



Evolución de las necesidades de alojamiento en pacientes desinstitucionalizados hace dos décadas

Margarita M. Hernanz

Psiquiatra. Responsable del Servicio de Rehabilitación Comunitaria de Álava

INTRODUCCIÓN

El Servicio de rehabilitación Comunitaria (SRC) de Álava dependiente de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud es una estructura intermedia que presta soporte comunitario y seguimiento psiquiátrico tanto a pacientes que se externalizaron del antiguo hospital psiquiátrico de Vitoria entre los años 1982 y 1991, como a los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) que se le han derivado desde esa época. El modelo actual de trabajo comparte características de los definidos como Centros de Rehabilitación Psicosocial y de Tratamiento Asertivo Comunitario con el objetivo de lograr la integración en la comunidad y mejorar el desempeño psicosocial de los pacientes que atiende.

Los objetivos del siguiente artículo son dar a conocer la situación actual de pacientes con relación a su alojamiento, comparar los datos de su lugar de residencia a finales de la desinstitucionalización y en la actualidad y enunciar las necesidades futuras.

DESCRIPCIÓN HISTÓRICA

Los pacientes que provenían de la desinstitucionalización hospitalaria, una vez integrados en la comunidad, pasaban a residir en una red de alojamientos supervisados por el Servicio de Rehabilitación Comunitaria, constituida por

pisos alquilados o pensiones que facilitaban el alojamiento de aquellos pacientes que carecían de familia o que no podían convivir con la misma.

Inicialmente el Hospital Psiquiátrico (dependiente de Diputación) fue quien se hizo cargo de costear los alojamientos. A lo largo del tiempo y con los cambios normativos, es el propio paciente quien se costea el alojamiento con la gestión de las ayudas pertinentes en cada caso (antes de la promulgación de la llamada coloquialmente “Ley de Dependencia”): pensiones de invalidez, jubilación, no contributivas, emergencia social, etc.

A lo largo de la desinstitucionalización no se forzó a los pacientes a residir en pisos compartidos si el paciente deseaba un alojamiento más tutelado como las pensiones, aceptando sus preferencias dentro de los recursos disponibles.

A pesar de las reticencias iniciales por parte tanto de familiares como de la comunidad en general, en estos años no hay que señalar problemas importantes de convivencia o quejas reiteradas por parte del vecindario.

TIPOS DE ALOJAMIENTO

Los Programas de Rehabilitación psicosocial enfatizan la necesidad de que los pacientes



con Trastornos Mentales Graves puedan elegir, acceder y mantenerse en viviendas lo más normalizadas posible y que se articulen programas individualizados de entrenamiento en habilidades, sistemas de apoyo y soporte ágiles, flexibles y continuadas que ayuden al usuario a desenvolverse con la mayor autonomía posible en su vivienda. Se trata de ir articulando una especie de escalera de recursos con alojamientos comunitarios para enfermos psiquiátricos que ofrezcan respuesta a sus diferentes necesidades y niveles de funcionamiento y les preparen progresivamente para ir avanzado en su autonomía personal.

Carling y Rideway desarrollan el concepto de “continuum residencial” en 1985, estructurándolo en torno a la restricción, la supervisión e intensidad de la misma, presencia de personal técnico y normalizado o la especialización del dispositivo.

A la hora de intentar nominar los alojamientos nos encontramos que hay diversas terminologías relacionadas con la “supervisión ofertada” que se proporciona. Por ejemplo en la terminología inglesa se habla de de “casas a medio camino” (half way houses) cuando la supervisión ofertada fuera del recinto hospitalario es de 24, muy similares a los hogares post-cura de la psiquiatría de sector francesa. Los “apartamentos supervisados” como el conjunto de alojamientos fuera del Hospital, uno de los cuales es ocupado por el personal y el resto por los enfermos reinsertados, o mini residencias de 20–30 plazas, los pisos supervisados y las pensiones concertadas de la experiencia madrileña o las casas hogar como recursos supervisados, los recursos asistidos las 24 horas o el apoyo domiciliario para pisos, pensiones, domicilio de la práctica andaluza.

Pasamos a describir los tipos de alojamientos que utilizan los pacientes del SRC —basado en la nomenclatura utilizada en el documento del Gobierno Vasco sobre directrices y recomendaciones para la reubicación de personas ingre-

sadas en disposición favorable para ser reinsertados— así como el nivel de supervisión con el que cuenta cada uno de ellos para poder detallar a continuación la situación residencial de los mismos:

Alojamientos residenciales supervisados: son gestionados y atendidos por Asociaciones la mayoría con convenio con Servicios Sociales. El tamaño es variable entre 6 y 30 camas. Prestan servicios hosteleros, se ocupan del ocio y tiempo libre de los residentes y de la supervisión 24 horas por personal no cualificado. Los pacientes con TMG que se alojan en estas residencias tienen un nivel medio de autonomía, sin grandes dependencias físicas. Por parte de los monitores del SRC se realizan labores de coordinación directa con los monitores del alojamiento para supervisar las necesidades y la continuidad de cuidados que precisan los pacientes, la intervención del monitor referente y del monitor de guardia del SRC puede ser solicitada siempre que la situación lo requiera.

Pensiones supervisadas, por lo general prestan servicios de limpieza, lavandería y alimentación. La supervisión se centra en la administración de la medicación, el cumplimiento de horarios, higiene personal, la detección de problemas de convivencia, de síntomas prodrómicos de recaída o de enfermedad somática. Lo habitual es una supervisión intermitente (horas de las comidas) y falta de supervisión sobre todo por la noche. Desde el SRC se realiza la coordinación con los patronos para el seguimiento de los pacientes.

Piso supervisado: alquilado por un grupo de pacientes o propiedad del usuario. Requiere un alto nivel de autonomía, las mujeres realizan ellas mismas la mayor parte de las tareas domésticas, los hombres precisan ayuda complementaria de empleada de hogar para limpieza y comida. El grado de supervisión o apoyo por parte de los monitores del SRC depende del nivel de autonomía de los pacientes, va desde la asistencia diaria (menos de 7 horas) a



la semanal/quincenal programada con los propios pacientes en la vivienda para evaluar todo lo referente al funcionamiento del piso y las relaciones interpersonales.

Domicilio personal: “familiar o particular” el usuario convive con su familia o vive solo en este caso se requiere un alto nivel de autonomía y precisa exclusivamente supervisión de forma puntual.

Otros alojamientos para algunos pacientes que acuden al SRC se encuentran ingresados en Unidades de Media estancia o Rehabilitación Hospitalaria y están participando de programas de preparación alta, donde reciben la supervisión necesaria.

PROGRAMA DE ALOJAMIENTO EN EL SRC

El **Programa de Alojamiento** desarrollado por el SRC tiene como finalidad ayudar en la búsqueda, mantenimiento y supervisión del lugar de residencia habitual del paciente para que viva dignamente y con arreglo a sus necesidades de cuidados y dependencia.

Incluye las siguientes **áreas de trabajo:**
Búsqueda del alojamiento más idóneo, solicitud y cumplimentación de la documentación necesaria, gestión de las ayudas necesarias para costearlo, supervisión de las habilidades necesarias para mantener el alojamiento como limpieza, orden, compras, almacenamiento, alimentación, horarios, etc.; gestión con los propietarios para formalizar contratos, gestión de gastos generales y reparaciones, relación con el vecindario, resolución de conflictos con otros compañeros de vivienda, en el caso de que el alojamiento tenga supervisión por otra entidad, se realiza la coordinación con los monitores y la supervisión de que en su domicilio se lleva a cabo el programa de intervención psicosocial diseñado para el paciente. Atención continuada en programa Asertivo Comunitario las 24 horas mediante un monitor de guardia.

Se utilizan los alojamientos antes descritos: Alojamientos residenciales supervisados, Pensiones de patronos, Domicilio familiar o particular, Unidad de Hospitalización, residencia de ancianos, etc.

Descripción de los alojamientos utilizados por pacientes desinstitucionalizados (1989)

Tipo de alojamiento	Supervisión alojamiento	Supervisión monitor SRC	Nº personas	%
Piso familiar	Familia	Indirecta	6	5
Piso propio	Apoyo familia	Según necesidad	3	2.5
2 Caseríos rurales	Patronos	No	2	1.5
9 Pensiones supervisadas	Intermitente	Indirecta	58	30
8 Pisos supervisados	Según necesidad	Diaria a quincenal	33	51
1 Residencia supervisada	< 8 horas	< 8 horas	11	10
Total			113	100



Criterios generales para el Alojamiento Alternativo en 2007

Cuando se detecta una imposibilidad para la convivencia en el medio habitual de residencia del paciente, por lo general con su familia de origen o familia creada por él mismo, se procede a la derivación a un alojamiento alternativo en el que se tienen en cuenta las necesidades de supervisión y tutelaje, el grado de autonomía del paciente, sin olvidarnos de los recursos económicos que posee para poder hacer frente a los gastos del mismo.

La derivación de los usuarios a pensiones y pisos alquilados con supervisión variable se gestiona directamente desde el SRC. Para ser admitido en los alojamientos concertados con Servicios Sociales se requiere la cumplimentación del dossier de solicitud y la aceptación por la comisión mixta de servicios sociales y salud mental correspondiente (antes de la aplicación de la llamada abreviadamente Ley de Dependencia). El año 2007 ha supuesto un periodo de transición en el cual, debido a la implantación de la valoración de dependencia, no se ha adjudicado ninguna plaza de residencia supervisada.

Los criterios generales de derivación son:

I. Criterios generales para el alojamiento en pisos supervisados:

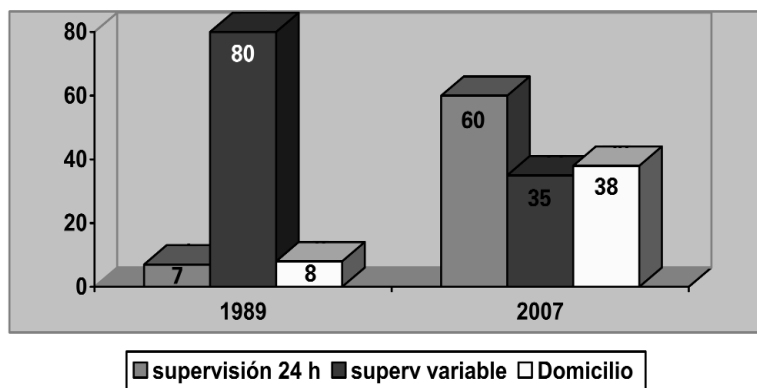
- ✓ Diagnostico de Trastorno mental Grave y en tratamiento en el SRC.

- ✓ Mayor de 18 años.
- ✓ Estabilizado psicopatológicamente y sin alteraciones conductuales graves que impidan la convivencia.
- ✓ Ausencia de familia o imposibilidad de convivencia con ella.
- ✓ Funcionamiento social aceptable con autonomía personal y social suficiente como para poder cuidar de sí mismo.
- ✓ Necesidad parcial de tutelaje o apoyo en las actividades de la vida cotidiana.
- ✓ Capacidad para convivir con otros usuarios
- ✓ Abuso de tóxicos esporádico o inexistente.

2. Criterios generales para el alojamiento en pensiones o residencias supervisadas

- ✓ Además de los criterios anteriormente descritos.
- ✓ Riesgo de descompensaciones frecuentes
- ✓ Alteraciones conductuales que requieran supervisión, pero no menoscaben la convivencia.
- ✓ Leves complicaciones somáticas asociadas: diabetes, hipertensión, dietas, pequeños cuidados de enfermería, etc.
- ✓ Algún nivel de deterioro somático o psíquico.
- ✓ Necesidad de tutelaje o apoyo medio para su funcionamiento.
- ✓ Necesidad de supervisión en la toma de medicación o en habilidades y hábitos de la vida cotidiana.

COMPARACIÓN DE DATOS DE ALOJAMIENTO 1989 y 2007





DESCRIPCIÓN de los ALOJAMIENTOS UTILIZADOS por PACIENTES del SRC (2007)

Tipo de alojamiento	Tiempo de Supervisión	Supervisión monitor SRC	Nº personas	%
Domicilio familiar	Por familia	Indirecta**	55	29
Domicilio propio	Apoyo familia	Según necesidad+	16	9
Piso supervisado	< 4 horas	Diaría a mensual+	29	15
Pensión supervisada	< 12 horas	Indirecta**	20	11
Residencia supervisada	24 horas	Indirecta**	50	27
Hospitalización	24 horas	No	8	4
Otros	Variable	Según necesidad*+	10	5
Total			188	100

(+) La supervisión reseñada se realiza directamente por los monitores del Servicio de Rehabilitación en el caso del domicilio propio, pisos supervisados, siempre en función de las necesidades del paciente, menos de 7 horas y de forma decreciente hasta llegar a un apoyo mensual.

(**) La supervisión reseñada en las pensiones y residencias es la ofertada por los propios alojadores o personal contratado a tal fin sin titulación específica y con coordinación por parte del equipo del SRC según las necesidades y demandas.

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LOS DATOS

En número de pacientes atendidos en el SRC ha aumentado a lo largo de sus años de funcionamiento, pasamos de 102 pacientes en 1989, a 188 en el año 2007.

Llama la atención el cambio en el patrón de utilización de alojamientos entre ambos periodos:

- Ha crecido notablemente el número de pacientes que residen en su hogar (domicilio propio o familiar) pasamos de 7.5% en 1989 a 38% en 2007
- La supervisión diurna y nocturna ha aumentado también de forma importante, en 1989 sólo el 7% residía en alojamientos con supervisión completa mientras que en 2007 el 60% recibía cuidados continuos en su domicilio.

- Los alojamientos con grados de supervisión variable se han reducido notablemente en este intervalo de tiempo, pasando del 80% de pacientes que residían en pensiones y pisos con diversos grados y tipos de supervisión al 35% en el año 2007

Este cambio se ha producido por el crecimiento de alojamientos residenciales con supervisión concertados por Servicios Sociales y paralelamente la disminución de las tradicionales pensiones que han ido cerrando sus puertas.

Las prestaciones que ofertan a los usuarios son mejores y pueden acoger pacientes con mayores necesidades de supervisión y cuidados.

- El número de personas que reciben supervisión directa por monitores del SRC se ha



mantenido en número similar aunque la proporción varía debido al incremento de pacientes atendidos. La supervisión indirecta (a través del personal de los alojamientos que tienen supervisión o de la propia familia) sin embargo ha aumentado en 2007

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE NECESIDADES FUTURAS

La aplicación de La Ley de Dependencia esta suponiendo un tiempo largo de espera tanto para la adjudicación de las plazas de alojamientos concertados como para la adecuación de los alojamientos a las necesidades de los usuarios. Esperamos que la valoración de dependencia permita conocer las necesidades reales de supervisión que tienen de los pacientes con TMG según sus necesidades de cuidados y el número de plazas que se precisan para que todos puedan acceder a esos alojamientos.

Podemos aventurar que el envejecimiento de la población diagnosticada de TMG y atendida en el SRC de Álava, el envejecimiento de los cuidadores naturales como padres, las complicaciones somáticas sobreañadidas producidas por el estilo de vida, por los tratamientos y por sus características personales nos van a hacer precisar alojamientos con características distintas a los actuales.

Así los problemas detectados en nuestra área geográfica con relación a las necesidades de alojamiento de pacientes con TMG que no se han cubierto en la actualidad se relación a con estos tres grandes grupos:

1. Necesidades de alojamiento con supervisión total para personas con problemas somáticos:

La tasa de comorbilidad somática y TMG en pacientes tratados ambulatoriamente alcanza a tasas entre el 23 y el 43% según los autores. El 43% de los pacientes que fueron desinstitutionalizados y siguen en tratamiento en el SRC padecen problemas físicos de alguna relevancia como patologías cardiovasculares, endocrino-

lógicas, osteo-articulares o respiratorias, tumorales crónicas propiciadas por el estilo de vida sedentario, los síntomas negativos y la disfunción cognitiva de los pacientes con TMG.

Los alojamientos supervisados actuales carecen en su mayoría de una supervisión de enfermería suficiente y de las características necesarias para adaptarse a este tipo de usuarios. Sin barreras arquitectónicas, con estructuras adaptadas a sus necesidades actuales y futuras.

2. Necesidades de alojamiento con supervisados y de baja exigencia para pacientes con patología dual asociada con consumo de tóxicos, alcohol, o trastornos de conducta importantes.

Los pisos o pensiones con supervisión mínima no son útiles para las personas con patología dual, ya que carecen de rutina de horarios, hábitos de vida cotidiana necesarios para su autocuidado, habilidades para la organización de las tareas domésticas y la resolución de problemas de convivencia o un nivel de autonomía aceptable para residir en ellos, lo que hace necesaria la creación de otro tipo de alojamientos supervisados.

3. Necesidades de alojamientos con distintos niveles de supervisión para personas con TMG con diferentes niveles de discapacidad y edad.

Pacientes compensados psicopatológicamente pero que presentan delirios crónicos que interfieren de alguna forma en su convivencia, con déficit cognitivos relacionados con su enfermedad, que abandonan reiteradamente la medicación, con alteraciones conductuales que dificultan la convivencia, etc. La coordinación servicios sociales y servicios de Salud Mental se hacen imprescindibles y la formación y especialización de parte del personal que atiende el alojamiento para saber actuar en cada momento y según las necesidades de los usuarios.



Si la ley de Dependencia contemplara la evaluación de aspectos relevantes para determinar las capacidades y déficits de las personas con TMG podría ser un instrumento que permitiera determinar las necesidades reales de los usuarios y prever las características y nive-

les de supervisión de los que deberían dotarse los alojamientos evitando la sobrecarga familiar, el uso inapropiado de la hospitalización y las dificultades de integración en la comunidad de diversos colectivos más desfavorecidos.

Contacto:

M. M. Hernanz.
mmhernanz@sma.osakidetza.net



BIBLIOGRAFÍA

- Abrahamson D *Housing and deinstitutionalization: Theory and practice in the development of a resettlement service*. In MPI Weller, M Muijen (comps) Dimensions of community care. London Sounders Co. 1993.
- Carling P, Ridway P *A psychiatric rehabilitation approach to housing* In M D Farkas, WA Anthony, Psychiatric rehabilitation: Putting theory into practice, 28–33, 69–80, Baltimore J Hopkins U. Press, 1989.
- Cristina Gisbert Aguilar *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno Mental Severo*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003.
- Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia BOE págs. 44142 y 44156.
- Hernanz MM, Montoya B “Seguimiento de los pacientes desinstitucionalizados hace dos décadas” *Interpsiquis* 2005.
- Hernanz MM, Montoya B “Evolución del Servicio de Rehabilitación Comunitaria de Álava en sus 20 años de existencia” *Interpsiquis* 2002.