# El hospital de día psiquiátrico como iniciativa privada

J. Costa Molinari, S. Ros Montalbán y J. Guasp Mañé

Servicio de Psiquiatría. Hospital Ntra. Sra. del Mar. Barcelona.

La asistencia psiquiátrica de los últimos veinticinco años se caracteriza, acaso por el aumento considerable de su capacidad terapéutica, por considerar que la hospitalización psiquiátrica debe ser un episodio limitado del tratamiento de la enfermedad. Debe ser lo más breve posible, una mínima parte de todo el proceso terapéutico y se procura evitarla. Cuando esto no es posible, se trata de abreviarla al máximo. Con ello se consigue que no constituya un desarraigamiento del enfermo de su medio habitual, que no se favorezca el desentendimiento de los familiares del problema y que, en todo caso, sea más fácil la reintegración del paciente. Las tendencias actuales se orientan cada vez más hacia la comunidad, a tratar de ofrecer las atenciones profesionales lo más cerca posible de donde se genera el problema psiquiátrico y lo más rápido que se pueda. El hospital psiquiátrico ha perdido el papel central en la asistencia que tenía antaño.

Los viejos manicomios, generalmente de gran capacidad, alejados de los núcleos de población, escasamente equipados, con pobres recursos económicos y de personal, con estancias promedio largas y con orientación custodial, resultan a todas luces inadecuados a las posibilidades terapéuticas y asistenciales de hoy.

Con algunas, pocas, excepciones los centros encargados de la asistencia psiquiátrica pueden incluirse en uno de estos dos grandes grupos: los *ambulatorios* o centros extrahospitalarios y los *hospitales psiquiátricos*. Entre ambos tipos de instituciones una enorme cantidad de necesidades y apenas ninguna solución. Por ello aún hoy en día es verdad que a un enfermo psíquico, sin entrar en otras consideraciones, solamente le quedan pues estas dos opciones: o ser tratado de manera ambulatoria lo cual no siempre es posible, o ser ingresado en un centro hospitalario con todas las consecuencias negativas que esto comporta cuando en muchos casos ni una ni otra modalidad están indicadas.

A casa o al manicomio es la alternativa que, en la mayoría de casos se ofrece a los pacientes psíquicos, probablemente agravada hoy por hoy por la rápida mejoría de los pacientes, precisamente por la eficacia terapéutica a la que aludíamos al principio, en ocasiones más aparente que real, y que requiere, por tanto, mayor atención y asistencia.

Al ponerse de manifiesto la posibilidad de cambiar la condición patológica y desaparecer el motivo que ha justificado el ingreso hospitalario, recae sobre las familias una mayor exigencia de atender a sus enfermos. En un momento sociocultural en el que, ciertamente, el núcleo familiar tiende a debilitarse, al estar sus componentes en una situación cada vez más exigente desde el punto de vista profesional, económico, social. Muchas veces la carga que representa el enfermo, rebasa su capacidad de resistencia.

Particularmente sensibles a estos fenómenos son el grupo de los esquizofrénicos. Se ha comprobado que solamente del 15 al 40 % de esquizofrénicos que residen en sus hogares, consiguen un nivel medio de adaptación. Sus dificultades para obtener ocupación son mayormente debidas, no a sus manifestaciones psicopatológicas, sino a presentar dificultades en sus relaciones personales y a la falta de motivación, lo que obliga a desarrollar estrategias adecuadas con programas terapéuticos de readaptación y rehabilitación profesional.

Sin duda alguna la hospitalización mantiene todavía sus indicaciones. Muchos de aquellos enfermos que manifiestan graves trastornos de conducta, con peligro o amenaza de autodestrucción o agresividad, incapaces de controlar su conducta por cauces que permitan la convivencia por desorganización psicótica, alteración de la percepción de la realidad, funcionamien-

to altamente regresivo, incapaces de seguir unas pautas de terapéutica y que desafían todos los esfuerzos que puedan realizarse para evitar su hospitalización. Ahora bien, una vez estas condiciones hayan desaparecido, debe procurarse, sin pérdida de tiempo, ofrecer otro tipo de atenciones menos restrictivas que permitan sin embargo continuar las pautas terapéuticas iniciadas, con un progresivo retorno a una asistencia ambulatoria pasando por las etapas de transición.

Una cierta mala consciencia de estar funcionando inadecuadamente ha tenido como consecuencia, por una parte, a restringir el número de ingresos, con lo cual buena cantidad de pacientes se quedan sin la necesaria atención hospitalaria y por otra, la de forzar las altas de forma frecuentemente prematura, en un intento de aparecer como unas instituciones modernas, alejadas de todo pecado de institucionalizar al enfermo, de no cronificarlo y de mostrar unos índices de rotación y de estancia, de acuerdo con las normas teóricas aceptadas.

Quizá no sean ajenos a estas consideraciones los aumentos progresivamente crecientes de los costos y que por consiguiente se trate, por todos los medios posibles, de abreviar los días de hospitalización.

## Los centros intermedios

Hace ya muchos años que se conoce la solución a estos problemas ofrecida por los llamados *centros intermedios* o centros a medio camino, entre el domicilio y el hospital. Las peculiares características de los enfermos psíquicos les hacen particularmente tributarios de una asistencia parcial, que sin perder la eficacia terapéutica y de atención durante la mayor parte del día, no impida la continuidad de la vida autónoma, habitual, ni debilite o rompa los vínculos del paciente con su medio sociofamiliar.

La finalidad primordial de estos centros es la de ofrecer un medio de readaptación progresiva al medio externo habitual a través de una asistencia amplia, flexible y continuada al enfermo sin que haya de abandonar su hogar, evitando en ocasiones la hospitalización o acortando las estancias en hospitales psiquiátricos.

Cuando el paciente psíquico no presenta manifestaciones de agudeza o no existan circunstancias críticas desde el punto de vista psiquiátrico pero que, por el contrario, presente aspectos deficitarios y dificultades de adaptación a un medio corriente, es especialmente adecuado para una atención parcial.

## Ventajas

La dilatada experiencia en estos centros permiten afirmar que poseen, comparados con la asistencia hospitalaria o con la asistencia ambulatoria, marcadas ventajas. Enumeraremos unas cuantas:

Evitan la cronificación del enfermo y su desarraigo, mantienen íntegros sus vínculos sociales y familiares, no desvinculan al paciente de la realidad cotidiana.

Le preparan para una actividad que le permite aprovechar al máximo aquellos recursos personales que la enfermedad ha dejado indemnes y son socialmente más rentables.

La hospitalización tiende, en ocasiones, a la infantilización del enfermo, cuando no se reduce a una actitud custodial; no siempre tiene en cuenta las reales necesidades del paciente, y puede llevar, encubiertas, a la creación de manifestaciones yatrogénicas. Frente a ella, la asistencia parcial estimula su capacidad de vivir con independencia, fomenta asimismo su autoestima y su responsabilidad, y crea unas condiciones más favorables para aprovecharse de las medidas terapéuticas.

Evitan la estigmatización del enfermo, que representa el ingreso en un «manicomio». Este no tiene, por tanto, que sufrir el impacto negativo sobre su autovaloración. Provoca menor regresión, al mantener más o menos intactos sus papeles sociales y laborales. Así, por ejemplo, el ama de casa puede continuar ocupándose, en alguna medida, de sus hijos, casi tanto como si estuviese trabajando. Su vida cotidiana transcurre aproximadamente como siempre y no se ve separada de sus amigos o de su familia. No debe realizar el esfuerzo de adaptarse a las peculiares condiciones de una institución cerrada, en ocasiones desfavorables.

Facilita, en los casos oportunos, la transición del hospital a la vida corriente y las personas implicadas, incluida la familia, adoptan actitudes más realistas. Su contacto con la vida implica menor frustración sexual. Es una asistencia más barata al tener que proporcionar solamente una comida, no necesitar camas, ni turno de personal de noche y no puede tampoco negligirse que el personal asistencial tiene unos horarios mucho más cómodos que en un hospital, como si trabajasen en cualquier otra empresa.

Comparada con la asistencia ambulatoria tiene la ventaja de ofrecer unos programas terapéuticos más amplios y estructurados, permite la observación continuada durante un período de tiempo considerable y puede tratar aspec-

tos muy importantes de cara a la rehabilitación social y profesional.

## Limitaciones

No todos los enfermos son tributarios de una asistencia parcial. En efecto, existen una serie importante de pacientes que presentan las condiciones señaladas hace un momento, para ser tratados en régimen de hospitalización (en crisis psicótica aguda, con elevado riesgo suicida, con manifestaciones de violencia, con grave desorganización de su conducta) o aquellos que requieren también supervisión nocturna o proceden de familias en grave conflicto o simplemente, que carecen de ella. Presenta, además, ciertas desventajas en relación a la hospitalización, para aquellos que pueden abandonar fácilmente la terapéutica, los que presenten dificultades para el transporte o padezcan alguna enfermedad física que dificulte la convivencia con los restantes pacientes.

En relación con la terapéutica ambulatoria que, en principio, presenta prioridad a las restantes, muestra ciertas desventajas como son, entre las más importantes, el ser incompatible con las actividades laborales o escolares, el ser más costosa, y no deja, en cierta medida, de representar también cierta estigmatización.

## Dos modalidades básicas

Dentro de los centros intermedios, pueden distinguirse diversas modalidades según se dirijan a incidir sobre los diferentes aspectos de los problemas planteados por los enfermos. Así conviene distinguir los *Hospitales de día*, de los llamados *Centros de día*. Los primeros tratan de actuar sobre los aspectos propiamente psicopatológicos del enfermo, concentrando las acciones terapéuticas a fin de llevar a cabo una terapéutica intensiva, psicoterapéutica o psicofarmacológica, y evitar en lo posible la hospitalización. Generalmente se hallan vinculados a un hospital, general o psiquiátrico. Por su parte, los centros de día tienden a ocuparse durante un tiempo más prolongado, con especial interés en los aspectos sociales y profesionales, con relativamente escasa participación médica. Se ocupan de proporcionar a los enfermos oportunidades para relacionarse con otras personas, formando grupos, estimulando su contacto con la realidad y realizando actividades que van desde el hecho de adquirir la responsabilidad de ocuparse en tareas que promuevan el sentido de solidaridad, faciliten sus relaciones personales y les hagan identificarse con otras personas, hasta la realización de actividades comunes, análogas a las que deberían realizar en una vida autónoma, como comprar, preparar una comida, arreglar el local, buscar un trabajo, utilizar el ocio de manera productiva, planear alguna distracción, excursión, realizar algún deporte. Junto a ello se controla el cumplimiento de sus pautas terapéuticas y sigue una terapia individual o de grupo, o técnicas de modificación de la conducta, o se incorporan a alguna actividad de formación cultural, siguen un aprendizaje en distintas profesiones adecuadas a sus recursos, en vistas a una posible realización profesional remunerada.

## Los centros de día

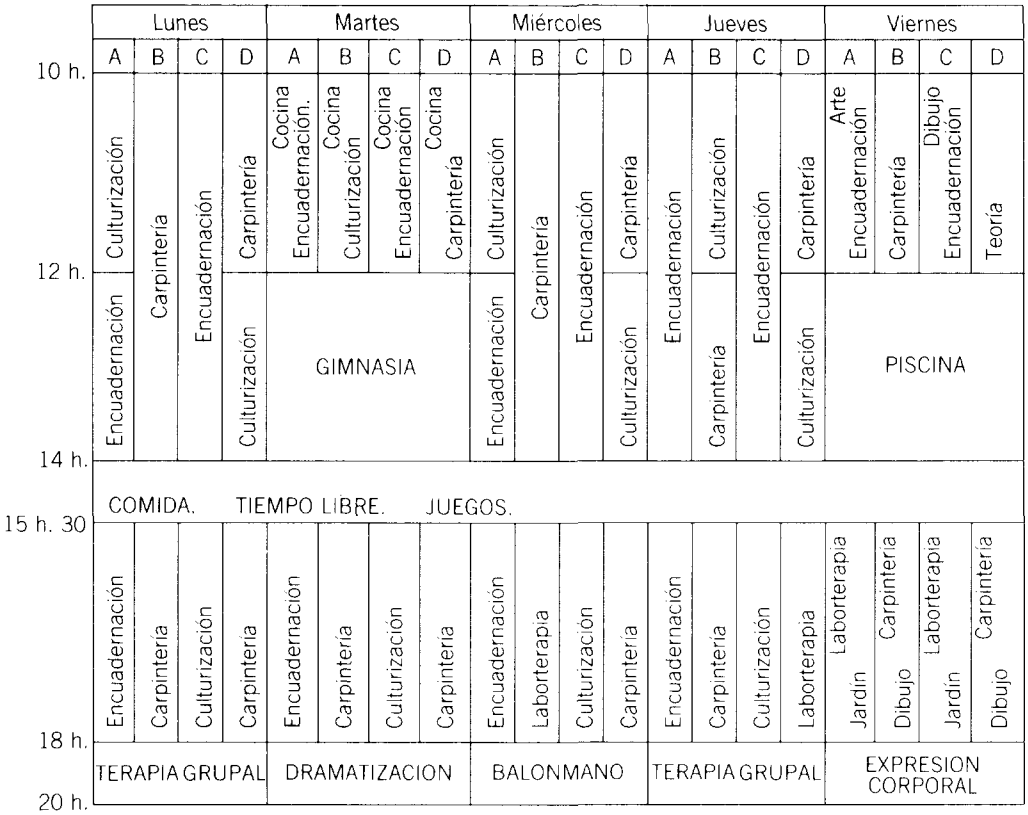
Estos centros de día se hallan situados en zonas de fácil acceso, en áreas urbanas, separados de los centros asistenciales, aunque relacionados con ellos. Tienen una capacidad reducida, entre 20 y 40 pacientes, con edades comprendidas entre los 18 y 50 años. Funcionan desde las 9 a las 17 horas de lunes a viernes. Se hallan atendidos por un equipo multidisciplinario en el que se incluyen psiquiatras, psicólogos, enfermeros psiquiátricos, laborterapeutas, etc.

Por lo general atienden a pacientes que pueden pasar la noche con su familia, así como los fines de semana. Han de tener un ambiente familiar favorable o por lo menos no excesivamente patógeno y pueden trasladarse por sí mismos al centro desde sus domicilios. Como hemos indicado, quedan excluidos los enfermos con groseras alteraciones de conducta o presentan elevado riesgo suicida o agresividad. Por lo regular suelen tratarse de esquizofrénicos en fase de remisión y se excluyen tanto los pacientes oligofrénicos profundos, como los alcohólicos o toxicómanos, que requierirían programas especiales.

## Experiencia de AREP

A pesar de las indudables ventajas que un tipo de asistencia como el que estamos considerando aporta a la asistencia psiquiátrica en general, la administración pública se muestra refractaria a su promoción. Salvo raras excepciones, ha sido la iniciativa privada la que ha asumido la responsabilidad de fundar algunos centros, uno de los cuales hemos podido con-

TABLA I
PROGRAMA BASICO EN LA AREP*




* Las letras A, B, C y D corresponden a grupos de participantes.

tribuir a desarrollar, y cuyas características y funcionamiento pasamos a describir.

En 1979 un grupo de personas «familiares y amigos de los enfermos psíquicos» como reza su estatuto fundacional, crearon la Asociación para la Rehabilitación de Enfermos Psíquicos (AREP) con el objeto, entre otros, de crear centros de recuperación del enfermo psíquico en sus aspectos individual, social y profesional, posibilitando el desarrollo de sus facultades individuales, su reinserción a la sociedad y unas condiciones de trabajo remunerado.

Poco después, en unos locales cedidos por una comunidad religiosa (en el Colegio de Jesús María de la Bonanova) empezó a funcionar un centro de día, donde se acogieron unos pocos enfermos psíquicos, jóvenes, con problemas de adaptación en el seno familiar y cuyas características hacía contraindicada una hospitalización. La finalidad era la de atender sus necesidades psicológicas personales y prepararlos social y profesionalmente para el futuro. Desde el primer momento se diseñó un programa

TABLA II
PERSONAL

| | |
|---|---|
| (*) | 1 Gerente |
| | 1 Psiquiatra, director técnico |
| (*) | 2 Psicólogos |
| (*) | 2 Monitores de carpintería |
| (*) | 2 Monitores de encuadernación |
| | 1 Monitor de psicomotricidad |
| | 2 Monitores de actividades de club |
| | 3 Monitores de natación |
| | 1 Monitor de educación física |
| | 1 Monitor de técnicas de hogar |
| (*) | 1 Educador especial |
| | 1 Administrativo |

(*) Personal a dedicación plena.

de actividades en dos líneas principales: la terapéutica y la sociolaboral. La primera encargada de proporcionar asistencia psiquiátrica (farmacoterapia y psicoterapia individual y de grupo, tanto a los pacientes como a sus familiares) y la segunda de cara a su resocialización, culturización y formación profesional, en especial carpintería, pintura y dibujo, jardinería y actividades de hogar.

En marzo de 1981 se inauguró el local actual situado en la zona alta de San Gervasio, en la calle León XIII, 21. Es una torre de dos pisos que con sus anexos dispone de unos 400 $m^2$ de jardín. Su capacidad es de 35 plazas y funciona todos los días de lunes a viernes desde las 10 hasta las 20, con dos horas para la comida del mediodía, que se realiza en el propio centro por parte de la mayoría de pacientes.

El *programa básico* es el siguiente: que se aplica a dos niveles, cada uno de los cuales es seguido por dos grupos (A y B; C y D) (tabla I). Además de estas actividades básicas se van desarrollando *otros programas* a fin de ampliar las oportunidades de readaptación de los pacientes:

Los sábados por la mañana aquellos pacientes que lo deseen pueden practicar el tenis.

La mayoría de fines de semana se organizan excursiones.

Durante las vacaciones de semana santa, navidad y las de verano, se han organizado diversos campamentos, colonias de varios días de duración, en albergues juveniles.

A finales del curso lectivo se han realizado varios viajes de cierta duración a Madrid, Monasterio de Piedra, París y Granada.

Desde 1982 funciona una cooperativa de carpintería con carácter profesional, a cargo de los pacientes con suficiente formación y notable grado de adaptación.

Desde hace más de un año funcionan tres pisos protegidos vinculados al centro, donde residen con un considerable grado de autonomía grupos de 3 a 5 pacientes. Dos de estos pisos

TABLA III
POBLACION ATENDIDA EN AREP Y RESULTADOS CONSEGUIDOS

| | | |
|---|---|---|
| Población atendida | | 186 |
| Edad | | |
| 15-20 años | 10 | 20 % |
| 21-25 años | 26 | 52 % |
| 26-30 años | 10 | 20 % |
| más de 30 años | 4 | 8 % |
| Promedio | | 22,8 años |
| Sexo | | |
| Varones | 35 | 70 % |
| Mujeres | 15 | 30 % |
| Promedio de estancia | | 490 días |
| Procedencia | | |
| Hospital psiquiátrico | 14 | 28 % |
| Domicilio | 32 | 64 % |
| Otras instituciones | 4 | 8 % |
| Diagnóstico de ingreso | | |
| Esquizofrenia paranoide | 30 | 60 % |
| Esquizofrenia hebefrénica | 3 | 6 % |
| Esquizofrenia catatónica | 2 | 4 % |
| Esquizofrenia injertada | 2 | 4 % |
| Esquizofrenia simple | 6 | 12 % |
| Esquizofrenia esquizoafectiva | 1 | 2 % |
| Total esquizofrenias | 44 | 88 % |
| Debilidad mental moderada | 4 | 8 % |
| Trastornos de conducta | 2 | 4 % |

TABLA III (continuación)

| | | |
|---|---|---|
| Destino | | |
| Cooperativa de encuadernación | 10 | 20 % |
| Cooperativa de carpintería | 6 | 12 % |
| Domicilio | 20 | 40 % |
| Actividades laborales privadas | 8 | 16 % |
| Estudios | 4 | 8 % |
| Otros | 2 | 4 % |
| Accidentes | | |
| 2 ingresos en hospital psiquiátrico | | |
| 1 suicidio consumado | | |
| Promedio de ingresos en hospital psiquiátrico | | |
| Antes | 2,08 por enfermo | |
| Después | 0,12 por enfermo | |
| Valoración de la eficacia | | |
| + + + + Muy mejorados | 6 | 12 % |
| + + + Mejorados | 17 | 34 % |
| + + Mejoría discreta | 11 | 22 % |
| + Alguna mejoría | 13 | 26 % |
| 0 Sin cambios | 3 | 6 % |

han sido cedidos por familias de enfermos y uno ha sido adquirido por la Asociación gracias a una ayuda recibida de la Fundación Roviralta.

Entre los proyectos a realizar figuran la creación de un club de ex enfermos y también la creación de otros centros destinados especialmente a aquellos enfermos que por sus condiciones sean tributarios de programas indefinidos de asistencia.

Las tablas II y III recogen algunos datos relativos al *funcionamiento* y *organización* del centro.

## Dificultades

Consideramos que esta experiencia ha sido altamente positiva permitiendo un notable rendimiento social, limitando el número de recidivas y reingresos, mejorando considerablemente el nivel de relación interpersonal de los pacientes y proporcionándoles una mejor calidad de vida y de oportunidades de desarrollo personal e independencia.

Sin embargo desearíamos, para finalizar, señalar algunos aspectos en los que es necesario mejorar. Al ser un centro exclusivamente privado se halla *desvinculado* de la asistencia psiquiátrica general lo que, si bien puede ser en ocasiones beneficioso teniendo en cuenta la realidad actual, puede sufrir un determinado sesgo por motivo del tipo de pacientes acogidos. Al carecer de ayuda financiera la *selección de pacientes* debe hacerse, entre otras condiciones, sobre la base económica de las familias y hoy por hoy, los costos son elevados, con lo que muchos pacientes no los pueden soportar. Las ayudas, becas, etc., no alcanzan a cubrir las necesidades mínimas, especialmente por no estar reconocida la minusvalía psíquica de la mayoría de nuestros pacientes, por no ser ni disminuidos físicos y por no estar incluidos en el concepto de disminuidos psíquicos que la administración hace sinónimo de «debilidad mental».

Quizás una de las dificultades más importantes con las que ha debido luchar el centro sea, en algunos casos, la falta de colaboración familiar por desconocimiento de la situación del enfermo, algunas veces, otras por la resistencia a aceptar las limitaciones que la enfermedad provoca en muchos de ellos. Por este motivo algunos pacientes han abandonado prematuramente el centro y en otros han causado baja por la imposibilidad familiar de colaborar con la labor realizada.

Deberían dictarse *normas* aplicables a este tipo de centros, en relación con los seguros sociales y aspectos legales que comportan.

## DISCUSION

J. ESTAPÉ: Es evidente que al matizar lo que es el hospital de día, hemos demostrado que no sólo se hace terapéutica, que no es un simple local de administración de tratamientos, sino que va ampliando sus facetas y tiene como ideal al «centro de día». En este sentido, si he entendido bien su matización anterior, lo que usted quería decir es que el Dr. Alvarez cuando ha dicho que no tenía hospital de día, quería decir que no tiene «centro de día».

J. COSTA MOLINARI: Exactamente.

S. ERILL: Si no hay ninguna intervención más, quería pedirle al Dr. Costa y quizá también al Dr. Alvarez que entraran un poco más en detalles sobre los aspectos técnicos de la administración de fármacos en los hospitales de día o en otros centros, porque anteriormente hemos tenido en el terreno oncológico una referencia repetida y muy interesante, a los problemas que planteaba la administración de fármacos, e incluso a algo que puede parecer tan elemental y que puede llegar a ser tan trágico como una posición cómoda para apoyar el brazo cuando se utilizan bombas de infusión. ¿Hasta qué punto la posibilidad de una hospitalización de día permite formas de tratamiento farmacológico en Psiquiatría, que serían, sino imposibles, sí por lo menos más difíciles con un tratamiento ambulatorio y que no necesariamente deberían exigir una hospitalización completa?

J. COSTA MOLINARI: Por lo que se refiere a nuestro centro, los problemas de terapéutica farmacológica, realmente son poco importantes, diría yo. Se trata de una terapéutica de mantenimiento donde se plantean sólo problemas relativos a los tratamientos con neurolépticos de acción prolongada. En el aspecto de la terapéutica de mantenimiento con antipsicóticos, hay pocas complicaciones técnicas y pocas sofisticaciones tecnológicas que nosotros podamos utilizar. Es distinto de un hospital de día como el del Dr. Alvarez, por ejemplo en el que cabe considerar técnicas del control del litio.

E. ALVAREZ: Lo que sí me gustaría matizar, es que hay algún tipo de paciente que requiere dosis altas durante bastante tiempo. Es decir, hemos podido ver que, pacientes que incluso se han dado en más de una ocasión como pacientes perdidos, por decirlo de alguna manera, en cambio responden bien a dosis extremas y dentro de los márgenes terapéuticos, dosis altas de neurolépticos durante varios meses. Lo que nosotros pensamos, es que la gente que trabaja en el hospital de día debe estar entrenada, debe saber lo que es una distonía, ha de saber lo que dan los efectos indeseables de tipo extrapiramidal, qué dan los neurolépticos, incisivos o antipsicóticos a dosis altas, y saber detectar a tiempo la aparición de otras formas tardías.

S. ERILL: Quisiera retomar una consideración anterior y pedir si alguno de los asistentes en el terreno psiquiátrico puede extenderla. Me refiero a las posibilidades de observación del hospital de día, y a lo que ésto puede significar en el terreno concreto de los ensayos clínicos. Es decir, un hospital de día psiquiátrico, en tanto que favorece una observación un poco más intensa de pacientes que uno puede considerar ambulatorios, en contraposición a los pacientes hospitalizados ¿permite ensayos clínicos que de otra manera no serían posibles? ¿Se ha evaluado este aspecto en alguna ocasión?

J. COSTA MOLINARI: Yo creo que los ensayos clínicos en un «Centro de día», por lo menos a lo que mi experiencia se refiere, se verían perturbados en su significación en tanto que se trata de una muestra de enfermos muy singulares, desde luego no representativos de la población psiquiátrica, ni muchísimo menos. Atendidas estas características, me parece que aún cuando el contacto con el paciente es mucho más prolongado que en el caso de asistencia ambulatoria, yo diría que un «Centro de día», por lo menos como el de estas características a que aludía, no es precisamente el lugar ideal para efectuar un ensayo clínico. Otra cosa es, posiblemente, el hospital de día como el que acaba de describir el Dr. Alvarez.