

Programa de reinserción social para un grupo de pacientes crónicos a través de una red de pisos asistidos en la comunidad

Fermín MAYORAL CLERIES (*)

INTRODUCCION

El programa de Rehabilitación y Reinserción Social está integrado dentro del Servicio de Salud Mental de la Diputación Provincial de Málaga, surgiendo del Plan Asistencial para el año 1982 y situándose a nivel terciario en la prevención de los trastornos psíquicos. Se dirige, por tanto, a cubrir aquellos déficits derivados del padecimiento de ciertas enfermedades psíquicas, así como del deterioro producido por los "efectos institucionales" en el tratamiento de los mismos. Estos efectos delimitan un cuadro característico denominado por BARTES como "neurosis institucional" y se caracteriza por apatía, ausencia de iniciativa, pérdida de interés, especialmente en asuntos de índole no personal, tendencia a la sumisión, aparente incapacidad para establecer planes futuros, falta de individualidad y, en ocasiones, una postura corporal y una marcha atípica.

El objetivo fundamental de este programa ha sido el conseguir la desinstitucionalización de un grupo de pacientes de larga estancia hospitalaria, separados de sus comunidades de origen y que a lo largo de los años de interna-

miento han desarrollado una marcada dependencia institucional y, en consecuencia, un severo desarraigo social.

Cualquier proceso de desinstitucionalización en el área de salud mental no consiste tan solo en la disminución o neutralización de todos aquellos "hábitos institucionalizadores" que se condicionan dentro de un hospital psiquiátrico, ni tampoco con la apertura de las grandes instituciones cerradas con una política administrativa de altas indiscriminadas, sino que paralelamente a una serie de transformaciones adoptadas dentro del Hospital es indispensable la creación de una estructura asistencial extrahospitalaria que garantice la estabilidad y el sostén de los paciente fuera de la institución, aprovechando al máximo todos aquellos servicios que la comunidad dispone para el restablecimiento de unas relaciones sociales que, cuantitativa y cualitativamente, sean homologables a las que mantienen entre sí el resto de los miembros de esa comunidad.

La planificación de estos servicios tiene como partida la evaluación de las necesidades concretas de los pacientes incluidos en el programa al abandonar la institución, teniendo en cuenta el amplio número de las mismas, que hasta entonces han estado satisfechas

(*) Hospital Psiquiátrico de Málaga.

dentro del marco institucional, que se revela, como señala GOFFMAN, en un orden totalizador, que gobierna toda la vida del individuo y que supera ampliamente sus requerimientos médicos y psiquiátricos, contruyéndoles un universo, que, aunque caricaturesco, les ofrece una serie de aportes básicos, como cobertura de sus necesidades primarias, seguridad frente a amenazas externas, desempeño de un rol en una estructura social determinada, etc., que deberemos valorar minuciosamente antes de poner en marcha un programa de desinstitucionalización.

La transformación del Hospital Psiquiátrico de Málaga, llevada a cabo durante los tres años anteriores, había reducido el número de pacientes crónicos internados en sus salas sensiblemente (en el año 1978 existían 560 y en el año 1982 quedaban 318); fundamentalmente a expensas de aquellos casos que pudieron ser reinsertados en sus familias y comunidades de origen, o bien transferidos a otras instituciones más idóneas (caso de los pacientes geriátricos remitidos a residencias y asilos), pero, aún así, quedaba una población de pacientes hospitalizados, que, a pesar de no presentar un deterioro grave de sus funciones cognitivas, ni trastornos conductuales importantes y ser susceptibles, por tanto, de alcanzar un nivel de autonomía suficiente para vivir fuera de la institución, no disponían de un medio familiar o social que les acogiera, cubriera un mínimo de sus necesidades básicas y ofreciera una posibilidad de reinsertión social.

Con este fin se diseñó un programa de desinstitucionalización basado en la creación de una serie de alojamientos protegidos en la comunidad, que posibilitaba la salida del hospital de este

grupo de pacientes y que además estimulaba y desarrollaba toda una serie de habilidades e iniciativas que les ayudarían a solventar los problemas cotidianos que se les presentarían fuera de la institución.

Este programa no iba tan sólo dirigido a disminuir el censo de pacientes crónicos del hospital, sino que se integraba dentro de un plan más general que evitaba la tradicional institución como lugar de tratamiento de los desórdenes psíquicos y que propiciaba otras formas de asistencia basadas en la comunidad para la atención de estos enfermos.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Como es habitual a la hora de planificar unos servicios asistenciales se establecieron unas metas y objetivos que tratarían de cubrirse a lo largo del programa, que se concretaban en los siguientes puntos.

1. Creación de unos alojamientos asistidos dentro de la propia comunidad, que permitiesen la instalación y el tratamiento de un grupo de pacientes crónicos del hospital; favoreciendo así su reinsertión social.

2. Desarrollo de un programa de entrenamiento y readaptación que contemplase los diferentes déficits de estos pacientes ante las dificultades y problemas que les planteara la vida cotidiana en la comunidad.

3. Continuación en la asistencia de los posibles desórdenes psíquicos que pudieran aparecer en estos pacientes.

4. Establecimiento de unas relaciones significativas con la comunidad, utilizando para ello sus propios canales de socialización: relaciones laborales, participación en iniciativas colectivas, utilización de servicios sociales, etc.

5. Actuación sobre la comunidad a fin de que asuma la responsabilidad sobre estos pacientes y sea capaz de suministrar el mismo número y rango de servicios que anteriormente les proporcionaba la institución.

Años de internamiento

De 5 a 10	8
10 a 15	12
15 a 20	10
20 a 25	8
25 a 30	6

44

DESTINATARIOS DEL PROGRAMA

Las características exigidas a los pacientes seleccionados para este programa iban en función de las posibilidades que tenían para vivir autónomamente en la comunidad, considerando asimismo la oferta que podía hacerle dicha comunidad en materia de servicios, recursos y actitudes.

Por tanto, dentro de la población de pacientes de larga estancia hospitalaria se excluyeron los siguientes grupos:

a) Pacientes cronificados con gran nivel de deterioro y escasas posibilidades de readaptación.

b) Pacientes de alto riesgo, que por la gravedad o frecuencia de sus reagudizaciones hacían inapropiado su tratamiento en la comunidad.

c) Pacientes que aún conservaban vínculos con sus familiares y comunidades de origen y, por tanto, aún era posible el alta y su reinserción familiar.

Aplicando estos criterios se seleccionó a un grupo de 44 pacientes, que gradualmente fueron incorporándose al programa.

Algunas de las características de esta población son recogidas en los siguientes cuadros.

Edad

De 30 a 40	11
40 a 50	12
50 a 60	20
más de 60	1

44

Diagnósticos

Psicosis afectiva	9
Alcoholismo	7
Oligofrenia	5
Esquizofrenia	21
Otras	2

DESARROLLO DEL PROGRAMA

Un programa de desinstitucionalización y reinserción social puede proceder de muchas maneras, pero siempre hay que tener en cuenta que debe haber un programa individualizado, ajustado a las necesidades de cada paciente, evitando las generalizaciones que pasan por alto las características particulares de cada uno de ellos. Para esto es necesario primero evaluar el nivel de funcionamiento del mismo, adecuando su nivel de autonomía al emplazamiento que le vamos a dar dentro del programa y procurando que tal adecuación no se refiera a su actual nivel, sino al que potencialmente puede alcanzar tras el correspondiente entrenamiento de readaptación. Por tanto, serán las capacidades más que los déficits lo que deberemos tener en cuenta a la hora de situar al paciente fuera de la institución.

Infraestructura

Para implementar nuestro programa dispusimos de una serie de alojamientos que albergarían a los pacientes en la comunidad: pisos alquilados para este

fin, habitaciones alquiladas en casas particulares y pensiones. Así mismo creamos un comedor fuera del hospital que, de forma transitoria hasta que los pacientes consiguieran regularizar sus comidas en la comunidad, funcionaría en régimen de autóservicio para aquellos que desearan utilizarlo. Este comedor sería suministrado por los servicios de cocina del Hospital.

a) *Pisos*: Son pisos contratados en régimen de alquiler a nombre de los pacientes; situados en diferentes barrios de la ciudad, aunque la mayoría no distan más de media hora a pie del Hospital. Albergan una media de cuatro pacientes cada uno de ellos y están dotados de servicios y electrodomésticos, que permiten la realización de cualquier tarea doméstica en los mismos. Fueron ocupados tras el correspondiente entrenamiento de readaptación social, por aquellos pacientes con mayor grado de autonomía y mejores condiciones de sociabilidad.

b) *Pensiones*: Algunos pacientes rechazaron vivir con otros compañeros, optando por vivir solos, por lo que se les facilitó este tipo de alojamiento, buscando siempre que los establecimientos escogidos tuvieran cierto carácter familiar, sin la impronta del tránsito y de la movilidad de sus huéspedes.

c) *Casas familiares*: Este tipo de alojamiento es ofrecido por particulares que alquilan alguna de las habitaciones de su vivienda, ofreciendo así un hogar ya estructurado al que se puede integrar el paciente.

Equipo terapéutico

El equipo responsable del programa de Rehabilitación y Reinserción Social está compuesto por:

Un médico psiquiatra. Cuyas funciones son: Selección y evaluación de los pacientes destinados al programa. Se confeccionó una ficha de ingreso que recogía los principales datos del paciente referidos a su estado psíquico y somático, así como el grado de autonomía individual y sociabilidad.

Control de la evolución de los pacientes incluidos en el programa, previniendo y asistiendo, si hubiera lugar, los desórdenes psíquicos que pudieran presentar al instalarse en la comunidad.

Asesoramiento técnico a otros miembros del equipo en el seguimiento comunitario de estas viviendas.

Un auxiliar psiquiátrico coordinador.

— Encargado de coordinar nuestro programa con otras áreas y programas del Hospital: geriatría, unidad de agudos, crónicos, etcétera.

— Establecer contactos con otros organismos o instituciones que faciliten recursos a nuestros pacientes en la comunidad: cursos de capacitación laboral, oficinas de empleo, ocupación del tiempo libre, viajes, utilización de recursos sociales, etc.

— Coordinación y supervisión interna de las tareas y responsabilidades del resto de los miembros del equipo.

Cinco auxiliares psiquiátricos. Responsables de los seguimientos domiciliarios a través de visitas realizadas periódicamente a las viviendas (al menos una semanal) en las que se repasan los principales aspectos de la convivencia entre los pacientes, así como sus relaciones con la comunidad. Esta reunión es supervisada por el psiquiatra, bien directamente participando en alguna de ellas o bien posteriormente en las reuniones del equipo, donde semanalmente se discute y analiza el trabajo llevado a cabo por el mismo.

Plan de resocialización y adaptación social

Este programa de entrenamiento y preparación de los pacientes antes de su salida del hospital tuvo una duración de dos meses y se realizó en dos fases:

a) La primera tuvo lugar dentro del hospital, habilitando una de sus salas y convirtiéndola en una unidad independiente del resto de las salas y con una dotación propia de cocina y servicios sanitarios; funcionando autónomamente con la colaboración de los pacientes y de los auxiliares del equipo. Al ser admitidos al programa los pacientes pasaban a esta unidad, explicándoseles el carácter y los objetivos del mismo; señalándoles la importancia del desarrollo de sus capacidades individuales, así como del aprendizaje de ciertos usos y el aprovechamiento de algunos recursos para su desenvolvimiento en la comunidad. Se estimuló sobre todo su participación en todas las actividades del programa, desde la organización de las mismas hasta la división de las tareas de mantenimiento de la unidad, facilitando así su nivel de cooperación y socialización.

En el terreno práctico se familiarizó a algunos pacientes con el uso de ciertos electrodomésticos y aparatos útiles en el hogar: cocina, calentadores, termos, TV, etc. Por otra parte se realizaron prácticas culinarias básicas con algunos pacientes que les permitirían solventar algunas de las comidas en su propia casa.

La metodología de trabajo se basaba en reuniones de grupo, celebradas en la propia unidad, a las que se animaba a participar a todos los pacientes, creando un espacio donde expresaban sus expectativas y sus dudas respecto al futuro fuera de la Institución, sentando al mismo tiempo unas bases de convi-

vencia que posteriormente trasladarían al piso donde se instalaran. Por otra parte, a través de estas reuniones se contrarrestaban los sentimientos de abandono o rechazo por la Institución, provocados en algunos pacientes ante su salida del hospital, garantizándoles nuestra continuidad en el tratamiento y en la recepción de sus demandas.

b) La segunda fase se realizaba ya en la vivienda donde fuera destinado. En esta etapa el trabajo se centraba fundamentalmente en la comunidad, actuando sobre todos aquellos que pudieran facilitar la integración de los pacientes en la misma así como fortaleciendo los lazos de unión que cohesionaban al grupo en la vivienda.

La familiarización con los pacientes, así como la constatación de la existencia de un equipo terapéutico accesible, que seguía y controlaba a estos pacientes, sirvió para superar la inicial actitud de rechazo del vecindario hacia nuestro programa, convirtiéndose algunos de ellos en auténticos agentes de salud que colaboraban activamente en el mismo.

EVALUACION DEL PROGRAMA

Una vez transcurrido un año desde la puesta en funcionamiento del programa podemos empezar a recoger los primeros datos que nos den una idea aproximada de sus resultados. Para ello ante la dificultad de establecer unos criterios válidos de evaluación optaremos por ir revisando cada uno de los objetivos que se presentaron al inicio del proyecto, valorando el grado de consecución de los mismos, para extraer posteriormente unas conclusiones finales.

1. *Creación de unos alojamientos protegidos en la comunidad.* Actualmente hay un total de 8 viviendas alquiladas que albergan a 31 pacientes; 2 ocupan habitaciones alquiladas en un domicilio particular y 5 se hospedan en pensiones.

2. *Elaboración de un programa de readaptación y reinserción social.* A fin de evaluar los resultados de este programa se han establecido algunos parámetros relativos a su nivel de autonomía, sociabilidad e integración en la comunidad, recogándose en una serie de ítems, presentados a continuación:

Adminstran su propio dinero	35	
Hacen compras sin ayuda de nadie	32	
Se mueven por diferentes barrios de la ciudad	30	
No se alejan de sus viviendas/hospital	9	
Salen de la ciudad	15	
Se relacionan con otros miembros de la comunidad (diferentes del equipo)	32	
Realizan sus comidas en su casa	8	
	Club y asoc. de vecinos	3
Utilizan recursos de	Bares y rest.	30
la comunidad	Espectáculos públicos	2
	Excursiones organizadas	21
Visitan a sus familiares frecuentemente	8	
Visitan a sus familiares alguna vez	12	

3. *Prevención y asistencia de los posibles trastornos que pudieran aparecer en estos pacientes.* De los 44 pacientes seleccionados para el programa 10 han abandonado el mismo durante su desarrollo. Cuatro lo hicieron durante los tres primeros meses, por no alcanzar un nivel aceptable de adaptación y funcionamiento social, siendo de nuevo reingresados, y de seis restantes:

- 1 fue trasladado a geriatría;
- 2 sufrieron reagudizaciones que imposibilitaron su vuelta;
- 2 fallecieron;
- 1 se fugó.

De los 34 pacientes que han continuado en el programa, 10 de ellos han sufrido reingresos; 9 por descompensaciones psíquicas y 1 por causa somática. No obstante sus ingresos han

sido breves y sus restablecimientos suficientes como para permitirles su reincorporación al programa.

4. *Establecimiento de unas relaciones significativas con la comunidad.* Este apartado está referido fundamentalmente a las relaciones de tipo laboral desarrolladas por los pacientes, al ser el trabajo uno de los indicadores de arraigo social más representativos.

Partimos de la base de considerar el trabajo como un medio más que como un fin, donde tuvieran lugar un tipo de relaciones interpersonales más significativas, que permitiesen al paciente acceder a una vida social plena. Dentro de esta concepción el trabajo no encuentra su validación en relación con su productividad dentro del mercado, sino que cobra su sentido como vínculo de integración en la comuni-

dad. Por tanto fomentamos la búsqueda de otro tipo de ocupaciones que no fueran las clásicas laborterapias desarrolladas en los talleres del hospital, que generalmente se convierten en lugares esqueletizados y desvitalizados donde el paciente se instala de una forma prolongada realizando actividades estereotipadas de bajo nivel que refuerzan sus lazos con la institución.

De los 44 pacientes seleccionados para el programa 20 realizaban algún tipo de laborterapia (Jardinería, cerámica o mantenimiento), percibiendo por ello unas cantidades simbólicas por parte de la Institución.

Al cabo de un año 6 han conseguido un empleo fuera del Hospital y 11 realizan tareas remuneradas relacionadas con la Institución.

Nuestra intención es ir deshaciendo paulatinamente todos los lazos que aún mantienen con el Hospital, sustituyéndolos con otros vinculados a la comunidad.

5. Actuación sobre la comunidad.
El intentar evaluar el grado de aceptación y responsabilización por parte de la comunidad de esta población de pacientes, tras sólo un año de trabajo resulta prematuro. Sobre todo teniendo en cuenta que la modificación de las actitudes hacia la enfermedad mental es una tarea que requiere mucho más tiempo.

Por otra parte, la escasez de estructuras intermedias que ofrezcan recur-

sos sociales alternativos a los tradicionales cuidados institucionales hacen más difícil la provisión de una serie de servicios por parte de la comunidad que cubran las necesidades de estos pacientes.

No obstante, cabe decir, en general, que tras este primer año de experiencia ha existido una buena aceptación de los pacientes por parte del vecindario de las viviendas donde han sido instalados, colaborando en muchos casos con los miembros del equipo en el seguimiento y atención de estos pacientes.

CONCLUSIONES FINALES

1. A través del desarrollo del presente programa se demuestra la viabilidad de una fórmula asistencial basada en la comunidad para el tratamiento de pacientes crónicos.

2. Las reagudizaciones y correspondientes reingresos de algunos de estos pacientes no los excluye de su permanencia en la comunidad.

3. Es necesario que un programa de este tipo esté integrado dentro de una red asistencial capaz de dar una continuidad y una diversidad de servicios en la atención de estos pacientes.

4. Se debe potenciar la creación de unas estructuras intermedias que faciliten y sirvan de apoyo a la integración de estos paciente en la comunidad, así como para prevenir la hospitalización de otros nuevos.