

## «MEMORIA DEL SERVICIO DE ALCOHOLICOS Y TOXICOMANOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE BETERA (VALENCIA)»

HERRERO LORENZO, R. \*

1. La enfermedad alcohólica no procede de una sola causa (1) (la intoxicación por la sustancia alcohol), sino por una serie de factores culturales, normativos, históricos, económicos y políticos que inciden en la sociedad; por lo tanto en la curación y prevención de esta enfermedad es fundamental no sólo la acción sanitaria, sino también la de los trabajadores sociales (2) y la integración del equipo en un grupo interprofesional de pedagogos, abogados labora-  
listas...

2. LA HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA, que en ocasiones es fundamental en la rehabilitación del enfermo, puede ser evitada en muchas ocasiones mediante la *asistencia ambulatoria y la información a la comunidad*. Asimismo, con una asistencia *extrahospitalaria adecuada* el tratamiento hospitalario de los enfermos ingresados se reduciría y sería posible un seguimiento que *disminuirían los reingresos y aumentaría la calidad de la asistencia*.

3. Las ASOCIACIONES de enfermos rehabilitados, junto con las CASAS A MEDIO CAMINO, facilitan la socialización del enfermo agudo y crónico, respectivamente; además estas últimas evitan la acumulación de enfermos crónicos en el hospital, haciendo a éste más funcional.

4. La ASISTENCIA SOMATICA es fundamental, de tal forma que es imprescindible la cercanía de un servicio de medicina interna y especialidades médicas lo más completo posible, para estudio somático sistematizado, hospitalizaciones en servicio de digestivo, cardiología..., ya que estos enfermos tienen gran incidencia de enfermedades físicas y las complicaciones somáticas de la enfermedad alcohólica son frecuentes, graves y progresivas.

5. La PREVENCIÓN de la enfermedad alcohólica mediante una adecuada *información* a la población y a los médicos y demás interesados por la sanidad provincial es un objetivo irrenunciable, ya que somos conscientes que a la vez que tratamos un enfermo están enfermando muchos otros hombres en la comunidad.

\* Jefe clínico del H. P. de Bétera.

6. La **SECTORIZACION**, realizada mediante un *dispensario*, y un pequeño número de camas en los *hospitales comarcales*, en cada cabeza de sector, permitirá una asistencia médica más completa, precoz y eficaz. En esta estructura la *asistencia social* adquirirá un significado mucho más real que el que tiene en el hospital psiquiátrico.

## **HISTORIA DEL SERVICIO**

En 1963 en el Hospital Psiquiátrico de Patraix se funda la primera asistencia organizada al alcoholismo en Valencia: los pacientes alcohólicos tienen la posibilidad de ser tratados por personal que, concienciado en su problemática médico-social y con vocación e interés personal por el problema, no postergan su asistencia a otros problemas mentales más urgentes o, en opinión de algunos técnicos, más importantes. Téngase en cuenta que aún en 1974 existen estadísticas de permanencia en hospitales psiquiátricos de alcohólicos durante 8 y 4 años (3), mientras que en 1975 en nuestro servicio la asistencia media es de 71 días, a pesar de que naturalmente contamos con enfermos crónicos e inveterados que nos aumentan la media de hospitalización y somos conscientes que una nueva estructuración del servicio, con asistencia extrahospitalaria, puede reducirla más, mejorando la asistencia psicosocial del paciente.

A pesar de lo reducido de la plantilla del Servicio de Jesús (un médico y posteriormente una asistente social), en 1970 existen en Valencia un número suficiente de alcohólicos rehabilitados para fundar A. V. EX. (Asociación Valenciana de Ex-Alcohólicos), que adecúa unos locales en Valencia en donde gracias a la colaboración del Dispensario Antialcohólico de Sanidad Nacional de Valencia se organiza una asistencia dispensarial y de psicoterapias para pacientes y familiares.

En diciembre de 1973 se traslada el Servicio al Hospital Psiquiátrico de Bétera; mejoran enormemente los medios materiales y sobre todo al ser ampliada la plantilla de personal tratante mejora la calidad y la organización de la asistencia. El Servicio se instala en el pabellón núm. 2, con 87 camas. La plantilla fue de tres médicos, dos médicos residentes en turnos rotatorios, dos trabajadoras sociales, un A. T. S. y 14 auxiliares psiquiátricos, que se distribuyen en tres turnos durante las 24 horas del día.

En marzo de 1976 se traslada el Servicio al pabellón número 12; se amplían las camas a 100 por necesitarlo en dos temporadas anuales en que el número de pacientes era mayor que el número de camas; se amplían las zonas de tratamiento social al ser más capaz el edificio. El objetivo del Servicio se desplaza de la asistencia

intrahospitalaria a la extrahospitalaria. Se intenta trabajar en una estructura sectorial. La plantilla se aumenta a 16 auxiliares y un médico adjunto.

En enero de 1977 se hace asistencia dispensarial en Gandía, a cargo del doctor Miguel Angel Torres y la trabajadora social señorita Pepa Gómez. En mayo del mismo año, en Puerto de Sagunto, a cargo del doctor Rafael Herrero y la trabajadora social señorita Concha Frutos. En las mismas fechas, y en Alcira, se inicia un dispensario a cargo del doctor José Gómez y la señorita Teresa Yeves. En octubre de 1977, en el ambulatorio de la Seguridad Social de Torrente, a cargo del doctor Jesús Bedate y la señorita Amparo Arocas.

De forma desinteresada y por sólo estímulo profesional han colaborado un equipo de alumnos de psicología y de la Escuela de Asistentes Sociales.

En noviembre de 1977 se ha puesto en funcionamiento la Asociación de Ex-Alcohólicos de Gandía, en conexión con el equipo terapéutico.

## **PERSONAL Y DATOS DE ASISTENCIA**

En 1974 ingresan en nuestro Servicio 208 pacientes y reingresan 20; el personal del servicio durante este año fue progresivamente aumentado hasta alcanzar 25 trabajadores. Como los ingresos totales del hospital fueron 585, se puede concluir que en este año el 35'5 % de los ingresos del hospital fueron tratados por el 4'7 % del personal, que es la proporción que corresponde al Servicio de Alcoholismo. Hay 124 altas en este año.

En 1975 el Servicio trató el 29'5 % de los ingresos con igual proporción de personal. El número de altas prácticamente se duplica con respecto al año pasado, 218 altas.

En 1976 aumenta el número del personal tratante a 30 miembros; ingresa en el servicio el 37 % de los ingresos totales, que es atendido por el 5'7 % del personal total; las altas aumentan a 325.

Durante 1977 (contando sólo hasta finales de septiembre de este año) el Servicio ha tratado casi el 50 % de los ingresos (443 ingresos totales y 223 en el Servicio); como la plantilla ha sido aumentada sólo en 4 personas, este 50 % de ingresos ha sido tratado por el 6'4 % del personal del hospital.

Pero el rendimiento del equipo, además de por estos datos cuantitativos, puede ser medido por las reformas cualitativas realizadas durante estos años en la asistencia.

## MEJORAS INTRAHOSPITALARIAS

1. Aumento de las horas de psicoterapia: además de las psicoterapias individuales realizadas por todos los miembros del equipo bajo la coordinación del médico y según las necesidades del paciente, se realizan actualmente cuatro horas semanales de PSICOTERAPIA DE GRUPO, tres de estas horas son realizadas por el médico y una por el A. T. S. del Servicio.

2. Se realiza una información sistemática sobre los problemas del alcoholismo y las toxicomanías a dos grupos de personas:

- a) Pacientes ingresados: mediante conferencias informativas dos veces por semana; se utilizan esquemas, diapositivas y toda clase de medios para hacer más fácil la información. Posteriormente los resultados son medidos y reelaborados en pequeñas reuniones por el A. T. S. del Servicio.
- b) Familiares de los pacientes: mediante reuniones sistemáticas de ellos junto al paciente con el médico y/o la trabajadora social; se suele dedicar un día a la semana para este tipo de reuniones. Asimismo, en la psicoterapia extrahospitalaria asisten los familiares junto con el enfermo.

3. Mejora de organización administrativa: comedor en el propio Servicio, con autoservicio parcial de la comida, ayudado por los auxiliares. Asambleas semanales donde se intenta la mayor participación posible de los enfermos en la organización del Servicio.

4. Organización de unos talleres de rehabilitación y terapia ocupacional. En la actualidad se han organizado: encuadernación de libros, carpintería y artesanía, este último funciona de forma esporádica y según las aficiones de los internados.

## MEJORAS EN LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA

### 1. Dispensarios

- a) *Dispensario de Valencia*: Cada equipo de sector, un día a la semana, realiza la siguiente asistencia: consulta médica y social durante dos horas. Psicoterapia para enfermos y familiares durante una hora. Suele hacerse por la tarde, acomodándose al horario laboral de los pacientes. Se atiende sobre todo a los pacientes de Valencia y zonas limítrofes o bien comunicadas con la capital.
- b) *Dispensario de provincia*: El equipo se desplaza dos días a la semana a las cabeceras de sector. Los horarios de visita

médica y psicoterapia son realizados según las características laborales de la zona. El segundo día se consagra a la prevención.

## **2. Hospitales comarcales**

En la actualidad el Servicio cuenta con dos camas en el sector de Alcira, y se le han ofrecido por la Seguridad Social otras dos en el sector de Gandía.

Pensamos que si dispusiéramos de cinco camas en cada sector y de personal adecuado y con la colaboración del personal de los hospitales comarcales, mejoraría notablemente la asistencia del enfermo alcohólico al poder ser atendido en su propia comarca.

## **3. Informativa**

- a) *A la población en general:* Mediante conferencias en asociaciones de vecinos y demás instituciones que se muestren interesadas en el tema.
- b) *A los médicos de la provincia:* Mediante el contacto sistemático a través del enfermo e incluso por publicaciones periódicas o conferencias dirigidas a ellos.
- c) *A técnicos de la lucha antialcohólica del resto de España:* Mediante la publicación de "DROGALCOHOL", que se edita en nuestro Servicio, sin ningún tipo de ayuda económica oficial, patrocinada por los laboratorios farmacéuticos, y que actualmente tiene 500 suscripciones en España y 50 en el extranjero, la mayoría de estas últimas mediante intercambios con publicaciones o información de otros países.

Mediante contactos con fuerzas políticas, pedagogos, abogados laboristas y penalistas, jueces..., se intenta, además de solucionar los problemas actuales, hacer cambiar la actitud social frente a la enfermedad alcohólica.

## **NECESIDADES DE PLANTILLA**

*Psicólogo:* Tanto a nivel de asistencia hospitalaria como extrahospitalaria es imprescindible. Su función sería la coordinación de la psicoterapia de los enfermos hospitalizados y la medida de actitudes de la población frente a la problemática alcohólica en la extrahospitalaria. Sería asimismo encargado de la coordinación de la medida objetiva de los resultados obtenidos por la acción del equipo.

A. T. S.: Sería necesario aumentar hasta cuatro plazas la plantilla (actualmente sólo disponemos de una), sobre todo para conseguir una asistencia extrahospitalaria correcta. Sus funciones serían:

- 1.º Las específicas de la profesión, curas, inyectables, goteros..., tanto para los enfermos ingresados en el Servicio como en los hospitales comarcales; cada uno de los A. T. S. sería designado a un hospital comarcal.
- 2.º Sería el técnico especializado en alcoholismo y toxicomanías el que estaría prácticamente de una forma constante en el hospital comarcal.

## NOTAS

---

(1) BOGANI MIQUEL, EMILIO: "Sociogénesis del alcoholismo", *Drogalcohol*, año 1, núm. 2, abril 1976.

(2) III Jornadas Nacionales de Asistentes Sociales, Pamplona, octubre 1977. En dichas Jornadas se afirma la necesidad del trabajo social y se propone el cambio de nombre: asistente social por trabajador/a social.

(3) MUÑOZ, PEDRO E.: "Análisis sociológico de la población de un hospital psiquiátrico tradicional", *Argibide*, cuaderno de salud mental, año 1, número 1, junio 1977.