



El papel del Hospital de Larga Estancia en el Proceso de Rehabilitación

Dr. Molina Martín, Juan de dios

Psiquiatra. Madrid.

Resumen

Asistimos a un debate en el que algunos autores defienden la permanencia de hospitales psiquiátricos adecuadamente diseñados para el tratamiento de los pacientes más graves (Wing, 1990; Lamb y Bacrach, 2001) mientras que otros (Leff, 1997) señalan la necesidad de cerrar progresivamente los hospitales psiquiátricos tradicionales, incluso para los enfermos más graves, y plantean la necesidad de atenderlos en nuevas unidades especializadas de carácter comunitario. Por otro lado, se mantiene un doble discurso en el que se critica a las Unidades de Larga Estancia como generadoras de cronicidad, al tiempo que no se contempla la necesidad de definir los recursos necesarios para conseguir que estos dispositivos se integren en la red asistencial no como un recurso custodial sino rehabilitador.

En Diciembre de 2001, se obtuvo por concurso público la concesión, por parte del Departamento de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, del Contrato de Gestión para el Hospital de Larga Estancia, lo que ha supuesto una mejora en la financiación respecto a años anteriores, permitiendo un aumento de recursos humanos, y una mejora de la asistencia. La revisión que hemos realizado en este artículo es un primer paso para reflexionar sobre el tra-

bajo que podemos llevar a cabo en este dispositivo y plantearnos las características del Hospital de Larga Estancia que faciliten iniciar un proceso rehabilitador en las personas ingresadas. El objetivo último, es diseñar nuestro proceso asistencial en función de los resultados que obtengamos de la evaluación de los pacientes y de las características de este recurso.

Palabras clave

Larga estancia, rehabilitación, psiquiatría comunitaria, cronicidad.

Introducción

En la mayoría de los países occidentales, existe un consenso generalizado en torno a la idea de que la mayor parte de los pacientes psiquiátricos pueden reinsertarse socialmente y vivir de forma independiente, con sus familias de origen o, en su defecto, en una serie de dispositivos intermedios, no hospitalarios, de puertas abiertas. Estos servicios comunitarios se basan en la idea de integrar una atención biopsicosocial que mantenga la continuidad de cuidados, evitando de esta forma, la fractura personal, laboral y social que producirán las futuras hospitalizaciones de las personas que padecen trastornos mentales. Los principales



recursos diseñados para el tratamiento de los enfermos mentales crónicos, de acuerdo con esta filosofía de trabajo son, los centros ambulatorios, la hospitalización parcial y los recursos residenciales no hospitalarios.

Estos nuevos abordajes han permitido reducir sustancialmente el peso específico de los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, el acuerdo no se mantiene respecto a los pacientes más graves. Un reducido grupo de personas parece necesitar establecimientos altamente estructurados con personal las 24 horas y, en ocasiones, cerrados (Maestro y Jiménez, 2002). De esta forma, asistimos a un debate en el que algunos autores defienden la permanencia de hospitales psiquiátricos adecuadamente diseñados para el tratamiento de este grupo de pacientes (Wing, 1990; Lamb y Bacrach, 2001) mientras que otros (Leff, 1997) señalan la necesidad de cerrar progresivamente los hospitales psiquiátricos tradicionales, incluso para los enfermos más graves, y plantean la necesidad de atenderlos en nuevas unidades especializadas de carácter comunitario.

En España, los principios esenciales del informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica publicado en abril de 1985 quedaron recogidos en el capítulo tercero de la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986. Entre sus recomendaciones, se incluye la integración de unidades de hospitalización breve en los hospitales generales y la integración de la atención psiquiátrica en la red sanitaria general incidiendo en la creación de Centros de Salud Mental. Respecto al Hospital Psiquiátrico tradicional se plantea la transformación del hospital psiquiátrico a un modelo rehabilitador, no meramente custodial, pero en ningún momento se plantea un incremento en el número de camas de Larga Estancia (Rodríguez, 1997).

La realidad asistencial es distinta. Por un lado, en los planes de salud mental es relativamente frecuente observar un énfasis en el aumento de recursos intermedios (aún insuficientes en la mayoría de las comunidades españolas), y en este contexto olvidar la necesidad de contemplar los recursos destinados a Larga Estancia, donde se ha obviado que la implementación de un modelo rehabilitador intensivo (frente a un modelo custodial) requiere, no solo un aumento de los ratios de profesionales en base a la contratación de equipos interdisciplinares al igual que en el resto de recursos comunitarios, sino, además, la necesidad de priorizar estos pacientes en las listas de espera de otras estructuras comunitarias, para garantizar la externalización de los mismos cuando ya están preparados para ello.

Para nosotros, un indicador de esta situación ha sido objetivar cómo, en la revisión bibliográfica que precede a la redacción de este artículo, nos hemos encontrado con una clara disminución de publicaciones psiquiátricas referentes a la asistencia en Larga Estancia en los últimos años. Por contra, recientemente se publicaba lo siguiente: “en su afán por incrementar los recursos sanitarios, la Comunidad de Madrid... contará desde el próximo 1 de octubre con 10 plazas más de hospitalización de larga estancia, lo que supone un incremento del 4,10 por ciento del número actual de camas de esta modalidad” (El Médico Interactivo, 2002).

¿Es rehabilitador el dispositivo de Larga Estancia?

◆ Problemas de la hospitalización prolongada

En la última mitad del siglo XX, el Hospital Psiquiátrico tradicional ha sido criticado como generador de parte de cronicidad en la enfer-



medad mental, especialmente cuando presenta diversas malfunciones:

- La institución absorbe parte del tiempo e interés de sus miembros proporcionándoles un mundo propio, lo que supone un deterioro de los usos normativos de convivencia básicos y de la capacidad de tomar decisiones.
- Obstaculiza la interacción social con el exterior, especialmente en instituciones cerradas y alejadas de núcleos urbanos.
- No procura separaciones entre los ámbitos fundamentales de la vida: dormir, trabajar y recrearse.
- Separa radicalmente el mundo de los pacientes del mundo del personal tratante.
- Debilita progresivamente los lazos del paciente con su familia o red social natural.
- Supone una privación estimular que deteriora el proceso de comunicación

◆ **Desinstitucionalización y situación actual de las Unidades de Larga Estancia.**

Parcialmente debido a las anteriores críticas, en las últimas tres décadas se ha producido un proceso de desinstitucionalización, cambiando el énfasis de la atención psiquiátrica desde el hospital a la comunidad, y produciendo una progresiva disminución de camas psiquiátricas.

En España, el proceso de disminución del número de camas en los hospitales psiquiátricos sigue las pautas de otros países de nuestro ámbito, pero con un retraso aproximado de 10 años. En 1973 existían 43.000 camas en los hospitales psiquiátricos españoles (126 camas por 100.000 habitantes), mientras que en 1994

se habían reducido a 12.020 camas en unidades de media y larga estancia (31 camas por 100.000 habitantes), aunque con grandes diferencias interterritoriales (García, 1999).

El desarrollo de los procesos de reforma psiquiátrica ha transformado la atención y la situación de la población englobada bajo el término “enfermos mentales crónicos”. Se ha pasado así, de un modelo institucionalizador a un modelo comunitario que persigue la atención integral de estas personas en su propio entorno social.

La situación de las unidades de larga estancia en nuestro país presenta una gran variabilidad. Esta se desprende de factores que abarcan desde la denominación, que ya deja entrever la filosofía de quienes las diseñaron (unidades, pabellones...), hasta el emplazamiento, el número de plazas y, sobre todo, sus posibilidades de integración en la red de dispositivos locales bien como elementos de estabilización y rehabilitación, bien con funciones más residenciales o de custodia. En Andalucía, la desaparición de la red de servicios de salud mental del hospital psiquiátrico es una realidad desde el pasado año 2000. En Asturias, el proceso de cierre está muy avanzado. Lógicamente en ambas autonomías se han creado nuevos dispositivos para atender la necesidad de hospitalización prolongada: las denominadas Comunidades Terapéuticas (Maestro y Jiménez, 2002).

La Comunidad de Madrid, en la actualidad cuenta con más de 3.220 plazas destinadas al tratamiento psiquiátrico. La Consejería de Sanidad confía 534 dentro del mismo contrato, al concierto con dos hospitales situados en el pueblo de Ciempozuelos: 220 plazas de larga estancia y 30 de media estancia al Complejo Asistencial Benito Menni y 254 de larga estancia y 30 de media estancia al de San Juan de Dios.



La Comunidad de Madrid desde 1988 está desarrollando el programa de servicios sociales alternativos a la institucionalización psiquiátrica, (PSSAIP) dependiente actualmente de la consejería de Servicios Sociales, trabajando de un modo complementario y coordinado con la red de servicios sanitarios de salud mental (regulado en el Decreto 122/1997 de 2 de Octubre).

Un componente clave para completar este sistema de atención lo constituyen los servicios residenciales comunitarios quedando definidos en el PSSAIP como mini-residencias, pisos supervisados y pensiones concertadas.

Sin embargo, esta reducción de camas y el desarrollo de dispositivos alternativos no suponen la desaparición de los pacientes con trastornos severos y persistentes, difíciles de manejar en la comunidad, designados con la denominación de pacientes “difíciles de ubicar”, que a su vez incluye (aunque no de manera exacta) a dos grupos diferentes de pacientes:

- a) Un grupo llamado “remanente manicomial” o hard-core, o aquellas personas que permanecen en los hospitales psiquiátricos hasta el final en los procesos de desinstitucionalización, debido a las dificultades que plantea su reinserción en dispositivos comunitarios o residenciales. Según su diagnóstico principal, se distinguen: un grupo con síndromes orgánicos cerebrales; un grupo con esquizofrenia; un grupo con problemas de conducta asociados a trastornos de personalidad y drogodependencias; y un grupo con deterioro psíquico de origen orgánico asociado a problemas de control de impulsos (epilepsia y retraso mental, especialmente). (Desviat y cols, 1986)
- b) Por otro lado, la denominación “nuevos pacientes de larga estancia” (Bigelow, 1988) designa a aquellos pacientes jóvenes, con

hospitalizaciones entre 1 y 5 años, generalmente con esquizofrenia, déficits considerables en funcionamiento, con tendencia a la agresividad física y rechazo del tratamiento, siendo el colectivo actualmente que supone el mayor objetivo y reto de los programas de asistencia intensiva.

Es en estos pacientes “difíciles de ubicar”, donde se produce el debate sobre que dispositivos o redes son los más adecuados o que características los hacen más accesibles a la rehabilitación, existiendo actualmente varias líneas consolidadas de resultados (Maestro y Jiménez 2002):

- Parece que la dificultad en la reintegración comunitaria está más en relación con los trastornos de conducta que con los déficits funcionales o diagnósticos.
- La desinstitucionalización precisa de una red de recursos comunitarios adecuados y accesibles pues allí donde esto no se da, una parte de enfermos graves termina en la calle, ingresando en cárceles o en situaciones inaceptables.
- Diferentes autores defienden la permanencia de hospitales psiquiátricos para atender a un reducido número de pacientes muy graves, aprovechando su potencial terapéutico: intervenciones intensas, elevada ratio de personal con alta cualificación e intervenciones individualizadas.
- Existen nuevos dispositivos que reúnen las características anteriores junto con las ventajas de alojamiento comunitario: dimensiones reducidas, entorno doméstico y apertura al exterior, y que parecen efectivas en el tratamiento y reinserción de un grupo importante de pacientes difíciles. Entre estos dispositivos se encuentran los pisos de transición o externalización y las “residencia-hospitales”.



◆ ¿Cómo rehabilitar en unidades de larga estancia?

Teniendo en cuenta que históricamente el internamiento psiquiátrico pudo contribuir a la generación de cronicidad, la intervención en el Hospital de Larga Estancia debe romper con las características que aún, y a veces erróneamente, se le atribuyen al medio hospitalario y que por ende dificulta el abordaje rehabilitador de la enfermedad psiquiátrica. Varios son los requisitos que las unidades de rehabilitación dentro de un hospital, deben cumplir para conseguir contrarrestar el efecto de cronicidad antes mencionado:

- La rehabilitación se debe centrar en el abordaje de las necesidades, demandas e intereses individualizados y externos a la propia institución.
- La rehabilitación tendrá como objetivo prioritario el abordaje de las relaciones funcionales establecidas con el ambiente natural del residente, intentando reproducir éstas de forma artificial en el marco hospitalario, para tras un adecuado entrenamiento, propiciar la interacción exitosa con el exterior.
- La rehabilitación buscará que las actividades se realicen en ámbitos distintos, procurando utilizar la mayor parte de los recursos comunitarios del entorno y facilitando a la par una mayor generalización.
- La relación entre residentes y profesionales deberá basarse en la orientación, apoyo y rehabilitación, sobre una base asistencial sólida y de calidad.

Por otra parte el Hospital de Larga Estancia, al pertenecer a un contexto de contención y control, se configura como un estructura adecuada que representa un eslabón más de la cadena de dispositivos para la rehabilitación. Por un

lado, constituye un entorno propicio para la evaluación. Dado el fracaso del individuo en los dispositivos comunitarios, este dispositivo, ofrece un ambiente en el que pueden ser aisladas y manejadas las variables implicadas en el fracaso previo. Aunque la mayor parte de las conductas psicóticas proceden de la estimulación interna, es interesante determinar qué circunstancias y situaciones discriminan con mayor probabilidad este tipo de respuestas en el individuo. De ahí que la labor del equipo sea fundamental a la hora de evaluar, observar y registrar las conductas problema y elaborar un plan individualizado de tratamiento que determine y priorice objetivos e intervenciones, así como asigne profesionales responsables a cada intervención. Por otro lado, permite la puesta en práctica de entrenamientos estructurados y dirigidos al control de los síntomas, fortalecer la red social natural (familia, amigos), mejorar la capacidad de adaptación al medio del ingreso como paso previo a otros ambientes más normalizados, aumentar y mejorar el contacto con el exterior y modificar los aspectos socioeconómicos que faciliten la acomodación del sujeto a su entorno.

◆ Condiciones que facilitan la eficacia de los programas de rehabilitación en el marco intrahospitalario.

- Favorecer la formación de grupos homogéneos de pacientes que puedan compartir programas de rehabilitación. Los criterios deberán establecerse teniendo en cuenta aspectos tales como: intereses, desempeño conductual, déficits, historia previa, edad, aficiones, etc.
- Diseñar ambientes tanto arquitectónicos como estructurales cuyas características particulares de similitud con el entorno natural al que pertenece el residente, le diferencien claramente del contexto hospitalario global, y donde se lleve a cabo un abordaje



más rehabilitador que asistencial, en el que se fomente la autonomía en detrimento de la dependencia.

- Compartmentar el grupo paulatinamente hasta llegar a la individualización de la intervención. Para ello es necesaria la figura de un tutor que centralice toda la información y el proceso de toma de decisiones, garantice que las necesidades del residente estén cubiertas, desarrolle el plan individualizado de tratamiento y de una continuidad e uniformidad al mismo.
- Convertir al personal de la unidad en agentes rehabilitadores, que más que desarrollar el trabajo específico de su área profesional, trabaje desde una filosofía rehabilitadora que impregne y dirija el afrontamiento y el desempeño de cualquier tarea profesional. Se configurará como un equipo de rehabilitadores, con conocimientos específicos en las áreas profesionales concretas.
- Intervención familiar individual y grupal que faciliten la implicación de las familias en el proceso rehabilitador de los residentes y hagan más probable el establecimiento de relaciones funcionales adecuadas toda vez que el residente vuelva a su entorno natural.

En cualquier caso, es esencial la existencia de equipos multidisciplinarios con un ratio suficiente y de recursos para permitir la evaluación y rehabilitación de capacidades y habilidades objeto de intervención laborales.

Conclusiones

Como hemos introducido al plantear el problema, la rehabilitación desde el hospital tiene la gran ventaja de poder contener y estructurar al paciente grave mientras lo necesita, pero parece imprescindible que exista una comprobación empírica de la autonomía del paciente

en las actividades a las que se tiene que enfrentar en la vida diaria. Necesitamos crear estructuras progresivas dentro del Hospital de Larga Estancia que marquen el flujo de salida, en las que la persona pueda cocinar, elegir su ropa, manejar su dinero, convivir, ocuparse... Si esto no es así, podemos llegar a crear una microsociedad dentro de la institución en paralelo al exterior, como ya ocurrió en el pasado. Los programas de rehabilitación intensiva pierden su sentido sin un programa último de externalización. Y este proceso, se estrangula si desde la red de servicios de salud mental no está contemplado el programa de externalización como un elemento rehabilitador y no se prioriza a estos pacientes para su paso a un recurso intermedio en aquellos casos en que la permanencia en el hospital de larga estancia deje de tener sentido y por ello comienza a ser iatrogénica.

En definitiva, planteamos una redefinición de las actuales Unidades de Larga Estancia para conseguir que se integren en la red asistencial como un recurso no solo residencial y de estabilización psicopatológica, sino también rehabilitador. Independientemente de que la permanencia de este recurso sea temporal mientras exista un fracaso en la dotación de la red intermedia, o de que se opte en algunas comunidades autónomas por mantener este recurso para los pacientes difíciles de ubicar. En este sentido, proponemos un diseño multidisciplinar y una redefinición real de su posición en la red de servicios de salud mental. Es decir, es necesario plasmar en los planes de salud mental sus indicaciones, el perfil de ingreso, la dotación del ratio de profesionales necesario para trabajar con objetivos rehabilitadores y sobre todo, asegurar la externalización a un recurso intermedio cuando se produzca esta posibilidad, priorizando el trabajo realizado sobre ese paciente hasta ese momento y dándole la oportunidad de poner a prueba sus habilidades en un recurso con menor nivel de



estructura. Pensamos que el esfuerzo no recae sólo en los profesionales encargados de este trabajo desde dentro de las unidades de Larga Estancia, sino que es imprescindible que desde la red de Servicios de Salud Mental se reconceptualice la posición que ocupa dentro de los recursos como un agente rehabilitador. Si esta segunda premisa no se cumple, la insuficiencia de la red de recursos residenciales intermedios, la necesidad de asignar un recurso al paciente “difícil de ubicar” y la presión desde los propios Centros de Salud Mental para ingresar un grupo heterogéneo de pacientes graves con problemas sociales asociados, compuesto por: psicodeficientes con trastornos de comportamiento, pacientes orgánico cerebrales, pacientes psicogerítricos, suicidalidad crónica en trastor-

nos graves de personalidad, toxicomanías comórbidas o incluso trastornos de alimentación severos, mantendrá un doble discurso en el que se critique a las Unidades de Larga Estancia como generadoras de cronicidad, al tiempo que no se contemple la necesidad de definir los recursos necesarios para que la rehabilitación tenga definido un flujo de salida a través de los programas de externalización al espacio sociosanitario.



CORRESPONDENCIA:

Dr Juan de dios Molina Martín.

Coordinador Larga Estancia

Complejo Asistencial Benito Menni

C/ Jardines nº 1. 28350 Ciempozuelos.

Madrid

BIBLIOGRAFÍA

- El Médico Interactivo (2002). La Comunidad de Madrid contará con 20 plazas más de atención psiquiátrica a partir del 1 de octubre. Nº 880. 6/9 diciembre 2002. Nacional.
<http://www.medynet.com/elmedico>
- García J, Vázquez Barquero JL (1999). Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. *Actas Esp Psiquiatría*; 27: 281-291.
- Lamb RL, Bachrach LL (2001). Some perspectives on desinstitutionalization. *Psychiatr Serv*, 52:1039-45
- Leff J (1997). The future of community care. En: Leff J, ed. *Care in the Community: Illusion or Reality?* Chichester: John Wiley and Son Ltd.; 203–210.
- Lopez de Lerma, J; Díaz Gómez, M (2000): Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, hoy Complejo Asistencial Benito Menni, “Más de un siglo de psiquiatría”, FARESO, SA.
- Maestro JC, Jimenez JF (2002). Las necesidades de hospitalización prolongada. *Monografías de Psiquiatría* ,14: 20–25.
- Rodríguez A (1997). Rehabilitación psicosocial de personas con enfermedades mentales crónicas. Madrid: Pirámide; 69–71.
- Valderrama E; Perez del Molino J. (1997) Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Revista española de Geriatría y Gerontología*; 32 (5) 297–306.
- Wing JK (1990). The Functions of Asylum. *Br J Psychiatry*, 157:822–7