

# Las estructuras intermedias en salud mental

Antonio L. Galbis Olivares  
Psiquiatra

## DEFINICIÓN

La búsqueda por parte de los psiquiatras de modos de tratamiento diferenciados, de espacios transitorios entre el hospital y la sociedad, de vías de reinserción constituye una tendencia histórica.

REVERZY y DAMERON a partir de 1976 definen mejor el término «estructura intermedia», que se venía utilizando desde 1960, a menudo de forma inexacta.

Estos autores se interesan especialmente por todas las formas de asistencia susceptibles de ofrecer una alternativa real y eficaz al Hospital Psiquiátrico. Los primeros «apartamentos terapéuticos», «grandes terapéuticas», comunidades marginales han contribuido a la proliferación de «lugares de vida», capaces de acoger enfermos mentales al margen de cualquier organismo oficial. Las comunidades antipsiquiátricas, los programas anglo-sajones de reinserción social y profesional, algunos «hogares» de jóvenes psicóticos han constituido experiencias originales... Y es a partir de estas experiencias y de sus puntos en común de donde nace la definición de estructura intermedia:

«Por estructura intermedia se entiende toda creación de un espacio comunitario a pequeña escala insertado al máximo en la vida social y que puede servir de intermediario en todas las situaciones de ruptura con dicha vida social, sea por una estancia en una institución, por una invalidación social o psiquiátrica o por una situación de sufrimiento.»

J. F. REVERZY

Cuatro nociones aparecen como esenciales: modo de vida comunitaria, pequeña escala, inserción en la vida social e intermediario. El concepto de estructura intermedia se presenta pues como un fenómeno dinámico que implica a un grupo humano en una experiencia de relación

(vida comunitaria, inserción en la vida social) transitoria en el tiempo y en el espacio (intermedia).

El campo de aplicación de las estructuras intermedias abarca cuatro grandes dominios: la ayuda social, la toxicomanía, la psiquiatría infanto-juvenil y la psiquiatría del adulto, siendo en esta última donde más experiencias se están realizando.

## DESCRIPCIÓN

Las diferentes modalidades de asistencia extrahospitalaria que se están actualmente utilizando en los países desarrollados son las siguientes:

— Las hospitalizaciones parciales. Dos posibles: hospitalización de día y hospitalización de noche.

Antes de que aparecieran los hospitales de día la hospitalización de día se realizaba en los mismos pabellones donde los enfermos estaban ingresados. Esto hacía que estos enfermos se vieran sometidos al funcionamiento de una unidad que no estaba prevista para ellos, con lo que la autonomía que se pretendía en esta modalidad de asistencia no se conseguía.

La hospitalización de día se hace de forma más adecuada en los «centros de día» u «hospitales de día», estructuras que han sido creadas con este fin. Los pacientes de estos centros provienen de los hospitales psiquiátricos y también del exterior tras una consulta externa. Allí se ocupan durante el día para volver a sus casas al final de la jornada.

La hospitalización de noche se ofrece a los pacientes que están preparando su salida del hospital para conseguir casa, trabajo, etc. También en los enfermos que trabajan en el exterior pero que carecen de un entorno capaz de acogerlos a su salida del hospital.

— La consulta hospitalaria, realizada en los servicios de psiquiatría

de los hospitales generales, que permite además hacer un examen más profundo del enfermo si es necesario.

— Los centros de salud mental, creados para despistar los trastornos mentales reduciendo o evitando las hospitalizaciones. También se asegura allí el seguimiento de los enfermos en fase de post-cura.

— Las intervenciones a domicilio, permiten la realización del tratamiento del enfermo en su cuadro natural de vida. Se trata de un servicio de carácter médico y social que tiene por objetivo primordial la adaptación del enfermo a su entorno inmediato, preocupándose de sus relaciones afectivas y sociales.

— Los centros especiales, que permiten poder sacar de los hospitales a los oligofrénicos y otros débiles para los cuales estos establecimientos no eran los más adecuados.

— Los lugares de residencia protegidos, como los hogares de post-cura donde los enfermos que carecen del entorno social o familiar adecuado son acogidos a su salida del hospital. Los alcohólicos y toxicómanos requieren habitualmente este tipo de estructuras.

También están los hogares-vivienda donde los enfermos que responden a los criterios de ausencia de familia, familia insuficiente o en conflicto permanente y que presentan un estado normal satisfactorio pueden alojarse.

Los apartamentos protegidos. Se trata de apartamentos para cuatro o cinco personas que viven en comunidad. Para ello es necesario que los enfermos estén estabilizados, que tengan una actividad en el exterior del mismo durante el día y que puedan pagar ellos mismos su alquiler. La duración de su estancia en el apartamento debe ser limitada y prevista.

Los establecimientos para perso-



nas de edad avanzada como las residencias de ancianos, tanto públicas como privadas y los servicios de geriatría permiten la salida del hospital de los demenciados seniles estabilizados.

— El trabajo protegido.

Los talleres terapéuticos, estos talleres funcionan bien en un centro hospitalario o bien en un local independiente. Recibe a los enfermos no hospitalizados, durante las horas de trabajo.

Los centros de ayuda por el trabajo. Éstos funcionan con grupos de enfermos dirigidos por un monitor. Las actividades de tipo agrícola, bricolage u otras son efectuadas en el mismo centro o en propiedades particulares o pueblos vecinos si han sido contratados por éstos (mantenimiento de jardines, por ejemplo). Los enfermos cobran un salario y suelen vivir en domicilios propios, desplazándose al trabajo por sus propios medios.

Los talleres protegidos ocupan el nivel superior. El taller vive de sus propios recursos sin recibir ayudas oficiales, como es el caso de otros centros de ayuda por el trabajo.

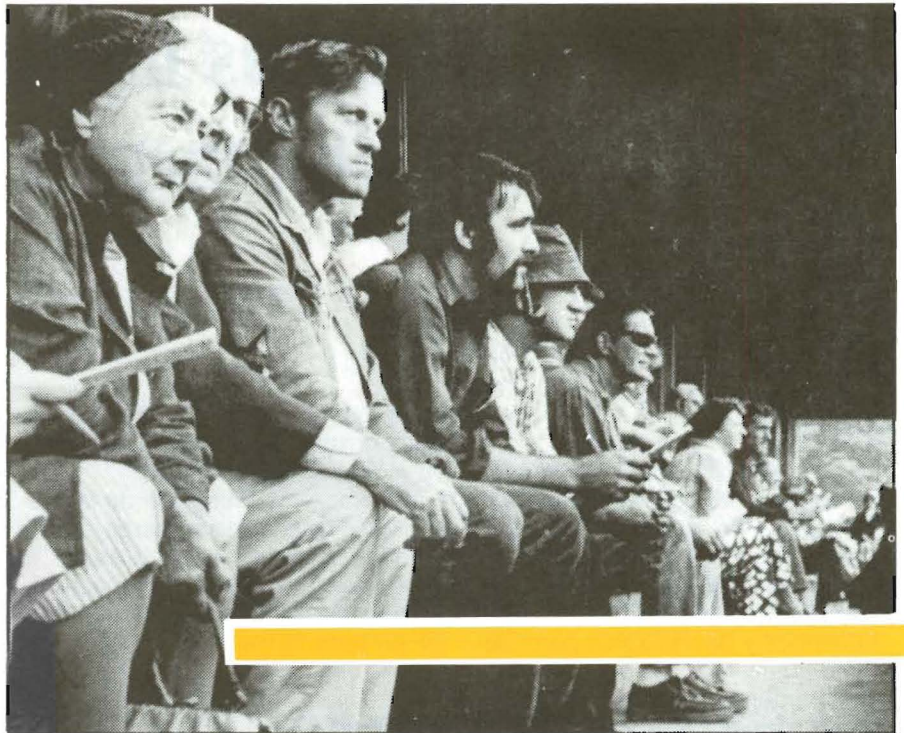
De unos países a otros la organización de todas estas estructuras y sus nombres pueden variar, pero en general este tipo de asistencia la encontramos en EE UU, Francia, Alemania, Italia, Gran Bretaña, Canadá y la URSS, entre otros.

## PERFIL DE LOS ENFERMOS

La categoría de los pacientes, que recibirá una estructura intermedia, está esencialmente en función de la organización de la misma y de su objetivo.

La mayoría de los equipos que tienen experiencia en este tipo de estructuras o en programas de readaptación psicosocial consideran que no hay «criterios de selección» o «indicaciones» preestablecidas. Sin embargo la experiencia demuestra que sí que existen una serie de contraindicaciones formales, se trata de los enfermos que presentan comportamientos antisociales (psicópatas, perversos, delincuentes) y de los que son vectores de una patología con alto poder de contaminación (toxicómanos y alcohólicos). Estos pacientes plantean problemas específicos a los que sólo pueden responder estructuras muy especializadas.

Podemos concluir este apartado



diciendo que si el bienestar individual es el objetivo principal e indiscutible del «arte médico», la reinserción social se considera como uno de los elementos de este «estado de bienestar físico, moral y social» que la OMS define como la salud.

## LAS ESTRUCTURAS INTERMEDIAS Y LA SOCIEDAD

La estructura intermedia saca al enfermo del ghetto asilar. Ella es el teatro donde el psiquiatra intenta redistribuir los papeles. Pero en este papel de director el ciudadano corre el riesgo de percibirlo como el que rompe el juego... y todo caería en el absurdo.

El retorno del enfermo a la comunidad social sólo es posible si se presta la misma atención a la comunidad y al enfermo, el intento de «descalificación sistemática de una de las partes» sólo puede agravar las posiciones encontradas.

La salida de los enfermos de los hospitales psiquiátricos conlleva una serie de problemas como son el mayor número de actos delictivos cometidos por los antiguos inquilinos de los «manicomios» en relación con la población sana y también el rechazo social a los mismos enfermos o a la instalación de una estructura intermedia en la comunidad.

BARON ha intentado enumerar los

distintos tipos de intervenciones posibles para evitar el rechazo por la comunidad a la implantación de una estructura intermedia. Este autor propone una posibilidad que sería utilizar las infraestructuras administrativas, apelando a los medios legales y a los cuadros oficiales para promover la integración; otra posibilidad basada en la colaboración de la comunidad, reagrupando el conjunto de medios que apelan a la capacidad de evolución de la población (información, colaboración en el proyecto, etc.). Estas dos posibilidades se pueden utilizar de forma complementaria. Sin embargo, hay que optar entre la «intervención intensiva» que implica la aprobación y colaboración de la población y la «intervención dulce» que propone una adquisición discreta de los locales, una entrada en contacto progresiva con la población y una mediación entre la comunidad y los pacientes.

Una información previa de la población presenta el doble inconveniente de estigmatizar los pacientes, volviéndoles a atribuir un estatuto particular y, sobre todo, puede implicar el fracaso del proyecto. Por esta razón, más allá de las estrategias locales, los profesionales de la salud mental cometerían un grave error si olvidaran educar mejor a un público tan sensible a la expresión «es un gran enfermo mental».