

Hardcastle, M., Kennard, D., Grandison, S. y Fagin, L. (Eds.) (2009). *Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria*. Barcelona: Herder. 472 pp.

El presente texto trata de las experiencias vividas por los usuarios, los cuidadores y los trabajadores del pabellón de agudos durante los ingresos de pacientes con trastornos psicóticos; recoge sus emociones y preocupaciones. Además el texto recoge una breve historia de la asistencia psiquiátrica en España, Latinoamérica y Reino Unido. Analiza las necesidades de la asistencia psicológica y psiquiátrica, y se recoge sugerencias, por parte de los colaboradores que participan en el libro, acerca de la mejora de la asistencia psiquiátrica. El texto se enriquece por las referencias bibliográficas.

El texto comienza con el prólogo a la edición española y una breve historia de la asistencia psiquiátrica en España por Jorge L. Tizón. Le sigue una breve historia de la asistencia psiquiátrica hospitalaria en Latinoamérica por Miguel A. Cherro Aguerre, que hace un recorrido por Uruguay, Argentina, Brasil, México, Cuba y Chile. Por último hay un prefacio de Rachel Perkins y Malcolm Rae. En este texto han participado cincuenta colaboradores y consta de cinco partes. Cada capítulo de la primera, segunda y tercera parte termina con unas preguntas y temas para debatir, y un ejercicio; los cuales invitan a reflexionar sobre los contenidos tratados. Además, cada relato es seguido por comentarios escritos por diferentes profesionales.

Primera Parte: capítulos 1 a 3. Introducción. El primer capítulo es una introducción a la temática del libro donde se hace un breve comentario de la estructura del libro. En los capítulos dos y tres se narra una breve historia de la asistencia hospitalaria en Reino Unido hasta la actualidad, incluye narraciones en primera persona de usuarios de los servicios psiquiátricos.

Segunda Parte: capítulos 4 a 9. Experiencias de los usuarios del servicio. Contiene seis relatos sobre la atención de pacientes agudos adultos. 1. Nigel se siente incomprendido, relata su tristeza y sufrimiento ante la experiencia psicótica. Critica las reglas absurdas del pabellón. La conducta de algunos trabajadores del pabellón es inapropiada y hacen que Nigel se sienta humillado. Describe cómo la medicación se admi-

nistra a los pacientes, que tienen que guardar cola obligatoriamente todos los días para obtenerla. 2. Janey habla de dos tipos de aburrimiento que siente en el pabellón: uno físico, provocado por tener muchas horas que llenar, y otro químico, el efecto secundario de la medicación, que produce además sedación y una sensación desagradable que le impide a uno concentrarse en cualquier tarea. Hay medicinas que interfieren en el estado de ánimo y hacen que todo sea gris y uno no se interese por nada. 3. Kevin sufre un trastorno bipolar. No le explican los efectos de la medicación y tiene que descubrirlos él mismo. Necesita comunicar su angustia y sentirse comprendido. Es sometido a sujeción física y le pinchan sin compasión ni comprensión, en actitud militar, le resulta aterrador. Para vencer la depresión se somete a electroshock, lo cual le levantó el ánimo. Habla de la influencia negativa de otros pacientes en el pabellón, y que en pocos enfermeros psiquiátricos encontró amor y paciencia. 4. Clare habla de la sujeción mecánica, la experiencia de ser inmovilizado resulta traumática y deja cicatrices psicológicas duraderas. Produce conmoción y temor en la persona inmovilizada y en las personas que lo presencian, y puede provocar retraumatización en víctimas de violencia y abusos, y reforzar sentimientos de inutilidad y violación. 5. Gina es una adolescente que narra su experiencia de la enfermedad mental, sus alucinaciones, delirios, su dolor, miedo, sus intentos de suicidio, y su hospitalización. Escribe sobre la unidad de adolescentes, la habitación que compartía, cómo quería paz y tranquilidad y lo difícil que era conseguirlo. Las tareas domésticas, la escuela y la medicación, que la ayudó a retomar el control. Las reuniones mensuales con la asistente social, el enfermero y su familia; y la percepción de que nadie tenía en cuenta sus problemas emocionales. Afrontar la muerte, la psicoterapia, la educación sobre el sexo; las salidas y excursiones, y los fines de semana en casa. El hospital le dio a Gina espacio y tiempo para existir. La rutina y los límites marcados la hacían sentirse segura. 6. Joe se sentía humillado. Su estancia en el hospital no fue agradable, recuerda el aire triste y viciado al entrar, se siente alterado y tenso. Se siente atrapado en el pasado y el tiempo pasa muy

espacio, no hay nada que hacer, y todo el mundo observa sus movimientos. El ambiente es extraño, desconfía de las personas y del lugar, no entiende que está pasando, no se siente acogido, y necesita personas que le hagan reír y le ayuden a calmarle. Su objetivo es salir del hospital lo antes posible. Le practicaron sujeción mecánica, se sintió intimidado.

Tercera Parte: capítulos 10 a 13. Experiencias de los cuidadores. Contiene el relato de 5 cuidadores. 1. David se pregunta ¿por qué a nosotros?, narra la experiencia de su hija Monica, a la que diagnostican de esquizofrenia a los 17 años, y fue ingresada en el pabellón de adultos. Habla de la sensación de fracaso personal al no lograr contener los síntomas de su hija, y al ingresarla en el hospital, de los sentimientos de culpa, miedo, confusión y desvalimiento, rabia, angustia, desesperación, temor por el futuro, y pérdida de control del proceso. Percibe el ambiente caótico y amenazador del pabellón, el aburrimiento contagioso, que hace empeorar a su hija. Monica mejora con la medicación. 2. La narración del padre de un hijo con psicosis que ayuda a la policía a ingresar a su hijo en contra de su voluntad. Sentimientos ansiedad, preocupación, insomnio por no entender qué sucede. El personal no le informa ni le explican qué le pasa a su hijo, por “motivos de confidencialidad”. El padre se siente invisible, excluido y defraudado por no estar implicado en el tratamiento de su hijo. Nadie le dice qué hacer para ver a su hijo. Todo el personal está ocupado. Nadie se pone en contacto con el padre, salvo cuando van a dar de alta a su hijo. El personal parece no interesarse por la vida del paciente ni las necesidades de la familia. 3. Charlotte narra la experiencia de internamiento de su marido Peter, diagnosticado de esquizofrenia. Charlotte siente tristeza, confusión, desesperación, frustración, culpa, ansiedad. Peter presenta estrés por hospitalización. Se prohíbe el confort humano, el sexo y la intimidad. Nunca hablaron de este tema con el personal en el hospital, es un tema tabú. El paciente en el hospital tiene que aguantar la confusión, el miedo, la angustia, las interrupciones, el ruido, el personal de limpieza, un ambiente con unas normas ajenas a las que se establecen en la vida normal. 4. Judith habla de la experiencia de

ingreso de su hija y el gran estrés que experimentó. Se siente frustrada, enfadada, aislada y muy vulnerable. No recibe apoyo ni información sobre el trastorno de su hija. La enfermedad mental le parece extraña, impredecible y aterradora. Les atiende un psiquiatra amable, humano, cordial, que escucha y transmite esperanza. Los trabajadores del pabellón muestran desinterés. No dan información sobre los trastornos mentales, ni organizaciones de apoyo, ni sobre las reglas y rutinas del pabellón, ni dan consuelo a los familiares. Las normas del pabellón son absurdas. Es necesario ser anónimo para sobrevivir en el pabellón. Los cuidadores son tratados sin consideración. 5. Daniel y Jo hablan de su hija Lorraine que intentó suicidarse. Se sienten agradecidos por la atención recibida y el tratamiento de su hija en un hospital de rehabilitación independiente, donde la plantilla trabaja en equipo y con unos objetivos. Son padres que sienten preocupación y angustia. En el hospital público ven a su hija con otros pacientes que son toxicómanos y alcohólicos en el pabellón. Señalan la necesidad de recursos hospitalarios alternativos para jóvenes en primeros episodios de trastorno mental grave. Hablan del estrés ante la enfermedad de su hija, cómo les cambia la vida familiar en momentos de crisis, y cómo se expresan muchas emociones; necesitan recuperarse. El entorno del hospital público es físicamente deficiente, produce aburrimiento, inactividad, con unos trabajadores poco dispuestos a comprometerse, dejados, desinteresados, con carencia de actividades con los pacientes, dan de alta a los pacientes sin estar bien, con sobreocupación de camas, falta de personal, bajos niveles de estado de ánimo del personal.

Cuarta Parte: capítulos 14 a 23. Experiencias de los trabajadores en salud mental. Comprende los relatos de diez trabajadores del hospital. 1. Richard, psiquiatra, cuenta su primera impresión al entrar en la unidad de agudos: miedo, confusión y angustia. Los trabajadores esperan del psiquiatra que proporcione sedación a los pacientes. Hablar con los pacientes está mal visto. El psiquiatra necesita hablar de sus propias emociones, inquietudes, miedos, y preocupaciones, y necesita un espacio adecuado. Para sobrevivir hay que seguir las reglas y hacer que

todo esté tranquilo, enseñar a los pacientes a ser irreflexivos, dependientes y serviles. 2. Anna, enfermera, dice que el modelo médico es la perspectiva más influyente que forma el cuidado del paciente, el médico es quien tiene la última palabra. La comunicación es descendente y se pierde información porque hay muchas cosas que transmitir. Los ingresos se basan en las evaluaciones de riesgo más que en una comprensión más completa de la naturaleza de la crisis del paciente. Se mejora el rendimiento utilizando equipos de resolución de crisis, ingresos con objetivos claros, y contar con la ayuda de los servicios comunitarios. Hay muchos casos en el pabellón, y mucho trabajo administrativo, poco tiempo para atender a los pacientes. 3. Louisa, auxiliar de limpieza. Refiere que el área de ingresos de agudos es estresante, y siente miedo cuando la gente está angustiada y es agresiva. Es importante poder tener estabilidad laboral y poder trabajar siempre en las mismas áreas. Se necesita más formación para el personal. Además, es necesario delimitar las funciones y tareas del personal. 4. Paul, auxiliar de enfermería, señala la falta atención a los pacientes difíciles. Siente rabia al ver a pacientes esposados ingresados por la fuerza. Se juzga la moralidad de los pacientes. Experimenta satisfacción cuando los pacientes agradecen el apoyo recibido, son dados de alta y se recuperan. Hay pacientes que no son aptos para estar en la unidad de agudos, esto afecta a otros pacientes. Denuncia que falta personal. Las decisiones suelen estar centradas en presupuestos y objetivos y no centradas en las necesidades del paciente. Los trabajadores están muy ocupados, no escuchan a los pacientes. 5. Catherine, psicóloga clínica, se sentía al margen. Dice que es importante estar ahí y dar a conocer el lado emocional, escuchar y hablar con el paciente. Señala cómo la seguridad en el pabellón se traduce en las puertas cerradas. Los psicólogos no son de mucha ayuda en las emergencias. 6. William, psiquiatra, cuenta cómo el pabellón produce ansiedad y aprensión. Los pacientes difíciles de contener provocan en el psiquiatra muchas emociones, y las crisis no resueltas crean sentimiento de culpa. Se debe conservar la capacidad para pensar sobre lo que sucede al paciente, su familia, el personal, otros pacientes

y a uno mismo. 7. Geoff, enfermero, habla de tomar el control, de sentimientos complejos y negativos, de la presencia humana positiva y auténtica que tienen los pacientes, y de las relaciones cordiales que se pueden desarrollar. Los pabellones hospitalarios son lugares extraños llenos de personas extrañas y reglas extrañas. Los pacientes y los trabajadores están asustados porque perciben que se encuentran bajo cierto tipo de amenaza física directa. Los pacientes son una masa homogénea que esperan que los profesionales interactúen con ellos. El paciente que vive angustia real provoca en el personal sentimientos de irritación, culpabilidad, vergüenza; y provoca un nerviosismo en todo el pabellón que irradia la angustia y aumenta el estrés, produciendo un efecto negativo en otros pacientes. La intervención que se define como “la respuesta” es medicar al paciente. 8. Kate, terapeuta ocupacional. Trabaja entrenando a los pacientes en habilidades sociales. Problemas de los pacientes: la ansiedad, la falta de sueño por la angustia, y el efecto de la sobremedicación. Se necesita una red de apoyo social. Los pacientes pueden perder habilidades cuando se da una mezcla de desesperanza, pérdida de confianza y autoestima. Es necesario un clima de colaboración en enfermería, la formación de terapeutas en intervención familiar y psicosocial, en formar en habilidades al paciente y darle oportunidades en su vida cotidiana. 9. Jenny, directora de un hospital independiente, cuenta cómo ve a la persona más que a la enfermedad. La vida cotidiana normal es el punto de referencia para la calidad de vida del paciente. Es importante mejorar el ambiente físico hospitalario, y establecer actividades alternativas, fuentes de placer. Jenny escucha, y ofrece ayuda y consejo a los pacientes. Los hospitales están dirigidos para el beneficio de la plantilla más que para el de los pacientes. 10. Mike, capellán del hospital, habla de buscar significado. Los pacientes angustiados necesitan apoyo y cariño. Es importante fomentar la conciencia espiritual entre los profesionales de la salud mental para conseguir que los pacientes se sientan valorados. La importancia de hablar con los pacientes y valorarlos, y trabajar con la realidad del paciente: la significación, la finalidad, la esperanza y el valor. La espiritualidad

supone transmitir a los demás que sí importan. La mayoría de los pacientes creen que no valen nada y caen en la desesperación, la cólera y la desesperanza.

Quinta Parte. Epílogo. El texto termina con un capítulo donde se contemplan posibles acciones para que la asistencia hospitalaria sea una experiencia mejor. Abarca seis temas: 1. Ser humano y ser uno mismo. El impacto en uno mismo y en los cuidadores del diagnóstico de esquizofrenia. La necesidad de la persona enferma de reconocimiento como ser humano por parte de los demás. 2. Explicar qué sucede y por qué. Los usuarios y cuidadores necesitan información sobre las enfermedades mentales, las ayudas disponibles, los resultados de tratamientos y la recuperación; sobre las rutinas, las reglas y los procesos de toma de decisiones del pabellón. 3. Implicar a los pacientes y familiares en el tratamiento y la planificación de la atención clínica. Transmitir confianza e interés por los pacientes, explicar a los pacientes las formas de controlar los impulsos violentos y dar diferentes alternativas a la inmovilización y sujeción mecánica. Las instrucciones dadas a los pacientes pueden ayudar a los pacientes en el futuro y pueden reducir episodios de crisis. 4. Es necesario cuidar de uno mismo: el valor de la comunicación entre el personal y la importancia de compartir y reflexionar con otros colegas o a través de grupos de apoyo, de supervisión y de práctica reflexiva. 5. Los profesionales de salud mental necesitan reponerse, recuperar el significado y la satisfacción que supone su trabajo, y la humanidad y compasión

que les motivó a esta profesión. El entorno laboral puede activar defensas autoprotectoras (desapego emocional, diagnóstico reduccionista, culpabilización mutua, retirarse a realizar tareas administrativas). 6. Llevar a cabo revisiones prácticas significativas. Conocer lo que sucede en el pabellón, escuchar y hablar con los pacientes, establecer sistemas de acreditación de salud mental hospitalaria de agudos donde se utilice personal clínico preparado. Permitir que los equipos del pabellón valoren cómo funciona el centro: diseño, personal, actividades de planificación, esquemas, seguridad. Establecer estándares e inspecciones de calidad. Involucrar a trabajadores y pacientes activamente.

En mi opinión este texto es necesario y muy enriquecedor para los usuarios de la atención psiquiátrica, para los profesionales de la salud mental y los estudiantes de ciencias de la salud. Es un texto imprescindible para poder mejorar la atención hospitalaria, permite entender cómo son los servicios para los usuarios, y las condiciones de trabajo y problemas que tienen que enfrentar los profesionales que trabajan en los pabellones de agudos. Al narrar las experiencias en el pabellón de agudos, se señalan carencias y se proponen soluciones para poder cambiar la asistencia psicológica y psiquiátrica en pacientes con trastornos psicóticos.

CARLOS M. LEAL

*Facultad de Psicología
Universidad Nacional de
Educación a Distancia, Madrid*