

*Juan Campos Avillar*

DOCTOR EN MEDICINA  
PSICOANALISTA

Paseo San Gervasio 30  
Barcelona - 22

18 de julio de 1978

R.P. José María Delgado  
Gerencia  
Hospital Residencia San Camilo  
San Pedro de Ribes

Reverendo Padre y estimado amigo:

De acuerdo con lo acordado en nuestra entrevista del 26 de abril de 1978, le someto el adjunto informe y la nota de honorarios devengados en la labor profesional concertada ~~hasta~~ el momento presente.

26 de abril: Visita al Hospital, entrevista con el P. Delgado y Dr. Moll	4 horas
Estudio de documentos	2 horas
6 de julio: Entrevista multidisciplinaria	3 horas
Estudio entrevista y redacción de notas	4 horas
13 de julio: Visita al Hospital y Discusión de grupo	4 horas
Estudio entrevista y redacción de notas	4 horas
14 de julio: Análisis de contenido de la entrevista	3 horas
Preparación del Informe	4 horas
15 de julio: y	
16 de julio: Trabajo en el Informe y redacción final	<u>10 horas</u>
Total de horas:	<u>38 horas</u> =====

Concertadas a 2.500 pts./hora, total honorarios: 85.000 pts.

Para completar el trabajo sugeriría que se vinculara el adjunto informe previo entre los distintos miembros que han participado en los grupos de discusión, y una vez que lo hayan estudiado y sugerido los comentarios y opiniones que les parezcan pertinentes, por escrito, recoger éstas, redactar un informe final, y tener otra discusión en grupo.

El presupuesto en horas de consultoría para completar esta fase final, sería alrededor de unas diez horas.

Esperando sus noticias le saluda atentamente,

JCA/hc.

Dr. Juan Campos

INFORME PREVIO SOBRE ASISTENCIA PSICOSOCIAL A ENFERMOS CRONICOS  
A REALIZAR POR LOS EQUIPOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL- RESIDEN-  
CIA SAN CAMILO.-

Por intermedio del Dr. Jesus Moll, la Junta Rectora del Hospital-Residencia San Camilo, me solicitó les asesorara en la selección de un psicólogo que precisaba la Institución.

Con el fin de precisar la función a ejercer por el mencionado psicólogo dentro del centro y trazar el perfil profesional en que debiera estar basada la selección, concretamos una entrevista con el P. José M<sup>o</sup> Delgado y el Dr. Jesús Moll que se celebró el día 26 de Abril de 1978.

La necesidad de incorporar profesionales especializados en psicología a los equipos de asistencia a crónicos se puso más de manifiesto, si cabe, en el curso de la investigación que estos equipos estaban llevando a cabo respecto a las características asistenciales de la institución y de las necesidades de la población internada. Los resultados de ésta investigación quedan plasmados en el documento "Conclusiones Generales del Equipo de Asistencia" (C.G.E.A.) al que nos veremos obligados a recurrir frecuentemente en la elaboración de éste informe.

A juzgar por el espíritu de dicho documento más que por sus sugerencias explícitas, las funciones de tipo psicológico a realizar por los equipos se concretan básicamente en tres vertientes

1)- Asistencia individualizada al paciente y a su contorno social inmediato de procedencia al que puede todavía estar vinculado- vecinos y familia-.

2)- Atención psicosocial a los distintos ambientes sociales que se crean dentro de la institución : compa-

ñeros de cuarto, grupos de planta, zona de convalecencia - Residencia - institución total.

3)-Atención psicosocial a los compañeros de equipo, ocupando dentro de los equipos, el psicólogo, un rol de potenciador y facilitador del equipo para la asistencia integral e integrada al enfermo y su familia.

En nuestra primera entrevista, avanzamos la opinión de que era dudoso encontrar en una sola persona las características personales y el grado de conocimientos, capacitación y experiencia que se precisarían para satisfacer tan múltiples y complejas como distintas funciones. Es más aun, en el caso de que esta persona se encontrase, dependería del lugar que ocupara dentro de la estructura de personal y del tipo de vinculación establecido con la institución, el que pudiera o no ejercer con eficacia las funciones requeridas.

De todas formas, con el fin de perfilar la cuestión y de poder facilitar una información más concreta, propusimos hacer un pequeño estudio en el que intentaríamos clarificar los siguientes puntos:

1)- Función social del Hospital San Camilo y objetivos asistenciales sanitarios dentro de la comunidad.

2)- Estructura interna del Hospital y problemática de la interacción e integración de sus distintas funciones asistenciales.

3)- Problemática de la asistencia al enfermo crónico y función del psicólogo dentro de los equipos asistenciales

4)- Perfil profesional de los nuevos profesionales a contratar.

5)- Recomendaciones respecto al procedimiento de selección.

Hasta el presente, hemos estudiado los documentos que se nos han facilitado : el mencionado C.G.E.A. y Consideraciones Generales sobre la organización de un Servicio de Salud Mental. Concer-  
tamos dos reuniones multidisciplinarias de alto nivel que se cele-  
braron los días 6 de Julio y 13 de Julio. En la primera estuvie-  
ron representados los siguientes estamentos : Gerencia (P. Zurbano)  
Dirección (Dr. Bastos ), Dep. Medicina (Dr. Moll y Dr. Rueda)  
Rehabilitación (Dr. Gonzalez Aguilar), Enfermería ( Srta. Roig)  
Admisiones (Srta. Encarna Torres ), y el autor de este informe

En la segunda sesión además de los mencionados estuvieron  
presentes el P. Delgado por Gerencia, el coordinador del Servicio  
de Crónicos( H. Félix Mendaza ), por Trabajo Social (Srta. Rosa M.  
Porta ), y mi colaboradora Sra. M<sup>º</sup> D. Buhigas.

Se han hecho además, dos visitas de observación participada  
a la planta de crónicos en la que se han mantenido entrevistas  
informales con los responsables de enfermería, asistentes y pa-  
cientes.

De las observaciones hechas , y del estudio y reflexión so-  
bre las discusiones mantenidas, y documentos analizados, avanza-  
mos este primer borrador, a reconsiderar después de que haya sido  
estudiado y comentado por los distintos estamentos a que se so-  
mete, en una discusión conjunta final de la cual saldrá el in-  
forme definitivo.

Teniendo en cuenta que la finalidad de esta documento es la  
de estimular la reflexión y cooperación de los distintos esta-  
mentos, nos atreveremos tentativamente a avanzar opiniones o re-  
flexiones que puede no correspondan a la realidad fáctica asis-  
tencial presente de H.R. S.C.y a sus objetivos asistenciales futu-  
ros. Esperamos sin embargo, que de la colaboración de todos po-  
damos alcanzar una mejor apreciación objetiva de la realidad, y  
facilitar con ello la toma de decisiones que más favorezca a la  
consecución de los objetivos, y a la satisfacción y moral de los  
equipos.

## 1)- Función social del H.R.S.C. y Objetivos Asistenciales Sanitarios dentro de la Comunidad:-

El H.R.S.C. es un centro de salud que tiene como objetivo primordial la promoción de la salud dentro de un área geográfica, y al mismo tiempo, satisfacer las necesidades asistenciales de un sector de población determinado. Esta doble condición de hospital general enmarcado de la red asistencial de la comarca por una parte, y de hospital-residencia de enfermos crónicos y de ancianos sanos procedentes de un área geográfica mucho más amplia por otra, se refleja en la organización interna del hospital, a la vez que en su propia estructura arquitectónica.

Objetivos distintos dentro de una misma institución crean problemáticas distintas y exigen de la organización un esfuerzo de integración mayor que el usual, si se quiere compaginarlas.

En tanto en cuanto que hospital general, el H.R.S.C. funciona como un hospital comarcal todavía incompleto (falta pediatría y ginecología) y en vías de integrarse dentro de la red comarcal de asistencia.

Superada la fase inicial de puesta en marcha, durante la cual, por ser considerado hospital de "descarga" de la red asistencial de la S.S., el H.R.S.C. no podía controlar más que muy parcialmente su política de admisiones, este Sector de Agudos funciona eficazmente y a satisfacción de todos los equipos que en él trabajan.

Cosa bien distinta sucede en la Sección de Enfermos Crónicos.

Adiferencia del Sector de Agudos donde la rotación de enfermos por cama es alta, en el Sector de Crónicos, esta rotación es mucho mas baja de la que corresponderia a la patología somática de que adolecen los enfermos internados. Son causas de tipo socio-económico, familiares, médicas o de rehabilitación física, las que determinan <sup>para</sup> que un 80% de esta población, (según estudio cuidadoso de C.G.E.A.) se considere que no existe posibilidad alguna de alta.

Dentro del mismo conjunto hospitalario figura una Residencia de Sanos (46 enfermos) en 1ª y 3ª Planta de Residencia. Son 46 residentes que aún cuando la edad promedio de los mismos es alta, 73 años, no presenta la misma problemática asistencial de los otros 122 residentes internados en Convalecencia y plantas 2ª y 4ª de Residencia.

De todas formas- sanos o enfermos- esta población de 175 residentes a perpetuidad, convierte a la institución en un establecimiento geriátrico.

Como ya hemos avanzado, y de ello el centro es bien consciente, la alta concentración de enfermos crónicos, con alta dependencia de enfermería y de asistencia médica, con tasas de invalidez física, psíquica y social mayores a las que correspondería por su promedio de edad, no obedece a causas fortuitas sino a la decisión de la Orden propietaria del establecimiento, de responsabilizarse, aunque sea parcialmente, de una necesidad asistencial a un grupo marginado de la población a la que ni la sociedad, ni la sanidad ni la S.S. atienden.

En todo sistema sanitario, las asistencias al enfermo crónico, al enfermo mental, al enfermo geriátrico y al enfermo terminal se constituyen en Cenicientas de la sanidad. Hay que felicitar a la Orden de San Camilo por el valor demostrado en afrontar este tipo de asistencia, pero al mismo tiempo, es necesario que esta se plantee la cuestión de si la forma como los atiende está favoreciendo al planteamiento y solución de este problema social, o por el contrario a lo que favorece es a su ocultación y silenciamiento.

Esta cuestión es importante y me parece que está subyacente en las largas e irresolubles discusiones que dedicadas en las reuniones de grupo, a los temas "admisión de enfermos" y "agrupación de crónicos" (los famosos tantos por ciento reclamados por el

Dr. Rueda, a los que no se concreta ninguna respuesta del P. Delgado.

La institución en su zona de crónicos, atiende en régimen de hospitalización ( financiado mediante concierto con la S.S. en un 70 a 90% ), a 122 enfermos ancianos y crónicos el 80% de los cuales no podrán ser nunca dados de alta. Esta meritoria labor social, sin embargo, plantea un doble problema : por una parte la sospecha de que la institución pueda estar privatizando beneficios de una asistencia socializada puede crear problemas con la inspección del INP, o recelos entre equipos asistenciales y población asistida; por otra, puede inconscientemente, forzar la política de admisiones en favor de enfermos crónicos con altos niveles de vigilancia y atención médica y de enfermería que ultimamente repercute en la composición de los grupos que se constituyen en la zona de crónicos.

Secundariamente, la imagen del hospital en la comunidad, al responder con su asistencia a un tipo de necesidad no satisfecha, aumenta la demanda por este tipo de servicios y pronto gravitarán sobre el Servicio de Admisiones, presiones de todo tipo para saltarse prioritariamente la larga lista de espera que por necesidad se va a crear. Esto, planteará y de hecho ya plantea problemas de tipo político y éticos que no pueden ser resueltos meramente con disposiciones de tipo técnico o administrativo.

La política de admisión del hospital no pone restricción alguna a enfermos por razones de lugar de procedencia, siendo el 70% de fuera de la comarca.

A pesar del cuidado en evitar que las familias del enfermo, por razones de comodidad y utilizando razonamientos médicos o de rehabilitación, coloquen a un enfermo del que después se desresponsabilizan ( la política de Admisiones sugerida en el C.G.E.A. por el Dep. de Rehabilitación reforzará dicha política). ello no impide que el número de crónicos con hospitalización irreversible aumente progresivamente, haya fagocitado ya dos plantas de

Residencia, y solo para un 20% de ellos cabe alguna posibilidad de alta temporal o permanente.

Hay dos razones básicas para que se haya creado esta situación : 1)- la comarca está bien atendida por residencias geriátricas que atienden enfermos sanos, 2)- mientras en la zona de origen (casco urbano de Barcelona en su mayoría ), no se disponga de recursos para recoger y tratar al anciano enfermo crónico, física, social, y familiarmente desarraigado y desvalido, el H.R.S.C. no quiere abstenerse de hacerlo.

Desde el punto de vista social, esta sacrificada labor del H.R.S.C. puede tener una proyección que va mas allá del aspecto humanitario y religioso de la misma si se procura satisfacer un doble objetivo:

1)- Servir como modelo de asistencia al mismo tiempo que de instrumento de contestación y denuncia sanitaria, que estimule a la larga a otras instituciones a hacer lo mismo, nos referimos concretamente a la lamentable situación en que se encuentra este tipo de población en la zona urbana de Barcelona.

2)- Procurar integrar las actividades del hospital, a la red de recursos asistenciales que existen en la comarca para ancianos enfermos o sanos. Visitas ambulatorias, hospitalizaciones temporales, hospitales de día, ayuda social, médica y de hostelería personalizada a domicilio pueden ayudar ~~a~~prevenir, disminuir y a paliar la problemática del anciano inválido y enfermo crónico que se transforme en marginado social y víctima del hospitalismo.

Desde el punto de vista hospitalario, a los enfermos crónicos que por razones somáticas, psicológicas, socioeconómicas o de alienación familiar, no pueden ser dados de alta, se les conside-



ra como una lacra que se teme y tiende a evitar en todo servicio hospitalario. A este tipo de enfermos crónicos, con hospitalización de larga duración o de por vida, la sociedad tiende a marginarlos, almacenandolos en nosocomios alejados de los núcleos de población y dificultando con ello el mantenimiento de sus vínculos sociales con la familia, amigos y compañeros de trabajo. Véase sino lo sucedido en los manicomios, hospitales de tuberculosos o leproserías. A la enfermedad natural que sufre el individuo se le añade otra iatrogénica, el hospitalismo, como consecuencia de su internamiento en una institución total. ( Gofman )

Como evitar este peligro y transformar la zona de Residencia y Crónicos en una verdadera comunidad terapéutica donde se presta al enfermo una ayuda integral para poder vivir y morir con dignidad, los últimos años de su vida representa el verdadero reto que tiene planteada la institución cara al futuro. De poder hacerlo con éxito, podrían beneficiarse no solo otros ancianos en las mismas condiciones que ellos, sino otros grupos de enfermos marginados como lo son el mental, el inválido, el desvalido, el crónico, sean ellos niños jóvenes, adultos o viejos.

En resumen pues, los objetivos desde el punto de vista institucional se pueden concretar en :

- 1)- Agente de cambio sanitario en la comunidad.
- 2)- Modelo de asistencia integrada a nivel comarcal
- 3)- Modelo de asistencia integral, como comunidad terapéutica, a un sector marginado de la tercera edad, y otros grupos de enfermos marginados.

Si se tiene en cuenta esta visión, el problema de las "proporciones " entre crónicos y sanos, tiene sentido y puede resolverse: en primer lugar es producto de la dialéctica entre objetivos asistenciales y asistencia que se presta (P. Delgado ); en segundo lugar permite acercarse a la filosofía comarcal de la zona de

Agudos, al reservar planificadamente una parte del sector de crónicos a enfermos de la comarca a la vez que se establecen conexiones con los recursos geriátricos que en ella ya existen, y que se estimule la creación de instituciones intermedias en la comunidad.

2)- Estructura interna del hospital y problemática de la interacción e integración de las distintas funciones asistenciales.-

El objetivo de un hospital como promotor de salud no puede ser el de proteger y prolongar la muerte, sino hacer posible al máximo vivir sanamente la vida.

Filosofía de una asistencia geriátrica a enfermos crónicos en una comunidad terapéutica.-

(Los conceptos a continuación expuestos nacen como consecuencia de un esfuerzo de reflexión teórica sobre comunicaciones percibidas y discutidas en el curso de la presente consultoría. Reflejarán la opinión de la institución H.R.S.C. en la medida que por ella sean reconocidas y aceptadas ).

La asistencia geriátrica, en sí suficientemente complicada, cuando se ve obligada además a dirigirse a enfermos crónicos, abandonados por la familia y sin recursos económicos, se convierte entonces, en una tarea que oscila entre la desesperación y el heroísmo. El heroísmo se hace necesario por lo ingrato de la tarea y lo limitado de los objetivos. La asistencia médica a lo único que puede aspirar es a poner los organismos de estas personas, en las mejores condiciones biológicas posibles para vivir con dignidad los años que les quedan de vida, con un máximo de autonomía personal, de solidaridad con los suyos, de integración en la comunidad y de coraje y significado frente al proceso que implica hacerse viejo estando enfermo y obligado a morir.

La desesperación proviene de otras fuentes ; en nuestra sociedad tan poco solidaria, cuando se crea un servicio profesionalizado de asistencia a necesidades humanas, en vez de paliar la demanda lo que hace es estimularla. Si el servicio que se ofrece es bueno, la institución que lo libra se ve al poco tiempo obligada a rechazar multitud de peticiones que se generan con el servicio que ofrece. La demanda crece siempre más deprisa que las posibilidades de crecimiento de la institución, y presiones sociales de otro orden aprietan para que se salten los criterios objetivos de admisión, adoptados por la institución. .

Veamos sino lo que ocurre con la zona de crónicos del H.R.S.C.

Originalmente se pensó en una Residencia de Ancianos Enfermos ( 4 plantas ) y un servicio de Convalecencia ( 3 plantas ).

Imagino esta última iba dirigida fundamentalmente a enfermos dados de alta por la zona de Agudos que no estaban en condiciones para ser devueltos a su domicilio, o a la Residencia (propia o ajena ) de Ancianos. La Zona de Crónicos ha absorbido totalmente el Servicio de Convalecencia y además ha fagocitado 2 plantas de Residencia de Sanos. De los 175 residentes atendidos, 122 de ellos, un 80% , son enfermos que por razones de enfermedad de dependencia de Enfermería, de invalidez funcional o por desarraigo social y familiar, y situación socioeconómica, no podrán ser dados de alta nunca. Todas estas personas constituyen una comunidad o un agregado de gentes que tendrán que vivir y/o morir en la institución. Cómo conseguir que esta comunidad de ancianos, con la ayuda que les presta la institución, puedan vivir dignamente y de una forma creativa los años que les restan de vida, es el verdadero reto que se ofrece a los religiosos y profesionales que viven y trabajan con esta población de ancianos y enfermos. Dependen de la filosofía de esta comunidad terapéutica y de la correlación que exista entre esta filosofía y la realidad de su praxis, el modo de vida que a la larga se establezca para la comunidad asistida.

Por ejemplo supongamos que el valor que se instaure dentro de ella es el de la Medicalización de la vida, lo que se prevé que sucederá es que la demanda por servicios médicos se convierte en un valor y el ser "buen enfermo", su máximo desideratum. Lo mismo puede suceder con la Dependencia de Enfermería, que cuando uno más dependa y más necesitado esté, mayor <sup>sea</sup> la gratificación social.

Si no se consigue que dentro de la comunidad terapéutica, el ser autónomo ( capaz de mantener vínculos familiares y sociales y de trabajo creativo a nivel individual y comunitario ), se convierta en un valor, crecerá la demanda en función de los servicios médicos que se presten, así como la dependencia de enfermería mencionada anteriormente.

Por razones de comodidad y con el fin de facilitar las tareas médicas, de enfermería y de hostelería, los hospitales tienden a obstaculizar la presencia en el mismo de los familiares de los enfermos. Si a ello añadimos la "tendencia natural" a desahucarse (a abandonar) del viejo, del enfermo y del moribundo en la medida en que este convierte en una carga y ofrece poca esperanza de recuperación, y teniendo en cuenta, que además en un 70% su lugar de origen y donde viven sus familias está fuera de la comarca, se comprenderá que estos dos factores pueden facilitar el desarraigo familiar y comunitario del enfermo una vez haya pasado la fase aguda de su enfermedad crónica.

Las condiciones geográficas, arquitectónicas y administrativas que se dan en el H.R.S.C. hacen muy difícil a la par que no aconsejable, el escindir el Hospital en tres zonas separadas e independientes. En realidad aun cuando en el papel e incluso hecho piedra, existen tres zonas diferenciadas ( agudos, crónicos, y sanos en residencia y convalecencia ) de hecho en la realidad esta división no es clara ni es posible.

Los distintos Departamentos y Servicios del Hospital están a cargo indistintamente de todos los pacientes, internos o residentes. Incluso en aquellos casos ( personal de enfermería, asistentes de enfermería ) asignados a una determinada planta se ven obligados a menudo a prestar servicios (por ejemplo Urgencias a turnos de noche en Convalecencia ) a rotar o hacer esporádicamente sustituciones.. Pero más importante que esto, es que ningún hospital de crónicos podría aceptar el tipo de patología que acepta S.C. sin contar como este cuenta con una zona de Agudos, y viceversa, ningún hospital comarcal puede admitir el tipo de invalideces físicas, sociales y familiares que admite S. C. sin tener adjunta una zona de concalescencia como la que aquí se dispone.

Ahora bien, lo que hasta aquí son todo ventajas también se transforman en inconvenientes, p. ej. la Zona de Agudos no tendría por que contar con un Servicio de Asistencia Psicosocial de la amplitud que se contemple se necesitará para proveer a la asistencia integral del Crónico, aun cuando a la larga puede beneficiarse de él en términos de prevención psicoquirurgica, medicina integrada a la familia, etc., ni tampoco haría falta un equipo de Rehabilitación como el que cuenta actualmente.

#### NOCION DE EQUIPO ASISTENCIAL.-

Plantear las distintas funciones del hospital como finalidades del equipo asistencial y no como especialidad tal como se sugiere en el C.G.E.A. bajo el título de Rehabilitaciones, parece un concepto válido para hacer frente a la problemática de la interacción de los distintos especialistas al constituirse en equipo asistencial de una zona determinada.

Visto de esta manera las funciones médica, psicológica, dietética, rehabilitadora, enfermería, asistencia social, religiosa y de terapia ocupacional o recreativa, deben ser ejercidas por

cualquier miembro del equipo asistencial en el momento en que por su función especializada entre en contacto con el paciente o el ambiente terapéutico. De la misma manera que en quirófano o en intensivos no puede entrar una enfermera sin cumplir con las normas de esterilización pertinentes, un cirujano o un rehabilitador no pueden diagnosticar y tratar con un enfermo sin tener en cuenta los factores psicológicos, sociales y familiares del enfermo.

De momento este concepto de equipo multidisciplinar se ha materializado ya en los equipos asistenciales de crónicos y concretado en la labor de evaluación que figura en el C.G.E.A.. A posteriori la comisión de Historias Clínicas pretende llegar a un documento multidisciplinariamente integrado que favorezca la asistencia.

Con esta visión de equipo se comprende que la incorporación de nuevos tipos de profesionales (psicólogos, sociólogos, socio-terapeutas, terapeutas ocupacionales o recreativos), tendrá que ir por el mismo camino. Si bien puede ser preciso que las distintas disciplinas se agrupen por profesiones en el ejercicio de la tarea asistencial en equipo, las funciones son responsabilidad de todos y cada uno de los miembros del equipo, aun cuando dentro de ellos cada especialista es responsable de velar en especial por su labor específica y facilitar que todos los demás puedan contribuir a ello.

Para que un equipo llegue a funcionar hace falta dedicar muchas horas de trabajo y muchas de discusión a la labor del equipo.

El enemigo principal de los equipos asistenciales es el tiempo, <sup>ya que</sup> las tareas especializadas de cada miembro tienden a interferir con la labor <sup>conjunta</sup> de comunicación e interacción reflexiva y cooperativa del equipo como un todo. Esto, que es real para la atención médica y de enfermería al paciente, aún lo es más cuan-

do de lo que se trata es de atender a los aspectos psicosociales de la asistencia y a la construcción de un ambiente sociocultural terapéutico. La transformación de un nosocomio en una comunidad terapéutica, exige no solo el trabajo de grupo entre los miembros del equipo asistencial, sino el trabajo de grupo entre asistentes y asistidos.

## FUNCION PSICOSOCIAL EN LOS EQUIPOS DE ASISTENCIA A RESIDENTES Y CRONICOS.-

### Características y necesidades asistenciales de la población asistida.-

Dentro del H.R.S.C., hay una sección dedicada a residentes fundamentalmente ancianos - edad promedio 71-72 años - con una capacidad de 175 plazas, dedicada en su mayoría a enfermos crónicos, con un alto nivel de incapacidad física y un alto grado de dependencia de los servicios de enfermería.

De esta población, que por lo prolongado o lo irreversible de sus estancias puede ser considerada como asilar, hay 122 enfermos que se ubican en las plantas 1ª, 2ª y 3ª de Convalecencia y en la 2ª y 4ª de Residencia. El resto de los residentes, a quienes se denomina "sanos", habitan en las plantas 1ª y 3ª de Residencia.

La asistencia a esta población está a cargo de equipos de asistencia que recientemente han llevado a cabo una investigación de la que ha salido el censo asistencial que figura como anexo a las C.G.E.A.

Del exámen de este censo y de la discusión del mencionado documento en las sesiones multidisciplinarias de los días 6 y 13 de Julio se deducen las siguientes impresiones :

1.- Los problemas de asistencia a residentes sanos son claramente distintos a los de los enfermos, aún cuando sean atendidos ambos por los mismos equipos asistenciales.

El promedio de edad es más elevado entre los residentes sanos, (74 años en 1ª R, y 72,5 en 3R ), que la del promedio de residentes enfermos, 71 años, su grado de autonomía es mucho mayor ( 3A por encima del 50% y solo 1 3C ) y su funcionamiento mental, discretamente mejor en aquellos que no en estos.



2.- Dentro de los 154 enfermos crónicos se distinguen tres grupos claramente distintos :

- a)- Enfermos terminales de pronóstico infausto a corto plazo (12% )
- b)- Enfermos estabilizados sin probabilidad material de alta por razones de tipo socioeconómico y familiar ( 79,3% )
- c)- Enfermos ingresados con pronóstico de tratamiento médico o de rehabilitación con alta probable a medio plazo ( segura en el 6,9% y dudosa en el 13,8% ).

3.- Estos tres tipos de enfermos tienen necesidades asistenciales bien diferenciadas : los del grupo a) son candidatos a una asistencia fundamentalmente tanatológica; los del c) a una asistencia médica o de rehabilitación física similar a la que se les podía proporcionar en la zona de Agudos; y los del grupo b) si bien en parte precisan de una asistencia asilar semejante a la de los residentes sanos, la condición estabilizada de la enfermedad crónica y secuelas que padecen y sus grados de dependencia de enfermería, de invalidez física y de minusvalía mental les coloca en una situación bien distinta.

4.- A la problemática de envejecer y de hacerlo dentro de una institución totalitaria, en el sentido de Goffman (1), los enfermos crónicos se ven obligados a hacer frente a una enfermedad crónica acompañada de mayor o menor grado de minusvalía física y en unas condiciones mentales deficitarias.

---

(1)- Goffman describe su "internados" como institución totalitaria a las que se caracterizan por el aislamiento de un grupo de individuos en un espacio cerrado, por la ruptura de barreras que separan el mundo del trabajo, del entretenimiento y de dormitorio, por la promiscuidad entre los "reclusos", el tratamiento colectivo que se les aplica, y el cuidado de todas sus necesidades, por una estructura burocrática rígida y la referencia constante a una ideología única como solo criterio de evaluación de todos los aspectos de comportamiento.

5.-La mayoría de los residentes enfermos crónicos carecen de apoyo familiar y social tal como se requeriría para poder ser dados de alta una vez estuvieran física y mentalmente rehabilitados.

La causa de ingreso, a menudo ya obedece a este hecho, y cuando no es así, la distancia - 70% de ellos proceden de la zona urbana de Barcelona y allí radican sus familias - y la escasa frecuencia de las visitas durante su prolongado internamiento, hace que las familias progresivamente se desentiendan de ellos y acaben abandonados.

Sería interesante saber si entre los residentes sanos se da parecida circunstancia, aún cuando su mayor autonomía y menor incapacidad hace presumir que no y prevenga en parte los apuntados efectos de desarraigo familiar y desahucio social. Esta aclaración es importante para llegar a comprender las razones de la escisión entre residentes sanos y enfermos que microsocialmente se dá dentro del hospital y que es causa de conflicto por razones de vecindad y en el uso de servicios comunes.

6.- Los residentes, a pesar de vivir en la misma zona del hospital tienden a agruparse por zonas y por plantas habiendo poco contacto entre los que habitan en uno u otro sitio

7.- Una aspiración básica del hospital es que para sus asilados, éste se convierta en su comunidad de referencia, se sientan en su propia casa y sean capaces en ella de establecer con otras personas los vínculos afectivos y encontrar el apoyo personal y social que precisen para hacer frente con dignidad, con satisfacción, con sentido y hasta con alegría al proceso de envejecer y morir.

8.- Conseguir transformar este conjunto de población asistida en una comunidad no es fácil y por muchas razones, pero resolver ésta problemática es importante entre otras cosas para la cuestión de fondo que se debate cuando los equipos asistenciales quieren saber con exactitud las proporciones que la institución debe mantener dentro de su servicio de crónicos entre enfermos rehabilitables y residentes permanentes. Las cuestiones de política de admisiones, de reagrupación de enfermos y de homogeneidad o heterogeneidad de los grupos están relacionados con ella.

( En estas discusiones, sin embargo, me ha llamado la atención que se ha obviado la mención de los residentes sanos, aún cuando de hecho la zona de crónicos ha fagocitado ya dos plantas de Residencia y lleva tendencia de comerse otra en cuanto pase un poco de tiempo, y a mi modo de ver, no es diferenciable de la de los residentes enfermos.

9.- Según mi criterio, si la agrupación de enfermos se hace en función de su realidad social y personal, en vez de hacerlo como hasta ahora en función de sus exigencias de atención médica, de rehabilitación física y de dependencia de enfermería, aparecen dos grupos naturales : el de los residentes fijos y el de enfermos hospitalizados por razones básicamente médicas o de rehabilitación física, psicológica o social.

Los primeros esten sanos o esten enfermos, están ahí por razones asilares y de por vida y constituyen por tanto una comunidad. Saben, aunque a sí mismos se lo nieguen que del hospital no hay salida y que todos están embarcados en el mismo viaje. Su tarea es adaptarse a esta situación y aprovechar el hospital al máximo para vivir lo que les queda de vida.

Los segundos, en cambio, tienen la esperanza y la posibilidad

de salir del hospital y de reinsertarse en su medio y familia. El temor de éstos consiste en pasar a la condición de los primeros y perder con ello la esperanza de salida.

Quede claro pues, que los objetivos de una comunidad terapéutica, son distintos para los residentes - terminales todos a más corto o largo plazo - que no para los enfermos rehabilitables y temporales. Si ésta doble función puede ser simultaneada o no por los mismos equipos asistenciales y si estos dos tipos de enfermos son compatibles en las mismas zonas, es una cuestión a estudiar por los mismos equipos y la gerencia del hospital.

#### COMUNIDAD TERAPEUTICA.-

10.- Una comunidad se establece cuando entre un conjunto de personas, que por razones de vecindad o por tener objetivos o problemas comunes, hay suficiente interacción directa y comunicación como para establecer lazos de solidaridad y afectivos entre unos y otros y crear una cultura común.

11.- El concepto de comunidad terapéutica procede de la Psiquiatría Social y es el instrumento básico para la práctica de un tipo de terapia : socioterapia, que tiene fines psicoterapéuticos. La terapia institucional es otra vertiente del mismo concepto pero aplicada a conjuntos mas amplios y generalmente a otro tipo de enfermos mentales acogidos en un hospital mental. La comunidad terapéutica esta constituida por todo el personal asistente y toda la comunidad asistida. Las comunidades terapéuticas, son comunidades abiertas en el sentido de que su objetivo es la curación y la rehabilitación de enfermo y por tanto la rotación de los mismos es alta.

- 12.- El modelo de comunidad terapéutica abierto es aplicable a los crónicos rehabilitables de S. C. sobre todo si se pasa de un criterio de admisión exclusivamente basado en el individuo, a un criterio familiar del caso y se le presta a este conjunto, enfermo-familia, el suficiente apoyo médico y psicosocial para que coopere con el tratamiento, rehabilitación y recuperación social del miembro enfermo.
- 13.- Para el residente permanente la comunidad terapéutica a crear, es una comunidad cerrada. Seguramente la rotación <sup>del personal existente</sup> será más alta que la de los propios asistidos.  
Dentro de una comunidad lo que se tiene que evitar es el hospitalismo del enfermo, fomentar su autonomía y personalizar al máximo las relaciones de asistencia con el enfermo y de convivencia entre los enfermos y la de estos con sus familiares.
- 14.- La creación de estos dos tipos de comunidad, con una población que por razones de edad, de condición física y psicológica y de moral, más bien tienden a la dependencia y al aislamiento que no a la solidaridad humana y a la autonomía personal, no es cosa fácil. Si además, tenemos en cuenta la serie de barreras arquitectónicas y administrativas que impone la planta y funcionamiento de los servicios, la cosa se hace aún más difícil. La gran ventaja, sin embargo, es que la iniciativa parte de los propios equipos asistenciales que son los que tienen que llevar a cabo ésta tarea. De no ser así, el cambio desde la situación actual a la deseada, sería prácticamente imposible.

## EQUIPOS ASISTENCIALES.-

15.- Son los equipos asistenciales de primera línea y multidisciplinarios los que tienen que realizar la función de asistencia en las vertientes sociopsicológica y psicosocial que se necesitan.

La idea de equipo en la zona de crónicos es válida para acometer la tarea. La incorporación de nuevos miembros al equipo de especialistas con distintos bagajes científicos y técnicos en el campo de la psicología y de la psicología, no significa que los miembros del equipo vayan a abdicar en atender a la función psicosocial, ni delegarla en exclusiva al especialista, sino que, por el contrario, la responsabilidad de todos y cada uno se mantiene en la medida que aumente la competencia del equipo.

16.- La función psicosocial debe atender los distintos niveles siguientes :

- 1).- Necesidades de asistencia individualizada en el paciente.
- 2).- Necesidades de la unidad familiar o social de las que el paciente es parte.
- 3).- Necesidades de la comunidad terapéutica y social donde el paciente está insertado, empezando por compañeros de cuarto, compañeros de planta y terminando por el ambiente total de las zonas de Residencia y Convalecencia y las relaciones de este grupo con la zona de Agudos, para pasar a la comunidad extrahospitalaria.
- 4).- Necesidades de los propios equipos multidisciplinarios en términos de autoformación, de información y de toma de decisiones.

17.- Los equipos asistenciales en sus reuniones multidisciplinarias han iniciado ya esta tarea de reconversión de la asistencia, con metodología adecuada y con resultados para mí sorprendentes. Ahora como consecuencia de su análisis, se percatan de la necesidad de incorporar a los equipos a expertos en dos campos : el de la terapia ocupacional y el de la psicología. No saben exactamente que tipo de psicólogo y con el fin de que se les asesore es por lo que se me ha hecho la presente consulta, de la cual hago devolución, previa contestación a las preguntas que se me han hecho reiteradamente.

#### COMPOSICION DE LOS GRUPOS.-

18.- La composición de los grupos depende de las posibilidades de rehabilitación y reinserción familiar y social del enfermo, de los recursos terapéuticos y rehabilitadores con que se cuenta en la sección de crónicos y de las proporciones que entre enfermos rehabilitables y no rehabilitables, haya dentro de ella. Del mismo modo, las proporciones de la política de admisiones y de la dialéctica que esta establece con la composición de los grupos que como resultado de ella se crean por un lado, y por otro, de la demanda social que existe por este tipo de servicios.

19.- Si se adopta el concepto de clasificación sugerido en el punto 11), de los 175 acogidos en Residencia y Convalecencia, 145 no son candidatos a alta con lo que su proporción no llega al 83,4% de la población total. Dado que la edad promedio de los 45 Residentes actuales es de 73 años, es lógico que en el tiempo de vida que les queda, pasen a engrosar las filas de los terminales y crónicos. Teniendo ésto en consideración, es lógico que se reservara

una parte de la zona determinada a enfermos rehabilitables, ya que de no hacerse así acabarían por tener que ser hospitalizados en la zona de Agudos.

20.- La política de admisiones sugerida por el departamento de Rehabilitación, parece adecuada para resolver el problema, ahora bien, introduce un concepto ( el de que Enfermería deba confirmar previamente a la admisión, que tiene cama disponible ), que de hacerse extensivo al concepto de grupo o comunidad terapéutica, es a menudo más complicado. Hay que ver que el candidato a ingreso en la comunidad, sea compatible y beneficioso para la comunidad y viceversa, lo cual replantea el problema de las admisiones en función de la comunidad, y no <sup>solo</sup> en términos de la situación sociofamiliar del paciente.

En este caso, dependiendo de que las necesidades y posibilidades del paciente y de la comunidad terapéutica sean compatibles, es de lo que dependería el ingreso. Es en función de la comunidad terapéutica y sus recursos y no de la situación socioeconómica y familiar como se establece el criterio de admisión.

21.- Si se adopta el concepto de rehabilitación social sumado al de rehabilitación física y hospitalizaciones temporales de crónicos, entonces se planteará el problema de que proporción hay que admitir de enfermos de la comarca y de fuera de ella.

Los enfermos de la comarca, con una eficaz comunidad terapéutica en el hospital, integrada a una red de residencias, hospitales de día, ambulatorios y asistencia social, de enfermería y de hotelería a domicilio, podría mantenerlos en la comunidad hasta sus estadios finales y entonces es muy probable que la zona dedicada a desvalidos sociales queda-



se reducida a la que hoy ocupan los residentes sanos.

22.- Para ello, y durante unos años, hará falta estimular el que las autoridades sanitarias afronten el problema en la zona urbana de Barcelona, que ahora el Hospital S.C. está atendiendo por no haber en la zona otra alternativa.

#### 4.- PERFIL PROFESIONAL DEL PSICOLOGO.-

No es importante la disciplina de origen de la persona o personas a contratar como expertas en la función psicosocial.

Pueden igualmente ser médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, psicoterapeutas o psicosociólogos, con tal que reúnan como mínimo las siguientes condiciones :

- 1.- Que tengan una formación básica en Psicopatología, Psicoterapia y Dinámica de Grupos y en Psicología Social Aplicada.
- 2.- Que tengan experiencia en las siguientes áreas :
  - a) Terapia institucional o comunidades terapéuticas.
  - b) Psicoterapia individual y grupos.
  - c) Psicogeriatría, Psicología normal de las Senescencias Tanatología y Minusválidos.
  - d) Interconsulta en un Hospital General.
  - e) Trabajo con familias, trabajo de grupo y trabajo con la comunidad.
  - f) A ser posible que haya participado en el proceso de cambio de alguna institución sanitaria, mejor a nivel de miembro que como consultor externo.
- 3.- Que tenga cualificaciones y experiencia pertinentes como para poder ser contratado a nivel de Jefe de Departamento o de Servicio.

- 4.- Que tenga experiencia y habilidad en formación de grupos o equipos interdisciplinarios en el área de asistencia psicosocial al enfermo - grupos de discusión y grupos operativos, grupos Balint.

Naturalmente éste tipo de persona es difícil de encontrar, y menos que esté dispuesta a trabajar con dedicación plena o exclusiva en San Pedro de Ribas. Es más, dado el volumen de trabajo que se prevé, y las múltiples funciones a ejercer, es difícil puedan ser asumidas por una sola persona.

Creo que cabría pensar más bien, en un equipo constituido por dos o tres personas dedicadas a coordinar el trabajo entre ellas y con los equipos asistenciales no solo de crónicos sino también de agudos, con especial énfasis en la formación continua al personal de enfermería y asistentes.

#### 5.- RECOMENDACIONES RESPECTO A LA SELECCION, CONTRATACION, E INCORPORACION DE LOS NUEVOS PROFESIONALES.-

- 1).- Que la selección se haga por concurso público, anunciado y difundido a través de las publicaciones profesionales y la prensa, especialmente indicando las características del trabajo y exigencias.
- 2).- Exigir "curriculum vitae", cartas de referencia y acreditación a comprobar, entrevistas personales con los candidatos y visita previa a la institución durante un cierto período.
- 3).- Hay que ejercer especial cuidado en la evaluación de los documentos acreditativos y las referencias de candidatos que no tengan la ciudadanía española.

- 4).- Como alternativa, caso de no encontrarse una persona suficientemente capacitada para hacerse cargo plenamente de la labor, se puede contratar personal menos experimentado para que a niveles de residentes o de adjuntos realicen la labor bajo dirección de un consultor externo que se encargaría de capacitarlos y formarlos.

#### APENDICE : DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL.-

El Hospital de S.C. tiene emprendida una labor de análisis institucional que ha nacido desde el seno de la propia institución, en forma autogestada.

Los objetivos que este diagnóstico se debería proponer aclarar son los siguientes :

- 1.- Grado de congruencia entre los objetivos explícitos de la institución y prácticas establecidas e institucionalizadas.
- 2.- Detección de síntomas funcionales y diagnóstico de las causas subyacentes.
- 3.- Planificación de un programa de investigación operativa y desarrollo institucional que permita alcanzar los objetivos adoptados y permita detectar prontamente las desviaciones de los mismos y causas desencadenantes.
- 4.- Análisis estructural de los distintos servicios que integran el hospital y repetir 1, 2, y 3, a este nivel
- 5.- Análisis de los equipos asistenciales en términos de moral, comunicaciones, conflictos explícitos y tácitos y desarrollo de un programa para resolución o mejoramiento.

Es importante que no se excluya de este análisis el aspecto de relaciones laborales en su dimensión capital - trabajo. Es muy frecuente que conflictos asistenciales relacionados con el stress del trabajo se traduzcan a nivel laboral y viceversa.

Se ha notado en el curso de las discusiones una cierta defensiva en las transacciones entre Gerencia y Equipos Asistenciales en cuyas causas sería preciso profundizar a fin de eliminarla en lo que fuera posible.

Opinamos que no solo la población asistida, sino el personal asistente y administrativo precisan de un equipo psicopsicológico. La introducción de técnicas de grupo operativo podría ser un buen instrumento.

La institución es consciente de que la contratación de psicólogos no va a resolver todos los problemas, de todas formas hay que tener presentes que las expectativas inconscientes o tácitas que de ello se tienen deberían ser examinadas. De no hacerlo se corre el riesgo de sentirse frustrada en sus expectativas o de que se trata de eliminarle encapsulando esta función dentro de un servicio especializado.

Salvo mejor opinion,

Juan Campos

Fdo: Juan Campos