



HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y LO QUE SUBYACE EN LAS ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL



DAVID GIMÉNEZ DÍEZ

Enfermero Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización Parcial a Domicilio CPB SSM-HSCSP. Barcelona.

Profesor asociado. Grado de Enfermería. Universitat Autònoma de Barcelona.

Desde la segunda mitad del siglo pasado¹, con la llamada «reforma psiquiátrica», se está realizando un esfuerzo para dismantelar las prácticas de tipo «manicomial» y ofrecer una atención a la salud mental comunitaria, humanista y con un claro respeto a los derechos de las personas con sufrimiento psíquico. Así, han ido naciendo en nuestro país, y antes en otros, tratamientos y dispositivos orientados a tal fin. Aunque los esfuerzos han sido muchos, y ha transcurrido tiempo (hablamos ya de más de 50 años), todavía se mantienen algunas prácticas custodiales en los cuidados y los abordajes clínicos (cabe remarcar el verbo «abordar» y su uso cotidiano para la práctica asistencial, con lo que ello implica).

En este escenario, desde hace más de 10 años, contamos en España² con dispositivos que ofrecen tratamientos alternativos a la hospitalización convencional en salud mental. Vienen a ser lo que los centros o unidades de salud mental fueron en su día para la atención a la cronicidad, pero, en este caso, se hace referencia a padecimientos «agudos».

La hospitalización a domicilio en salud mental forma parte de la oferta asistencial «alternativa» a la hospitalización convencional. Puede definirse como un proceso asistencial de rango hospitalario; esto implica (entre otras cosas) brindar una atención médica y cuidados de enfermería de carácter intensivo. Se da en el propio entorno del ciudadano, es decir, su hogar y «sus lugares» (aquellos espacios que frecuenta en su quehacer cotidiano, como pueden ser rutas de paseo, allí donde va a tomar un café o la biblioteca del barrio).

Que sean «los lugares» propios del ciudadano donde transiten los cuidados implica que resulte imprescindible que la enfermera de salud mental y el resto del equipo terapéutico se adapten a los ritmos, tiempos, tendencia e idiosincrasia de la vida de cada persona tratada.

Así pues, la relación terapéutica en las alternativas a la hospitalización convencional no se entiende en un marco paternalista como es el del modelo biomédico hegemónico³ y requiere de un encuadre horizontal con el otro, es decir, valga la redundancia, no paternalista, que respete



y entienda en un mismo nivel los saberes de la persona atendida («saberes profanos») y los saberes del profesional («saberes expertos»).

La relación terapéutica debe ser siempre horizontal y respetuosa con los saberes del «no profesional» (dígase paciente, usuario, persona atendida). Así, los tratamientos que no se dan en estructuras hospitalarias o de consulta requieren de más pactos con el que está padeciendo, trabajar con la incertidumbre y aceptar las limitaciones que tenemos como profesionales ante el padecimiento psíquico del otro. A diferencia de algunas prácticas más convencionales (no todas ellas, por supuesto), que, bajo el paraguas del modelo biomédico hegemónico, todavía se siguen imponiendo —con la mejor de las intenciones, y no digo esto con «mala intención»— a muchas personas debido a *statu quo* (relación de poder entre profesional y paciente) histórico y todavía imperante en muchas de las instituciones psiquiátricas.

Así, puede entenderse que los beneficios de la hospitalización a domicilio, así como de otras alternativas a la hospitalización convencional, van más allá de sus objetivos principales⁴ (reducción del número de ingresos en salas de agudos; reducción de costes, mantener al paciente en su entorno, trabajando directamente con su red social; potenciar la continuidad de cuidados mediante el trabajo integrador con el resto de los profesionales de la red; normalizar la asistencia a la persona diagnosticada de trastorno mental a través del trabajo terapéutico desarrollado por psiquiatras y enfermeras de salud mental en el domicilio y contextos habituales de la persona, evitando, así, en la medida de lo posible, el estigma social; mejorar la calidad de vida y la satisfacción de los usuarios, etc.).

Alternativas como la hospitalización domiciliaria implican y reclaman un cambio en los cuidados, un cambio en el trato, un cambio en la atención: abandonar y alejarnos más de las visiones reduccionistas, simplistas, desesperanzadoras, paternalistas, de tipo impositivo, y acercarnos al otro en sufrimiento psíquico respetando el saber de sus vivencias, y coconstruyendo junto a él/ella una narrativa y una serie de estrategias de autocuidado que se traduzcan en un proceso de recuperación.

Las alternativas a la hospitalización convencional exigen de nosotros seguir con el camino de la desinstitucionalización de las personas con padecimientos psíquicos, ahora «desaprendiendo» parte de lo aprendido, evitando lo custodial tanto dentro como fuera de las instituciones; como enfermeras de salud mental, tenemos la responsabilidad y obligación de garantizar que la reforma que hace años empezó se siga resolviendo, y que los poderes en las relaciones profesional-persona atendida se sigan equilibrando.

La reforma psiquiátrica no terminó. Continúa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2011;85(5):427-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-5727201100050002&lng=e.
2. Megías F, Aguilar EJ, Silvestre F. Hospitalización domiciliaria. Salud mental. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES); 2004.
3. Correa-Urquiza M. La irrupción posible del saber profano. Hacia una construcción colectiva del conocimiento en salud mental. Temps d'Educació. 2014;47:63-75.
4. Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis resolution and home treatment in mental health. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.