.

Las soluciones alternativas que se han buscado son:

- LA FAMILIA. Como lugar de acogida, pero no debemos olvidar que en muchas ocasiones esta misma familia es uno de los nudos capitales de conflicto. Alejar al paciente de su medio, puede mostrarle otra manera de aprehender el mundo y la sociedad.

-APARTAMENTOS SUPERVISADOS. La experiencia belga con este tipo de estructuras, muy eficaces en algunos aspectos, muestra sin embargo que existe una franja de pacientes con un alto grado de rehospitalizaciones. Las M.S.P. están resultando en este momento una solución alternativa.

-HOSPITALIZACIONES PROLONGADAS EN SERVICIOS ESPECIALES. La palabra hospital lleva consigo implícitamente el ser un lugar protegido, por una gran puerta que la separa del mundo exterior.

-LAS RESIDENCIAS. Probablemente mucha gente puede pensar que la M.S.P. no es muy diferente de las residencias de ancianos que todos conocemos en nuestro entorno.

La diferencia estriba en su filosofía dinámica. Se intenta que los pacientes no tengan en ningún momento la impresión de estar en una vía muerta, sino en un tren que viaja a una velocidad más lenta y apropiada a sus necesidades.

La experiencia en la atención al enfermo mental ha mostrado que no existen soluciones mágicas. Cada alternativa es válida pues cada individuo es diferente a otro. Diversificar la atención es aumentar la calidad asistencial.

Probablemente la M.S.P. no sea la solución ideal a los problemas de los pacien-

tes crónicos, pero sí una solución alternativa que nace con unos objetivos bien concretos, mostrar que cada individuo es fundamentalmente digno de reconocimiento y que cualquiera que sea su situación posee en sí mismo el potencial y el deseo de crecimiento y autorealización.

**Pablo Angulo**

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Anuario Estadístico Vasco. 1991. Eustat.
2. Avance de Directrices de Ordenación Territorial de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Mayo 1992.
3. Bassaglia Franco "L'autopia della realta e la realta dell'utopia".
4. Caplan Gerald. Principios de psiquiatría preventiva. Mayo 1980.
5. Estadística Hospitalaria. Eustat 1990.
6. Hanzoul Chantal, Page Françoise. "Socioterapie des Psychotiques". "Somatotherapies es Somatologie". Octubre 90.
7. Keirse Emmanuel. "La maison de repos et de Soins psychiatriques. De Wingerd - un lieu de vie alternatif pour les dements seniles. Congrès international de psychogeriatie. Octubre 87.
8. Laing Ronald. "Metanoia some Experiences at Kingsley Hall". London. Diciembre 1968.
9. Ministère de la Sante Publique et Environement. "1990. Une date historique pour le secteur psychiatrique". Julio 1990.
10. Moniteur Belge:
  - Normes d'agrement du M.S.P. Julio 1990.
  - Critères d'intervention Inami. Julio 1990.
  - Programmation. Julio 1990.
  - Fixation du prix M.S.P. Diciembre 1990.
  - Intervention de l'Etat dans le prix. Enero 1991.
11. Muños Pedro Enrique. Aspectos actuales de la asistencia psiquiátrica. 1970.