

Papel de los Hospitales Psiquiátricos de larga estancia en la Asistencia a la Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico: Hospital de Zaldibar (II)

Emilio Javier Blanco Bengoechea

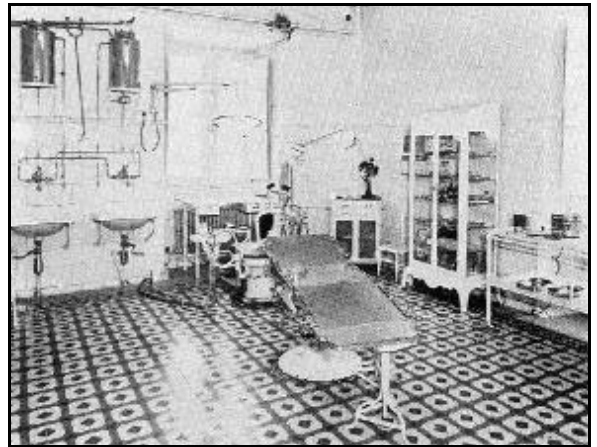
Psiquiatra

Hospital de Zaldibar. Bizkaia

PERIODO 1967-1989

A finales de los años 60 comienzan a surgir ideas y planteamientos nuevos en la Psiquiatría del mundo occidental, lo que origina entre los profesionales un debate sobre cómo abordar la patología psiquiátrica y dónde hacerlo. Surgen diferentes posturas, a menudo enfrentadas unas con otras, que van desde las conceptualizaciones biologicistas de la enfermedad mental a las psicológicas (psicoterapias de todo tipo, desde el psicoanálisis al conductismo), junto con las de orientación familiar (con sus diversas escuelas) y aquellas que niegan el concepto de enfermedad mental, lideradas en esta época por Laing, Szasz, etc. (lo que se denominó “antipsiquiatría”).

En este “campo de batalla”, se van a producir situaciones que obligarán a los psiquiatras a “alinearse” y definirse en una u otra “trincheras” y al mismo tiempo, a compartir su espacio y su tarea con otros profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, auxiliares, etc cuya presencia era, hasta entonces, inexistente en la mayoría de los casos, lo que implica un enriquecimiento en las actuaciones terapéuticas y una adaptación de las mismas a las nuevas circunstancias.



Así mismo, se cuestiona dónde debe ser tratado el paciente con problemas de salud mental. Básicamente, se plantean dos opciones: en una Institución Cerrada o en la Comunidad, cada una de ellas con sus correspondientes formas de abordaje. Como consecuencia, surgen tendencias encaminadas al cierre de los llamados manicomios en muchos lugares y, cuando no es al cierre, al menos, a un importante cambio en su estructura y función.



Esta nueva situación y los cambios comentados afectan de una manera global al campo de la Psiquiatría y por tanto, llegan también al Hospital de Zaldibar y repercuten, lógicamente, en su funcionamiento, como queda reflejado a continuación.

En octubre de 1969 comienza a prestar sus servicios en Zaldibar una asistente social, con la misión, inicialmente, de estudiar los casos de aquellas pacientes con una problemática social que dificultara su alta en la unidad de ingresos. En los primeros años 70 se incrementa el número de médicos en el hospital y esto permite llevar a cabo una nueva planificación del trabajo, proceder a la revisión de historiales de las pacientes ingresadas, conocer mejor su situación familiar y sus posibilidades de retornar a su medio. Se lleva a cabo una clasificación de las pacientes crónicas en relación a sus posibilidades de rehabilitación estableciendo niveles y criterios basados en la Escala de Wing y Brown. Lógicamente, esta reestructuración permite un abordaje mucho más adecuado de las pacientes, según su patología, grado de cronicidad, posibilidades de alta, etc.

Se dividen los Servicios del Hospital en cuatro Unidades básicas con diferentes subunidades en algunas de ellas:

- Unidad de Ingresos:
La Unidad está subdividida en:
 - ♦ Pacientes de Ingreso Reciente
 - ♦ Pacientes en Cuidados Intensivos
 - ♦ Pacientes de Corta y Media Estancia
- Unidad de Alcoholismo
- Unidad de Psicogeriatría
- Unidad de Pacientes crónicas subdividida, a su vez, en:
 - ♦ Nivel I de Rehabilitación
 - ♦ Nivel II de Rehabilitación
 - ♦ Nivel III de Rehabilitación
 - ♦ Nivel IV de Rehabilitación

En 1978 se contrata por primera vez una psicóloga, básicamente para llevar a cabo pruebas psicométricas y actividades grupales. Paulatinamente, se va incrementando también el personal de enfermería, sobre todo, auxiliares psiquiátricas; éstas comienzan a prestar sus servicios en 1970 y se llega a contar con 81 diez años después; sin embargo, en el mismo año, aparte del personal religioso, únicamente trabajan dos enfermeras. En los años siguientes, el número aumentará de manera notable y se creará la Dirección de Enfermería. Aunque en esta época ya existían monitoras de terapia recicladas del personal auxiliar, en 1989 se contrata una terapeuta ocupacional.

A mediados de los 60, se abre el primer consultorio psiquiátrico extrahospitalario de Vizcaya, dependiente de diputación y situado en la calle Arbieta de Bilbao. Además de atender a pacientes exclusivamente ambulatorios, los profesionales del hospital de Zaldibar acuden regularmente para llevar a cabo el seguimiento de pacientes que previamente habían estado ingresadas en las diversas unidades de dicho hospital (ingresos, crónicas, psicogeriatría).

Posteriormente, se abren pisos protegidos ubicados en el propio pueblo de Zaldibar con la finalidad de externalizar a aquellas pacientes que fuera posible y más adelante, estos pisos serán ocupados también por pacientes procedentes de otros hospitales y centros de salud mental.

En 1984, y con personal exclusivo del Hospital de Zaldibar (Psiquiatras, Psicóloga, Asistentes sociales y Enfermera) se abren los consultorios de Basauri y Durango, que atenderán todas las necesidades relacionadas con Salud Mental de la zona correspondiente. Posteriormente, dichos Centros, con la reestructuración de Osakidetza, se harán autónomos, contarán con personal propio y el Hospital de Zaldibar dejará de prestar sus servicios en ellos.



En 1985, el Hospital de Zaldibar, que desde su inauguración había dependido de la Diputación, responsable de prestar la atención sanitaria a los Enfermos Mentales, es transferido al Servicio Vasco de Salud—Osakidetza, integrándose en la red sanitaria general. El traslado se lleva a cabo según Decreto 51/1985, publicado en el Boletín Oficial del País Vasco el 5 de marzo de 1985. El decreto entra en vigor al día siguiente: 6 de marzo de 1985.

Por otra parte, siguiendo las corrientes internacionales, desde 1983 se pone en marcha en todo el Estado el proceso de Reforma creándose la “Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica” por orden 27 de julio de 1983, como órgano encargado del estudio, asesoramiento y planificación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica. El informe se presenta al Ministerio de Sanidad y Consumo y se acepta en abril de 1985, proponiéndose como guía de actuación. Consta de dos partes: en la primera se explicitan los criterios para un modelo integrado de asistencia psiquiátrica y en la segunda, se recogen las propuestas. A lo largo del documento, con referencia a la hospitalización, se señalan los siguientes puntos:

- Es un instrumento técnico importante en el conjunto del proceso terapéutico.
- Sólo se puede recurrir a él cuando aporte al enfermo mayor beneficio terapéutico que el resto de las intervenciones realizables en su entorno social y familiar.
- La duración de la hospitalización estará siempre en función de criterios terapéuticos.
- Los ingresos han de ir realizándose progresivamente en el hospital general, pero los hospitales psiquiátricos podrán recibir ingresos en determinadas condiciones.

- Deberá producirse una progresiva reducción en el número de camas en los hospitales psiquiátricos y no una utópica desaparición de éstos.
- Es necesaria la creación de residencias apropiadas con medios humanos y técnicos para la atención y rehabilitación de pacientes con patología de larga duración, que no requieran el confinamiento en un hospital psiquiátrico...



DATOS ESTADÍSTICOS REFERIDOS AL PERIODO 1967–1989

Respecto a los diagnósticos, en 1971, el principal correspondía a las esquizofrenias en más de la mitad de los ingresos. Las demencias y oligofrenias que, como se observaba ya en 1934, no deberían estar ingresadas en hospitales psiquiátricos sino en otros dispositivos, representan en este momento el 23% del total de los ingresos (casi el doble que en el mencionado año 1934).



Tabla de los Hospitales Psiquiátricos de larga estancia en la Asistencia a la Enfermedad Mental Severa de Guerny Gortia

Movimiento de pacientes de 1967 a 1989

Año	Ingresos y reingresos	Altas	Fallecimientos
1967	275	235	31
1968	302	257	21
1969	293	273	21
1970	225	220	17
1971	356	338	41
1972	536	544	29
1973	543	548	34
1974	500	460	22
1975	460	452	26
1976	480	460	18
1977	495	483	23
1978	324	300	9
1979	310	299	13
1980	289	277	9
1981	271	300	14
1982	365	347	12
1983	278	267	6
1984	273	250	9
1985	231	227	11
1986	183	190	5
1987	170	178	9
1988	175	171	3
1989	114	208	10

Dr. Emilio Javier Blanco Bengoechea Hospital de Zaldibar

En la tabla de Movimiento de Pacientes, se exponen las cifras referidas a ingresos, altas y fallecimientos correspondientes al periodo 1967–1989. Como se puede observar, destacan los años 1972–73 por el elevado número de ingresos y de altas que presentan, con cifras que no se alcanzarán de nuevo, ni siquiera al entrar en funcionamiento la Unidad de Corta Estancia en 1990. En cuanto a los fallecimientos, destaca la progresiva disminución de los mismos en la década de los 80.

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DEL PERIODO 1967–1989

Función terapéutica: frente a la época anterior y sin que desaparezca la función custodial, hay una clara dominancia de lo terapéutico, fundamentalmente, por el avance de la psicofarmacología, pero también por la irrupción de tratamientos psicoterapéuticos individuales, familiares y sociales.

Diferentes profesionales: además de los psiquiatras, intervienen en los tratamientos otros profesionales: psicólogos, terapeutas ocupacionales o trabajadores sociales y cobran más importancia las actuaciones de enfermería.

Múltiples enfoques: se mantiene el enfoque biológico y se añaden otros como psicoterapias de distinta índole: psicoanálisis, conductismo, terapias grupales, terapias familiares... abordajes sociales... se da un “rompimiento” con lo tradicional...

Sensación de caos: cada profesional enfoca el tratamiento de una manera distinta, produciéndose “enfrentamientos” sobre la manera de tratar al paciente. Los propios pacientes, las familias y los grupos sociales toman partido por una determinada línea de actuación.

Ideologización: se plantea en muchos casos una relación de los planteamientos psiquiátricos con la ideología social o política.

Externalización: hay una clara tendencia a externalizar a las pacientes siempre que se pueda y a utilizar los recursos extrahospitales que comienzan a funcionar, sobre todo, en los años 80–90.

Docencia: aumenta de manera significativa el interés de los diferentes estamentos por ampliar lo más posible su formación.

Asociaciones: se crean las asociaciones de enfermos mentales, de familiares de enfermos mentales... su participación en las reformas que se plantean irá aumentando paulatinamente.

Reformas jurídicas: se elaboran diferentes leyes: ley general de sanidad, ley de internamiento, ley de confidencialidad...es decir, cambian ciertos decretos existentes con la finalidad de salvaguardar los derechos del “enajenado mental”. En el hospital de Zaldibar se produce el traspaso de la diputación de Vizcaya a Osakidetza en 1985, como ya se ha mencionado.

