

ASISTENCIA DOMICILIARIA EN SALUD MENTAL

Aspectos Socioasistenciales y Sanitarios

Evitar que el paciente psiquiátrico sea hospitalizado a tiempo completo o, en su caso, que permanezca el menor tiempo posible en esas condiciones de tratamiento es, en gran medida, consecuencia del interés de no aislar al sujeto de su medio ambiente.

La *Psiquiatría comunitaria* —entre otras cosas— pretende, utilizando sus propios recursos y los comunitarios en general, mantener al paciente en su familia, en su vivienda, en su trabajo y de no ser posible en residencias sustitutivas al interior de la comunidad. Las relaciones del sujeto tratado con su familia, con los vecinos, con las organizaciones, constituyen justamente los elementos en los que el paciente se define como sujeto.

El Servicio de Salud Mental, para permitir el máximo desarrollo de las capacidades de autonomía de sus pacientes, debe de elaborar los *medios de apoyo* adecuados que logren esa permanencia del sujeto en la comunidad. De ahí que a la Psiquiatría comunitaria se le presenten *ciertos riesgos* que debe de asumir al no aislar —utilizando el camino más fácil— los pacientes en el interior de centros exclusivos y a menudo "totalitarios" y por otra parte que la Comunidad deba de aceptar ciertos hechos diferenciales en algunos sujetos que en buena medida ella misma ha generado.

Abordaremos aquí, dentro del capítulo general de *apoyo comunitario*, la asistencia domiciliaria de los pacientes encomendados al Servicio de Salud Mental. Para ello es necesario definir las demandas presentadas según dos ejes: el tipo de lugar de residencia y la problemática psico-social de los pacientes. Reflexionaremos también sobre algunas nociones generales dentro del problema que tratamos, para finalmente sugerir una ordenación del trabajo en las dos grandes áreas social y sanitaria a

pesar de los solapamientos que inevitablemente habrán de producirse.

NOCIONES GENERALES

La asistencia domiciliaria en la Salud Mental constituye —y al parecer cada vez con más vigor— un tema de constante preocupación en la moderna atención psiquiátrica. Convendría distinguir, en este aspecto, algunas consideraciones de base que nos permitan aclarar tanto el texto como el contexto del concepto de asistencia domiciliaria orientada especialmente hacia la Salud Mental.

1. Diferenciaremos no sin cierta arbitrariedad, tres aspectos de la asistencia domiciliaria:

1.1. *Lo sanitario-asistencia/*: relativo a la atención médica en sentido genérico tanto en lo que respecta a lo propiamente somático como a la psiquiatría y psicología como tales.

1.2. *Lo socio-asistencia I*: especialmente ligado a la vinculación social, en todos sus ámbitos (familiares y comunitarios), del paciente; el aprendizaje de la utilización de recursos, siendo un aspecto especialmente importante.

1.3. *Lo "hotelero"-asistencial*: referido a- la propia definición de espacio residencial con tres grandes apartados: mantenimiento de ese espacio, limpieza y alimentación.

2. El interés de que el paciente psiquiátrico resida fuera del hospital y, según sus posibilidades, en medios más o menos protegidos no parece necesitar ya argumentaciones. La diversificación de los lugares de residencia, de trabajo, de entretenimiento, etc., aparece como un factor fundamental en la desaparición de lo que se ha dado en llamar "institución total".

De todo ello se desprende que la noción de *apoyo comunitario gradual*, según las necesidades —y por tanto dificultades— de los pacientes, tenga un particular valor para la comprensión del tema. Hablaremos, pues, de apoyo asistencial, comunitario (personas viviendo en la comunidad) y gradual (según las posibilidades del paciente).

3. El último punto señalado, *carácter gradual*, nos introduce de lleno en el problema de la *autonomía* de los pacientes viviendo en la comunidad. La asistencia prestada debe ser suficiente y a la vez —es ya banal señalarlo— debe permitir la progresiva "autonomización" de la persona objeto de ayuda, permitiendo que progresivamente asuma la gestión de su propia vida en las diversas facetas. El carácter gradual sin embargo no debe hacernos olvidar que en buen número de casos no por ello dejará de ser *continuado*.

4. En Salud Mental comunitaria utilizamos como uno de los principios básicos la denominada "*continuidad asistencial*": el paciente debe ser asumido —en lo posible— por un mismo equipo terapéutico a lo largo de todo su tratamiento (hospitalario o comunitario).

En lo que respecta a la asistencia domiciliar en Salud Mental conviene diferenciar la "*asistencia continua*" de la "*intermitente*". La atención hospitalaria supone que el paciente ingresado es asumido —al menos de manera teórica— durante la totalidad de horas y de días; la asistencia domiciliar implica el carácter intermitente de la ayuda prestada, sea sanitaria o de otra índole. Esta discontinuidad exige un trabajo específico y, en sus intervalos, permite que la persona asistida asuma un rol activo que corresponde y a la vez desarrolla, la autonomía que señalábamos más arriba.

5. Dentro del capítulo de lo *sanitario-asistencia!* y referido a la atención domiciliar conviene abrir un abanico de posibilidades de intervención según los diversos programas de tratamiento:

5.1. *Visitas a domicilio*: realizadas, según las indicaciones, por los diversos miembros del equipo (Enfermera Comunitaria, Asistente Social, Monitor, Psicólogo, Médico-Psiquiatra); se trata, sobre todo, de relaciones de carácter informativo y de evaluación.

5.2. *Tratamientos a domicilio*: llevados a cabo generalmente por el sub equipo de enfermería o los facultativos; las intervenciones van del "entrenamiento" a la plena psicoterapia pasando por los cuidados tipo "nursing" y la administración de medicamentos.

Los tratamientos son a menudo dirigidos a la familia del paciente en labores variadas de apoyo.

5.3. *Hospitalización a domicilio*: modalidad intensiva del tratamiento descrito en el párrafo anterior, casi siempre en colaboración con la familia del paciente. Frecuentemente en relación con las "intervenciones en crisis".

6. Para que el paciente pueda vivir en la Comunidad es pues necesario prestar una serie de apoyos en los que nos centraremos en las líneas que siguen. A modo de resumen comenzaremos por enunciarlos:

- Apoyo económico y "administrativo".
- Apoyo "residencial" ("hotelero").
- Apoyo familiar.
- Apoyo sanitario en general y psiquiátrico en particular.
- Apoyo "comunitario".

Si la visita o el tratamiento a domicilio toman el carácter de intervenciones puntuales en una persona que posee otras —y suficientes— vinculaciones, en ciertos pacientes (especialmente residentes en viviendas "protegidas") la demanda asistencial va más allá y se adentra en la estructuración del tiempo libre y del "ocupacional", además —evidentemente— de la organización y apoyo al propio lugar de residencia.

La "externalización" de los pacientes largos años internados en el Hospital Psiquiátrico y la posibilidad de evitar que nuevos pacientes se generen en la propia Comunidad con características y demandas similares, además de algunas otras medidas organizativas, exige que podamos proporcionarles una asistencia integral en la Comunidad. Quien le va a proporcionar los diversos apoyos aparece inicialmente como

menos importante que el hecho de que se les preste. No obstante, tras momentos asistenciales más o menos conyunturales, parece necesario distinguir las tareas a realizar según corresponda, especialmente al campo del Bienestar Social o al de la Salud Mental.

VIVIENDAS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1. Para la ordenación de la atención de los pacientes en sus domicilios es preciso distinguir, según las características de los alojamientos, un primer eje:

1.1. *Viviendas propias*. Los pacientes pudiendo vivir solos, con otros pacientes o con sus familias.

1.2. *Pisos "institucionales"*. Propiedad de un dispositivo público y en el que son "asistidos" uno o generalmente varios (de 3 a 7) pacientes.

1.3. *Pensiones "normales" o "protegidas"*. En las que viven pacientes asistidos por el Servicio de Salud Mental. Estas pensiones pueden ser ellas mismas —por el número de pacientes residentes— objeto de una atención "casi" institucional.

1.4. *Residencias "normales"*. Generalmente, en nuestra experiencia, propiedad de organizaciones religiosas o de Instituciones de Bienestar Social.

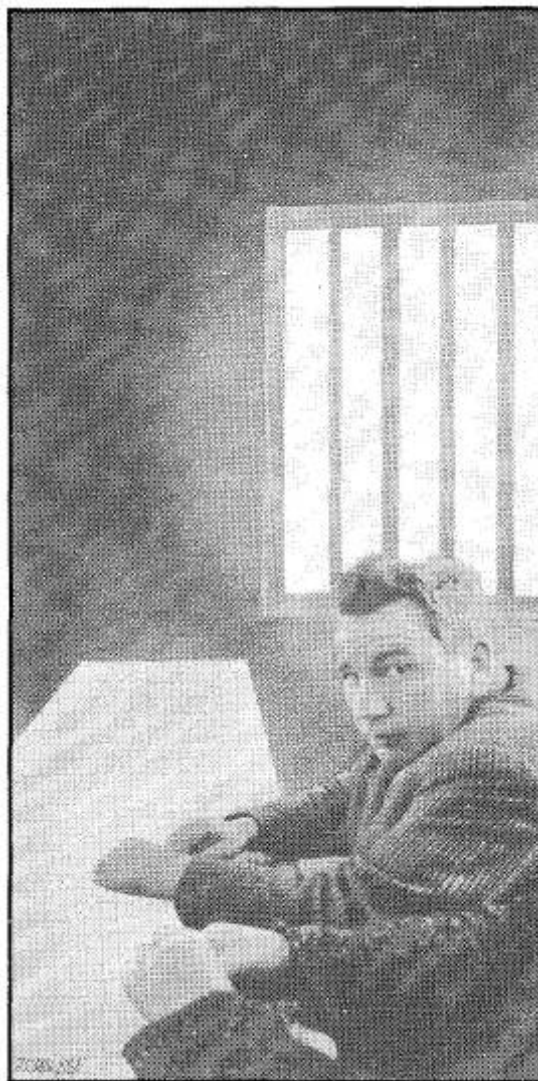
1.5. *Residencias "protegidas"*. Dependientes de un dispositivo público (en Alava, Servicio de Salud Mental). En ellas viven un grupo de pacientes con personal especializado, este último permaneciendo a tiempo parcial o durante todas las horas del día.

2. El segundo eje corresponde a las características de los pacientes residentes, que podemos resumir del modo siguiente:

2.1. Según la *edad*: niños, adultos y personas de la 3.^a edad.

2.2. Según las *características semiológicas y capacidad de adaptación social*:

— Pacientes sujetos —preferentemente— a *técnicas de prevención terciaria*. Ellos mismos diferenciados según su pasado hospitalario psiquiátrico ("desinstitucionalizado" o no).



— Pacientes con patologías de *corta evolución* y consecutivas a *descompensaciones psicóticas* o "límites".

DESCRIPCIÓN DE PACIENTES

La atención de los pacientes psiquiátricos en sus domicilios en el trabajo habitual —en Salud Mental— toma carácter preferentemente "sanitario-asistencial". Sin embargo, podemos destacar 4 capítulos —según los ejes descritos más arriba— en los que las intervenciones "socio-asistenciales" y "hotelero-asistenciales" son imprescindibles, y en ocasiones llegan a tomar la hegemonía:

1. Patologías, en pacientes próximos o pertenecientes a la 3.^a edad, dominadas por los *trastornos cognitivos y de eficiencia intelectual*, de evolución progresiva con complicaciones motoras y de control esfinteriano. Las dificultades a menudo se combinan con problemas caracteriales y comportamientos regresivos. El apoyo psicológico

al propio paciente ha de complementarse con el de la familia con la que convive.

En estos casos, las "*ayudas a domicilio*" son de rigor; ayudas que van desde el acompañamiento, a la realización de buena parte de las tareas domésticas. La utilización durante cierto número de horas al día de una estructura intermedia (Hospital de día) puede ser necesaria.

2. Algunos pacientes, en general habiendo sobrepasado los 30 años, añaden a sus dificultades psicopatológicas (aunque compensadas, más o menos deficitarias) *problemas adaptativos que dificultan la autonomía necesaria* para mantenerse en su domicilio.

El seguimiento desde el Centro de Salud Mental debe complementarse con un apoyo asistencial no sanitario que de no producirse llevaría al paciente a ingresos psiquiátricos que pueden hacerse irreversibles.

3. Pacientes con pasado psiquiátrico similar a los descritos en el párrafo anterior en unos casos, *débiles intelectuales* en otros y *drogodependientes* (alcoholismo) en ocasiones, pueden ser responsables de familias en las que los trastornos psicológicos se manifiestan en los hijos (con frecuencia denominados "*casos sociales*"). El tratamiento relativo a la Salud Mental debe una vez más complementarse con un apoyo social en todas sus vertientes y a todas luces imprescindible.

4. *Pacientes "desintitucionalizados"* tras varios años de ingreso en el Hospital Psiquiátrico y que careciendo de vivienda propia o de familia que los pueda acoger, solamente puedan vivir en el interior de la comunidad si se les provee de los medios para ello.

En nuestra experiencia de Álava, por razones coyunturales, hemos debido, desde el Servicio de Salud Mental, dotarnos de los apoyos "sociales" y "hoteleros" para la externalización de 170 pacientes del Hospital Psiquiátrico. Para ello hemos debido seleccionar o en su caso constituir viviendas para estos pacientes: 11 pisos, 1 residencia protegida, 9 pensiones asistidas.

PACIENTES EXTERNALIZADOS

La noción de *rehabilitación*, implica el establecimiento de un programa adecuado

e individualizado en lo posible y a la vez el concepto de "*soporte*". Nos referimos a este último al distinguir los diferentes apoyos a ser prestados. La diversificación de labores, fruto y generadora de la especialización, es la que va a permitir la programación que mencionábamos.

Dentro de la especialización conviene subrayar el interés de mantener la bipartición del campo propiamente sanitario de lo social y "hotelero". Es claro que la interacción de ambos registros aparece constantemente; sin embargo esbozar las demarcaciones nos permitirá una adecuada utilización de recursos. La relación de los equipos que deben atender ambos aspectos ha de ser constante, explícita y ella misma programada.

Según los diferentes "apoyos" que hemos mencionado sugerimos que los sanitarios, el comunitario y el familiar pueden ser asumidos por el Servicio de Salud Mental, una vez más recordando que ello debe hacerse en colaboración con el área de Bienestar Social. Nos referimos especialmente en las líneas que siguen a nuestra experiencia de casi 5 años en la provincia de Álava en el trabajo Comunitario de Salud Mental y muy especialmente en la "*desintitucionalización*" de *pacientes* del Hospital Psiquiátrico "Santa María de las Nieves".

1. Apoyos relativos al Servicio de Salud Mental.

1.1. Somático y farmacológico:

—Acompañamiento a médicos de cabecera y especialistas de la Seguridad Social así como al dentista y optometristas.

—Seguimiento de constantes vitales.

—Mantenimiento de dietas alimenticias y control de peso.

—Administración de fármacos (incluidos los psicofármacos) y seguimientos farmacológicos diversos (H.T.A., diabetes, etc.).

—Higiene.

1.2. Trabajos psicoterapéuticos en intervenciones individuales y grupa/es.

—"Elaboración" psicológica de las dificultades individuales.

—Técnicas de "habilidades sociales" relati-

vas a la readaptación a la vida al interior de la Comunidad.

1.3. *Comunitario.*

- Aprendizaje de la utilización de los diversos servicios sociales (transporte, camas, etc.).
- Conocimiento y fomento de la utilización de los recursos sociales no dependientes del Servicio de Salud Mental (Clubs y Centros).
- Eventualmente recursos ocupacionales del Servicio de Salud Mental (Centro Ocupacional, Centro psicosocial).
- Apoyo a la utilización "significativa" del tiempo libre.

1.4. *Familiar.*

- Técnicas de intervención con una familia.
- Grupos multifamiliares.

2. *Apoyos relativos a Bienestar Social.*

2.1. *Económico.*

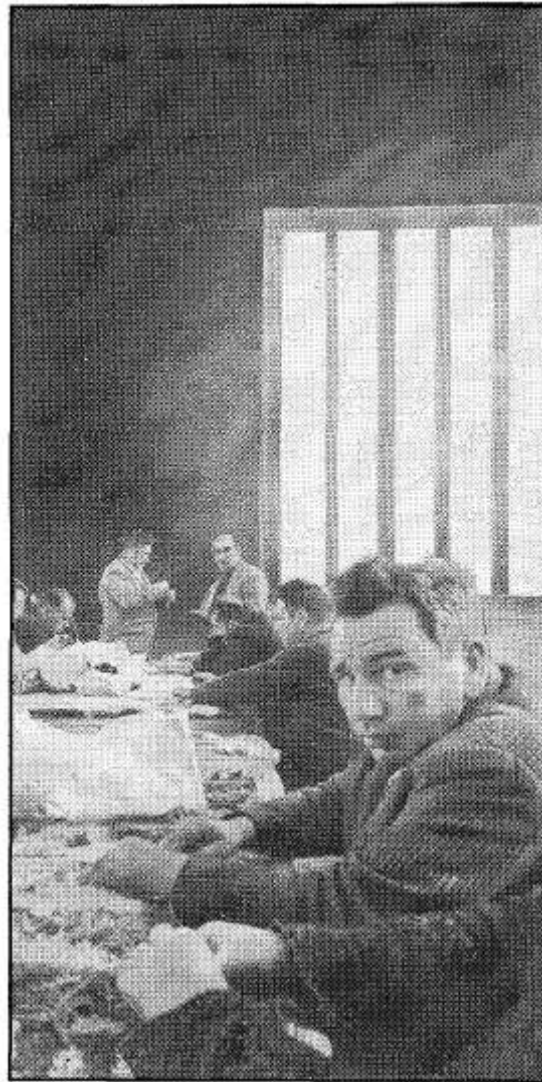
- Pensiones y subvenciones económicas a los pacientes.
- Eventualmente —según los casos— pago de las pensiones "asistidas".
- Creación y mantenimiento de pisos "institucionales".
- Ayuda a la Administración económica —según indicaciones— de los pacientes en colaboración con el equipo del Servicio de Salud Mental (cartillas, cuentas corrientes, gastos).

2.2. *"Administrativo".*

- Obtención de cartillas y documentaciones diversas.
- Impuesto sobre la renta.

2.3. *Residencial y hotelero*

- Mantenimiento y gestión del piso.
- Alimentación: compra, cocina.
- Gas, electricidad.



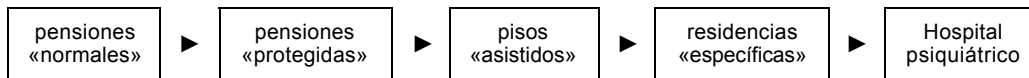
—Limpieza de locales y de ropa.

—Relación con los vecinos (en colaboración con el equipo del Servicio de Salud Mental).

—En caso de pensiones asistidas: relación con los propietarios.

3. Las *pensiones* con las que trabajamos y los pisos asistidos, en nuestra experiencia, no son excluyentes entre sí, más bien se muestran complementarios. Ambos tipos de residencia poseen indicaciones propias.

En los *pisos asistidos* las personas que allí viven son visitadas regularmente en actividades programadas según los momentos evolutivos, es decir, no disponen de asistencia continua. Las pensiones suponen una relación diferente del inquilino con el espacio y con la persona propietaria de la pensión, la participación activa por parte del sujeto es evidentemente menor que en los



pisos y de ahí se deriva la diversidad de indicaciones.

Ciertos pisos, especialmente en los que residen hombres, por razones fáciles de comprender, disponen de una "ayuda a domicilio" para tareas de limpieza (locales y ropa); generalmente los pisos en los que residen mujeres se muestran más "autosuficientes" en este aspecto.

En lo que corresponde a la *alimentación*, podemos también diferenciar dos tipos de pisos, según las personas que en él viven hagan las comidas y las cenas o por el contrario asistan a comedores con los que se han realizado acuerdos.

La *Residencia* con la que contamos, con una capacidad de 10 personas, dispone de personal dedicado exclusivamente a ella durante las horas del día. Nuestro dispositivo no cuenta con estructuras de este tipo con apoyo continuo.

Vemos, pues, en lo que corresponde a las viviendas alternativas que podemos, según las posibilidades de autonomía de los pacientes, establecer una *jerarquía* de los lugares de residencia según el grado de apoyo prestado:

4. En la ordenación de labores según las áreas que proponíamos más arriba sugerimos que el mantenimiento económico, administrativo y hotelero fuese llevado a cabo por los equipos dependientes de Bienestar Social. El equipo de apoyo del Servicio de Salud Mental dedicaría sus esfuerzos a las tareas propiamente "terapéuticas".

Por otra parte —en el caso de los pacientes "externalizados"— es el equipo de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (en nuestro caso mediante un "Centro de día") quien prepara a los pacientes a las demandas de la vida en Comunidad.

En el caso de *pacientes que no proceden del Hospital psiquiátrico* conviene —con algunas particularidades— que nuestros dispositivos mantengan ayudas bastante similares. De hecho, en nuestra provincia conviven en algunas de las viviendas alternativas ambos tipos de pacientes. En este caso —y para evitar ingresos en el Hospital que podrían hacerse permanentes— además de las pensiones, pisos y residencias es necesario prestar apoyo a pacientes que viven en sus propios pisos en general solos pero en ocasiones con algún familiar.

El apoyo a ser prestado —relativo a Bienestar Social—, es fácil concluir, irá según el tipo de vivienda y el estado de los pacientes que en ella residen desde la integralidad que supone el Hospital Psiquiátrico (o la Residencia Psiquiátrica) hasta la ocasional visita al piso "personal". Entre ambos extremos las prestaciones serán variadas y llevadas a cabo en forma de visitas regulares más o menos espaciadas, de "ayudas a domicilio" y de acompañamientos diversos. La coordinación con el equipo del servicio de Salud Mental permitirá el tratamiento y apoyo global al paciente.

José Ignacio Zuazo

Director médico de "Las Nieves".
OSAKIDETZA