

## ***Alojamientos protegidos para enfermos mentales esquizofrénicos***

**Manuel Jesús MARTÍNEZ LÓPEZ**

*Hospital Miraflores. Sevilla*

### *Resumen*

Algunos enfermos mentales esquizofrénicos necesitan vivir en alojamientos protegidos cuando padecen graves deterioros y limitaciones funcionales y en su medio de origen no se pueden desarrollar las oportunas medidas de control externo, pautas específicas de comunicación y métodos de entrenamiento para la recuperación de habilidades de la vida diaria. En Andalucía la reforma psiquiátrica ha propiciado el desmantelamiento de los tradicionales hospitales psiquiátricos y su progresiva sustitución por nuevos y diversificados servicios sanitarios y recursos residenciales y ocupacionales para la atención a los enfermos mentales. Buena parte de esos recursos residenciales están siendo ocupados ya por enfermos mentales esquizofrénicos. En la provincia de Sevilla se cuenta con algunos de ellos. No obstante, se precisa ampliar su número y aquellos alojamientos protegidos que implican una mayor tutela, con más trabajadores, más cobertura temporal y menos exigencias funcionales para los pacientes residentes.

*Palabras clave:* esquizofrenia, alojamientos protegidos, reforma psiquiátrica.

### *Abstract*

Some schizophrenic mental health patients need to live in sheltered housing when they suffer severe impairment and functional limitations and it is not possible to develop adequate means of external control, specific patterns for communication and training methods for the rehabilitation of daily life skills in their home context. In Andalusia, the reform of the psychiatric system has led to the closing of the traditional mental health hospitals and their replacement by new and diverse health services, and housing and employment resources. Most of the housing resources are already occupied by schizophrenic patients. There is a certain amount of them in the province of Seville. However, their number should be increased. Other resources with greater support, more personnel, coverage of extended periods of time and less functional requirements for resident patients should be made available.

*Key words:* schizophrenia, sheltered housing, psychiatric reform.

La reforma de la atención a la salud mental del sistema sanitario público de Andalucía se enmarca en la reforma de la atención a la salud general, que se pro-

movió políticamente por la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía tras las elecciones autonómicas de 1982. Esa reforma global asumió las con-

sideraciones de la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia Internacional de Alma-Ata (OMS, 1978), que destacaban el papel central de la atención primaria de salud en el sistema sanitario. Esto supuso generalizar al conjunto de la población un conjunto integrado de prestaciones sanitarias mínimas, fundadas científicamente, accesibles a todos, acordes a las necesidades específicas de la población a las que va dirigidas, que usen los recursos con que cada comunidad cuenta y que responsabilicen a la propia población.

La conveniencia de extender este nuevo concepto de la salud y de la atención sanitaria, junto a la situación político-administrativa en el momento de la transferencia de las competencias sanitarias (coexistencia de cuatro administraciones públicas y de diferentes redes de servicios sanitarios en Andalucía), dió lugar a importantes modificaciones administrativas, organizativas, funcionales y formativas. La reforma incluyó, entre otros aspectos, la redefinición de la atención especializada y hospitalaria como apoyo a la atención primaria, eje central de la asistencia sanitaria; la territorialización en la asistencia, creándose las Zonas Básicas de Salud y los Distritos sanitarios; y la creación de una estructura única de gestión (Servicio Andaluz de Salud), que integrara y unificara la red administrativa y de recursos sanitarios de la comunidad autónoma andaluza y que racionalizara el gasto en función de las nuevas prioridades de atención.

En este contexto se inició la reforma de la atención a la salud mental, con la pretensión de incluirla en la asistencia general de la salud, de unificar los di-

versos recursos disponibles pertenecientes a distintas administraciones y de modernizar la estructura de servicios y el funcionamiento asistencial. Todo ello orientado a ofrecer una cobertura general a la población centrada en la comunidad (y no en el hospital) y dirigido por una perspectiva bio-psico-social de la salud y la enfermedad mental (Instituto Andaluz de Salud Mental, 1986). De esta forma se dió carácter general e institucional al esfuerzo de algunos profesionales que, en su práctica pública en los antiguos hospitales psiquiátricos, procuraban dignificar y modernizar las condiciones de vida y la atención sanitaria de los enfermos mentales que acudían a sus servicios.

Con el fin de planificar y controlar temporalmente el desarrollo del proceso, se creó en 1984 el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) (Consejería de Salud y Consumo, 1984). Este organismo promovió la creación de una red de servicios comunitarios, cuyo objetivo era ofrecer una cobertura sanitaria y social alternativa a las de los hospitales psiquiátricos, que irán desmantelándose al tiempo que se desarrolla dicha red. Así, el IASAM definió para cada Área y Distrito Sanitario de todas las provincias de la Comunidad Autónoma Andaluza los dispositivos de salud mental que se debían implantar, el número y tipo de profesionales que prestarían servicio en ellos, las funciones específicas de unos y otros, y las relaciones funcionales entre ellos y con los restantes servicios sanitarios (Instituto Andaluz de Salud Mental, 1987). De esta forma, se pusieron en marcha progresivamente Equipos de Salud Mental de Distrito -primer nivel de la atención especializada en salud men-

tal-, Unidades de Salud Mental para la hospitalización breve de pacientes mentales agudos en Hospitales Generales, Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y Unidades de Rehabilitación de Área para la atención de enfermos mentales crónicos –todos ellos en el segundo nivel de la atención especializada–.

Con este diseño, los equipos de profesionales que prestaban servicio en los hospitales psiquiátricos –a los que había sido encomendado el objetivo institucional de dismantelarlos–, se debían apoyar en estos dispositivos y en los acuerdos institucionales con los servicios sociales de las Diputaciones Provinciales y la Junta de Andalucía, para articular los recursos residenciales y ocupacionales necesarios para la externalización y reinserción de los enfermos mentales crónicos que no podían vivir autónomamente ni con sus familias (Instituto Andaluz de Salud Mental, 1988a).

Con ese objetivo, y los medios disponibles, la población de los Hospitales Psiquiátricos de Andalucía pasa de 2.958 enfermos en 1985 (Instituto Andaluz de Salud Mental, 1988b) a 200 en Enero de 1995 (Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, 1995). Esta Fundación señala en el mismo informe que en Andalucía existen 290 plazas residenciales protegidas en recursos más o menos tutelados, repartidas en 11 hogares, 39 pisos y 9 pensiones. Actualmente ha aumentado el número de plazas y recursos.

No obstante, aún se precisa un número considerablemente mayor de plazas residenciales en recursos de este tipo para ofrecer respuesta a los enfermos que permanecen en los Hospitales Psiquiátricos y, sobre todo, a los que, aún viviendo en la comunidad, lo hacen en unas condiciones precarias, debido a la gravedad de su enfermedad mental y/o a las circunstancias socio-familiares y económicas en las que están inmersos. Algunos de estos enfermos reingresan por largos períodos en las mencionadas Unidades de Salud Mental de Hospitales Generales, ocupando camas que deberían reservarse para otro tipo de pacientes. En concreto, ya en 1991 el Grupo Consultor de Salud Mental del Plan Andaluz de Salud (1991) estimó que se precisaban 740 plazas residenciales más en toda Andalucía.

Sin embargo, el ritmo de creación de dichas plazas ha sido diferente en las distintas provincias de nuestra Comunidad Autónoma. Concretamente en Sevilla, la mayor parte de las que existen actualmente se han creado sólo en los últimos cuatro años debido, entre otros factores, a importantes trabas económico-administrativas previas. Así, se han integrado numerosos enfermos psicogerítricos del Hospital Miraflores (antiguo Hospital Psiquiátrico Provincial) en las residencias de ancianos concertadas y algunos otros, de mayor nivel de autonomía personal, se han incorporado a pisos asistidos<sup>1</sup>. No obstante, queda aún

---

<sup>1</sup> Los pisos asistidos se caracterizan por lo siguiente: a) los ocupan un grupo reducido de pacientes (en general, entre 3 y 5); b) los pacientes poseen un nivel de autonomía suficiente para vivir en unas condiciones de vida dignas con una supervisión mínima pero flexible de los profesionales en el domicilio; c) ello no supone especiales riesgos para la salud física y psíquica de los pacientes y del vecindario.

en ese Hospital –y en las Unidades de Hospitales Generales– un considerable número de enfermos cuya externalización y reinserción adecuadas pasa por la creación de más recursos residenciales de tutela continuada.

### **Aproximación a algunas características y métodos de intervención en la esquizofrenia**

Los criterios para etiquetar una enfermedad mental como esquizofrenia han sido definidos y precisados por diversos sistemas clasificatorios de enfermedades mentales.

Así, entre los que establecen la *Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales* de la *Asociación de Psiquiatras Americanos* (DSM-IV; APA, 1994) y la *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades* de la *Organización Mundial de la Salud* (CIE-10; OMS, 1992), cabe citar los siguientes:

A. Como mínimo uno o dos (según el sistema elegido) de los siguientes síntomas:

- Experiencias y creencias raras como sentir que los pensamientos son repetidos, robados, impuestos o difundidos; sentir que los pensamientos, el cuerpo y sus partes y los movimientos están controlados o influidos por otras personas; sentirse con una identidad personal, política, religiosa, etc. distinta; sentir que se

poseen poderes sobrehumanos; escuchar voces que no existen que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el sujeto, que le insultan y degradan, que proceden de otra parte del cuerpo.

- Lenguaje divagatorio, disgregado, interrumpido, tangencial, salpicado de palabras inventadas, empobrecido.
- Motricidad (movimientos, mímica, gestos, posturas) excitada, estática rígidamente, estática pero moldeable a las posturas en las que se le sitúa.
- Afectividad bloqueada, inadecuada, incongruente.
- Pérdida de interés por las cosas y las personas, ausencia de disfrute en las situaciones placenteras.

B. Como consecuencia de estos trastornos, especialmente aquellos que suponen déficits conductuales -los llamados por Crow (1980) *síntomas negativos*- el sujeto pierde el nivel previo de funcionamiento en áreas como las relaciones interpersonales, el trabajo<sup>2</sup>, el cuidado de sí mismo (higiene, vestimenta, alimentación, cuidados de la salud, etc.) y las actividades ocupacionales de ocio.

C. La presencia de estos trastornos dura como mínimo un mes, o menos si han sido tratados con éxito.

Por otra parte, el curso de la enfermedad conlleva, en muchos casos, la repetición periódica durante toda la vida del sujeto de episodios de esta naturaleza con o sin remisión completa de la sintomatología.

<sup>2</sup> Por ejemplo, más del 70 % de los enfermos mentales crónicos (buena parte de los cuales son esquizofrénicos) está desempleado (Goldstrom y Manderscheid, 1982) y tras el alta el porcentaje de empleo entre los enfermos mentales crónicos se sitúa entre el 10 y el 30 %; y únicamente del 10 al 15 % mantienen su trabajo entre uno y cinco años tras dicha alta (Lieberman, 1988).

matología; y, en otros, incluso una presencia casi constante de de la misma (DSM-IV, 1994; CIE-10, 1992). Así, dependiendo de la definición de esquizofrenia que se aplique, entre el 30 y el 50 % de los casos evolucionan a un estado de deterioro crónico –que incluye fundamentalmente los déficits conductuales (síntomas negativos) a los que aludimos anteriormente– en dos a cinco años después del primer ingreso. Y aún en estos casos puede seguir habiendo episodios agudos de síntomas raros (Frith, 1992). Concretamente, alrededor del 50 % de los enfermos experimentan recidivas en un período de dos años pese al tratamiento con fármacos antipsicóticos, sólo disminuyendo ese porcentaje al 37 % a lo sumo, cuando se combinan los fármacos con terapia psicosocial (Hogarty, Goldberg, Schooler y Ukich, 1974). Estudios posteriores señalan un porcentaje de recaídas aún menor (Leff *et al.* 1990).

Las hospitalizaciones son muy frecuentes cuando el enfermo esquizofrénico sufre un episodio agudo, estando especialmente indicadas si entre los síntomas que manifiesta resaltan los siguientes: intensas vivencias de perjuicio y control externo o/y profundas distorsiones de la identidad física y psíquica; excitación psicomotriz; comportamientos autolesivos, heterolesivos y autolíticos consecuentes a vivencias delirantes o/y alucinatorias –que muchas veces comprometen gravemente la integridad física del propio enfermo y de sus familiares más cercanos–; incapacidad para proporcionarse, o dejarse proporcionar, los cuidados esenciales de tipo alimentario, medicamentoso y de sueño; y el desarrollo de conductas arriesgadas (como consumir tóxicos).

Vemos, pues, –siguiendo a Liberman (1988)– que esta enfermedad puede producir graves deterioros (síntomas) que originan moderadas o intensas limitaciones funcionales y discapacitaciones que afectan al desempeño del individuo en la vida diaria; resultando de todo ello una situación de desventaja social (minusvalía) que limita o impide la plena ejecución de un papel normal para el enfermo (en edad, sexo, familia, trabajo, amistades, residencia, etc.). Es por todo ello por lo que Goldman, Gatozzi y Taube (1981) la califican como una enfermedad mental crónica.

Uno de los modelos de entendimiento etiopatogénico, evolutivo y de intervención de la esquizofrenia es el de *vulnerabilidad-estrés*, que imbrica en una compleja interacción a factores biológicos, ambientales y conductuales (Liberman, 1982). Esquemáticamente, dicho modelo considera lo siguiente:

A. En la esquizofrenia existe una predisposición genética –hereditaria (Kety, Rosenthal, Wender y Schulsinger, 1968)– y/o congénita –accidentes perinatales, virus (Crow, 1984)– a desarrollar alteraciones de dos tipos en el funcionamiento cerebral:

- Bioquímicas (por ejemplo, Seeman, Lee, Chau-Wong y Wong, 1976; Johnstone, Crow, Frith, Carney y Price, 1978); y
- Estructurales (entre otros, Johnstone, Crow, Frith, Husband, y Kreel, 1976; Brown *et al.*, 1986; Crow *et al.*, 1989).

B. El desarrollo de dichas alteraciones encuentra terreno abonado en determinadas situaciones vitales estresantes (Zubin y Spring, 1977; Gottesman y Shields, 1982),

en áreas como las de los estudios, las amistades, las relaciones con los padres, las relaciones de pareja, la búsqueda del primer empleo, el servicio militar, etc.

C. En dichas situaciones, la emergencia de un episodio esquizofrénico puede vincularse a las habilidades de afrontamiento del sujeto y su eficaz competencia resolutoria; y su sistema de apoyo individual y social (Rabkin, 1980).

En relación con esto, cabe señalar que frecuentemente el primer brote esquizofrénico emerge en la adolescencia e inicio de la adultez—entre los 20 y 30 años, o algo más en el caso de las mujeres— (OMS, 1992), que es la época en que precisamente esas exigencias vitales más relevantes empiezan a surgir. Junto a estas situaciones estresantes el surgimiento de la enfermedad se desencadena a veces por el consumo de tóxicos. Todos estos factores también son esenciales en relación a las recaídas.

En base a todas estas consideraciones, el proceso de tratamiento del enfermo esquizofrénico incluirá las oportunas intervenciones farmacológicas, hospitalarias y psicosociales. Las farmacológicas incluyen unas dosis iniciales de choque y posteriores de mantenimiento frecuentemente perennes, que contribuyen a disminuir la predisposición biológica y a amortiguar el impacto de los hechos estresantes. Las intervenciones psicosociales que según la Organización Mundial de la Salud (1991) han demostrado mayor eficacia son:

A. Los programas de entrenamiento en habilidades sociales, si bien queda por determinar sus beneficios a largo plazo.

B. Los programas que tratan de instruir a enfermos y familiares sobre los factores biológicos y psicosociales relacionados con el tratamiento prolongado de la esquizofrenia, así como de incrementar la capacidad de la familia para:

- establecer estilos de comunicación adecuados de bajo estrés que no faciliten la agudización sintomatológica del enfermo; y
- resolver los problemas relacionados con el estrés originado por las recidivas del enfermo y su rehabilitación.

C. El entrenamiento de las habilidades de la vida diaria con un nivel de exigencias adecuado al alcance de la capacidad del enfermo. El objetivo es restaurar su confianza, para aumentar luego progresivamente su desempeño hasta que funcione con una mayor capacidad posible sin sufrir un estrés agobiante.

D. La creación de recursos ocupacionales y residenciales de muy diverso nivel de apoyo y supervisión.

E. Los grupos de ayuda mutua, que proporcionan un valioso apoyo a los familiares y realizan presión a los profesionales, administradores y políticos para expandir y mejorar los servicios.

### **Alojamientos protegidos para enfermos esquizofrénicos crónicos**

La referencia a la problemática residencial de algunos esquizofrénicos es obligada cuando se habla de esta enfermedad. En ocasiones, las intervenciones ambulatorias farmacológicas y psicoso-

ciales realizadas no son eficaces para el control del trastorno, persistiendo síntomas que alteran gravemente la disposición del enfermo para una buena convivencia, y discapacidades que impiden que se maneje competentemente en su vida diaria. Cuando, además, no existe familia, o ésta no desarrolla las capacidades de afrontamiento necesarias para manejar de forma adecuada los problemas que presenta el enfermo, su calidad de vida y la de las personas que le rodean puede verse gravemente afectada.

Es aquí cuando surge la conveniencia de incluir a estos enfermos en alojamientos protegidos. La terminología al uso es muy variada para designarlos -pisos tutelados, pisos asistidos, pisos protegidos, hogares terapéuticos, casas a medio camino, casa a tres cuartos de camino, hogares intermedios, hogares terapéuticos, viviendas satélite, pensión, etc.-, dependiendo del país, el autor, el tipo de cobertura hostelera que se ofrezca, la mayor o menor presencia de profesionales, el nivel de exigencias funcionales al paciente, etc.

Sin embargo, todos ellos tratan de cubrir los siguientes objetivos de una u otra forma:

- proporcionar un medio residencial en donde los enfermos sean sometidos por los profesionales a niveles de exigencias funcionales apropiados a sus dificultades y a los logros esperables, entrenándolos cotidianamente en aquellos aspectos susceptibles de recuperación; o/y
- proporcionar un medio en los que se les compensa sus deficiencias, complementando al enfermo con ayudas personales y medio ambientales pun-

tuales o continuadas (por ejemplo, llamándole por teléfono para recordarle la toma de medicación, acompañándole a coger el autobús para llegar a una cita médica, etiquetando los armarios pormenorizando su contenido, ofreciendo un servicio de comidas, limpieza y lavandería, etc.).

Todo ello con la necesaria flexibilidad, porque los enfermos pueden regresar o progresar a niveles funcionales diferentes en momentos distintos. Cuando ocurre esto, existirían dos formas de abordaje. Una, cambiar al paciente de lugar de residencia, incluyéndolo en otro más acorde con sus posibilidades funcionales del momento; otra, aumentar o disminuir la tutela del paciente por los profesionales en el mismo lugar donde reside. Aunque Carling y Ridgway (1989) señalan que los enfermos valoran más que se flexibilicen los apoyos que el que se les cambie de lugar de residencia, no parece que ésta deba ser una regla a seguir siempre. Dependerá de las características de las dificultades del enfermo y de las circunstancias que le rodean. Probablemente, lo más razonable sería combinar el mayor apoyo con el cambio de residencia cuando la situación lo requiera.

Hasta hace relativamente poco tiempo muchos esquizofrénicos sólo tenían la oportunidad de vivir en los hospitales psiquiátricos incluso aunque no lo necesitaran. Afortunadamente, estos hospitales con una filosofía asistencial fundamentalmente asilar han ido cerrando sus puertas progresivamente. Desde hace varias decenas de años se ha venido destacando la necesidad de la reinserción en la sociedad de estos enfermos, que les sacara de la marginación manicomial a la

que estaban sometidos y propiciara su desarrollo personal con medidas activas, aún presentando síntomas y limitaciones funcionales más o menos relevantes.

Los beneficios de este planteamiento han sido evidentes. Los enfermos que residen en alojamientos protegidos activos -frente a aquellos que lo hacen en medios hospitalarios o custodiales-, muestran una significativa reducción del conjunto de sus síntomas y de su conducta desviada y se muestran satisfechos por su alojamiento actual; o, incluso, desean una vida más independiente (Kingdom, Turkington, Malcolm, Szulecka y Larkin 1991). El funcionamiento social también se mejora (Lamb y Goertzel, 1971) y, específicamente, las habilidades domésticas, el uso de los servicios de la comunidad y las actividades constructivas se ven positivamente desarrolladas cuando los enfermos salen de unidades de hospitalización de larga estancia y se integran en esos alojamientos protegidos (Hyde *et al.*, 1987). Por otra parte, el costo económico total de mantener a los enfermos mentales crónicos en alojamientos protegidos es menor que el de mantenerlos en unidades de hospitalización. Concretamente, si bien los costes de los cuidados de enfermería son mayores en el primer caso, los de capital (edificio, mantenimiento, etc.), tratamiento, consultas médicas e investigación son menores (Hyde *et al.*, 1987).

Sin embargo, cuando la desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos de los clásicos hospitales psiquiátricos se produce sin procesos rehabilitadores previos y sin una verdadera reinserción -por la ausencia de la necesaria red paralela de recursos residenciales

apropiados-, se producen situaciones difíciles de las que son víctimas muchos de dichos enfermos. Así, en Estados Unidos las calles, las prisiones o las propias familias en condiciones precarias han acogido a estos enfermos (Lamb, 1976, 1979; Bachrach, 1984). Por otra parte, muchos de los enfermos esquizofrénicos han reingresado con frecuencia en los hospitales (Howat y Kontny, 1982), alcanzando cifras del 30% en ese país (Lieberman, Falloon y Wallace, 1984); y algunos deben permanecer en los mismos a falta de alternativas residenciales apropiadas por precisar cuidados de enfermería continuados (McCreadie, Wison y Burton, 1983; Levene, Donaldson y Brandon, 1985). De hecho, los enfermos más severamente perturbados o discapacitados suelen quedar excluidos de ciertos alojamientos protegidos que no son tutelados (Hewett, 1979; Ryan y Wing, 1979).

A otro nivel, cuando los enfermos mentales desinstitucionalizados no desean, o pueden, vivir con sus familias o en alojamientos protegidos les puede resultar difícil encontrar alojamientos públicos o privados. Alisky y Iczkowski (1990) detectan que, en muchas ocasiones, se niega alojamiento a tales enfermos bien directamente, bien elevando los precios y/o requiriendo un crédito o un aval laboral.

No obstante, a pesar de la evidente conveniencia de estos recursos para ciertos enfermos esquizofrénicos, la utilización de los mismos debe supeditarse a ciertos criterios que filtren las frecuentes peticiones de los familiares, vecinos, políticos y profesionales para la inclusión del enfermo en aquéllos. No resulta raro, ya que todos los que conviven con en-

fermos esquizofrénicos pueden testimoniar las dificultades que suelen surgir en el trato cotidiano como consecuencia de los síntomas y las discapacidades que ya hemos referido. El estrés que se genera puede alentar a los familiares a tratar de evitar las situaciones problemáticas desplazando al enfermo a otro lugar. Por otra parte, cuando los profesionales empatizan vívidamente con estas dificultades o detectan unas pautas de comunicación perturbadoras de los familiares con el enfermo o encuentran unas condiciones sociales y económicas deficientes, pueden considerar desde el comienzo de su intervención la conveniencia de un recurso residencial. Sin embargo, antes de que los profesionales lleguen a tomar esta decisión se deben implementar todas aquellas medidas de intervención farmacológicas y psicosociales convenientes con objeto de tratar de mantener al paciente en su propio medio en las mejores condiciones.

Un aspecto delicado de la implementación de un alojamiento protegido es el impacto que produce en el vecindario del barrio donde se ubique. Aunque hay razones para pensar que evitar ofrecer publicidad al respecto puede ser la estrategia más razonable, para no provocar actitudes defensivas iniciales por parte de los vecinos –sustentadas en la percepción social de peligrosidad que se tiene de los enfermos mentales–, hay autores que aconsejan lo contrario. Así, Hogan (1986) recomienda contactar previamente con los responsables municipales y los vecinos del barrio correspondiente, con objeto de informarles y hacerlos copartícipes del proyecto y, de esta forma, conseguir su ayuda. Si muchas veces no se hace es porque se

piensa que informarles previamente puede aumentar su oposición cuando parece ser que en la práctica esto no es así, sino más bien al contrario. La falta de comunicación puede acrecentar la percepción de amenaza y el sentimiento de desconfianza. En cualquier caso, la conveniencia de informar previamente o no, de cómo hacerlo y a quién debe valorarse en función de las características socio-culturales de los vecinos del barrio donde se va a instalar el alojamiento.

### **Red de alojamientos protegidos en la provincia de Sevilla**

Como ya señalamos al comienzo, el IASAM promovió la creación en la comunidad autónoma andaluza de una red de dispositivos sanitarios especializados en la atención a la salud mental. Actualmente, la mayor parte de los dispositivos que se planificaron en su momento ya se han puesto en marcha. En la provincia de Sevilla contamos con 16 Equipos de Salud Mental de Distrito, en el primer nivel de la atención especializada en salud mental; tres Unidades de Salud Mental de Hospitales Generales, para la hospitalización breve de enfermos mentales agudos; dos Unidades de Rehabilitación de Área, para la atención de enfermos mentales crónicos; dos Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, para la atención de niños y púberes; una Comunidad Terapéutica, para la atención de enfermos mentales crónicos con síntomas activos. Además, el Hospital Miraflores (antiguo Hospital Psiquiátrico Provincial) acoge a enfermos que permanecen ingresados a la espera de su externalización a alojamientos

protegidos y residencias de ancianos. Por último, la Casa de Transición da cobertura asistencial a diez pacientes mentales crónicos en proceso de rehabilitación, también con objeto de su inclusión en alojamientos protegidos.

En los últimos años se ha desarrollado en la provincia una considerable cantidad de dichos alojamientos en forma de pisos asistidos, que constituyen una red con distintos niveles de tutela por los profesionales que los atienden. De esta forma se ha dado respuesta a la necesidad de alojamiento para algunos enfermos esquizofrénicos externalizados del Hospital Miraflores, para otros residentes en su medio de origen o en la Casa de Transición, y para los internados frecuente y continuamente en Unidades de Salud Mental de Hospitales Generales y en la Comunidad Terapéutica.

El nivel inicial y más básico de esa red de recursos lo constituye la Casa de Transición. Se trata de un recurso sanitario tutelado orientado a la rehabilitación en un medio normalizado de enfermos mentales crónicos, fundamentalmente esquizofrénicos, para aumentar su nivel de desempeño en las habilidades de la vida diaria. En este sentido, los programas de intervención que se desarrollan corresponden a áreas como la higiene personal, la vestimenta y el cuidado de la ropa, la alimentación, la limpieza del hogar, el manejo del dinero, el uso de transportes, etc.

Este recurso está ubicado en una casa del recinto del Hospital Miraflores. El personal técnico que está adscrito lo constituye doce auxiliares de enfermería, que cubren por turnos en equipos de dos/tres personas las 24 horas del día; un supervisor de enfermería y un psiquiatra a tiempo parcial; y un psicólogo, res-

ponsable del recurso. Además, presta servicio una limpiadora a tiempo parcial. Los enfermos comen en un comedor habilitado en una zona independiente del Hospital Miraflores, servido por el personal de cocina y *office* del mismo.

Los enfermos que se incluyen en este recurso son derivados por las Unidades de Rehabilitación de Área tras haber sido evaluados y haberse consensuado la decisión junto al Equipo de Salud Mental de Distrito correspondiente. Habitualmente, el destino residencial propuesto para la mayor parte de los enfermos que pasan por la Casa de Transición es el de uno de los pisos asistidos. Algunos otros, que no poseen el nivel de autonomía requerido para poder integrarse en uno de estos recursos, permanecen en la Casa de Transición a la espera que se pongan en marcha alojamientos menos exigentes y más tutelados, que recibirían el nombre de casa-hogar o miniresidencia.

La constitución de la Casa de Transición se promovió por la Coordinadora Provincial de Rehabilitación, poniéndose en marcha en Junio de 1990 con el objetivo primordial en ese momento de dinamizar y apoyar la externalización de enfermos del Hospital Psiquiátrico Provincial. Desde entonces han pasado por ella 42 enfermos de toda la provincia, procedentes de otros dispositivos sanitarios hospitalarios o de su propio domicilio, con un tiempo de estancia que ha oscilado entre dos meses y cinco años y edades entre los 21 y 68 años. De todos ellos 34 tenían el diagnóstico de esquizofrenia. El destino residencial de los pacientes ha sido el siguiente:

- diecisiete han pasado a vivir establemente a pisos asistidos,

- cinco a su propio domicilio (dos de ellos con el alta voluntaria) debiendo regresar dos con posterioridad,
- uno a los recursos residenciales de la asociación *Paz y Bien*<sup>3</sup>,
- uno a una Unidad de Salud Mental,
- seis al Hospital Miraflores (también cuatro de ellos con el alta voluntaria),
- cuatro enfermos a pisos asistidos, regresando posteriormente.

Actualmente, siguen residiendo en el recurso diez enfermos, si bien durante el año 1996 casi todos ellos se incorporarán a los nuevos alojamientos protegidos previstos.

La red de recurso residenciales se completa con nueve pisos que albergan a 35 enfermos mentales crónicos, 27 de los cuales han sido diagnosticados de esquizofrenia. Sus edades oscilan entre 32 y 65 años. Cada piso lo conforman entre tres y seis enfermos que desarrollan una vida normalizada. Las tareas domésticas son objeto de su dedicación y todos ellos están vinculados con la red de dispositivos sanitarios generales y específicos de salud mental. Los enfermos acuden a sus citas con los facultativos correspondientes en estos dispositivos y muchos siguen programas recreativos, ocupacionales y pre-laborales en esos dispositivos o en recursos sociales comunitarios.

En caso de que el enfermo requiriera una hospitalización por presentar una recaída grave de su enfermedad, aquella tendrá lugar en la Unidad de Salud Mental de Hospital General que le corresponda por el tiempo que se estime oportuno, regresando posteriormente al

piso asistido. Los enfermos que presenten dificultades de convivencia sin síntomas psicóticos relevantes pueden ser acogidos temporalmente por la Casa de Transición.

Los pisos son atendidos específicamente por un equipo de profesionales con dedicación exclusiva a este menester, constituido por dos auxiliares de enfermería, cinco monitores y una trabajadora social responsable del equipo. Su presencia física en aquéllos varía en función del nivel de autonomía de los enfermos que residen allí, tendiendo a ser mayor al comienzo de la puesta en marcha del alojamiento y en aquellas ocasiones en las que uno o más de los integrantes precisan un mayor soporte externo. En cualquier caso, de Lunes a Viernes suelen estar en los pisos que le corresponden atender por las mañanas. Se suele usar el teléfono por las tardes y noches cuando es preciso algún control sin que se requiera la presencia de un profesional. Cuando se produce una situación conflictiva de tipo doméstico o relacional en horas y días en que los profesionales del equipo están descansando (noches, fines de semana), los propios enfermos pueden llamar por teléfono solicitando ayuda a un miembro del equipo que está localizable con un «buscapersonas». Cuando se abra la casahogar se prevee la modificación de este sistema, de modo que los pacientes de los pisos asistidos llamarán a dicho recurso cuando se produzca una situación imprevista urgente, atendiéndoles los profesionales que cubren la 24 horas del día en ese centro.

<sup>3</sup> Es una asociación sin ánimo de lucro que acoge en recursos residenciales y ocupacionales a jóvenes deficientes mentales sin recursos propios o adecuados.

Los enfermos se encargan de los cuidados domésticos básicos y la mayor parte de ellos comen en su domicilio, previa compra y elaboración de los alimentos. Los pisos reciben el apoyo semanal de una limpiadora por horas.

En 1991 se puso en marcha el primer piso asistido, en el que se integraron los primeros cuatro enfermos que llegaron a la Casa de Transición procedentes del Hospital Psiquiátrico de Miraflores. Su apertura requirió de la Coordinadora Provincial de Rehabilitación numerosas gestiones administrativas con responsables técnicos y políticos de la Diputación Provincial, orientadas a la consecución de fondos económicos para el alquiler del piso. Posteriormente, la implicación de la *Asociación de Allegados de Enfermos Esquizofrénicos (ASAENES)* en la creación de este tipo de recursos, con la orientación de la Coordinadora Provincial de Rehabilitación, facilita la ampliación de la red en los años sucesivos, desde 1992. Dicha Asociación obtenía fondos económicos del Instituto Andaluz de Servicios Sociales previa presentación y aprobación de los programas residenciales correspondientes. Sin duda, su disponibilidad ha sido esencial para la tarea a la que nos referimos.

Más cerca en el tiempo, la recién creada en 1994 Fundación de Salud Mental para la Integración Social del Enfermo Mental —constituida por instituciones, organismos y asociaciones diversas como son Consejerías de Salud, Servicios Sociales y Trabajo, ASAENES, etc.— consolida y asegura la continuidad de los recursos ya existentes y la creación de otros nuevos. En este sentido, a lo largo de 1996 está proyectado poner en funcionamiento una casa-hogar, en

donde los enfermos serán atendidos por turnos de profesionales durante las 24 horas del día. Se ofrecerá, pues, una mayor tutela, ya que los residentes serán enfermos que presenten mayores deterioros y discapacidades, requiriendo mayores soportes personales y ambientales (por ejemplo, servicio exterior de cocina, lavado y planchado; supervisión de la toma de medicación; acompañamiento en las visitas a los dispositivos sanitarios; etc.) que les permitan una adecuada calidad de vida. Varios recursos más de este tipo están planificados para fechas posteriores.

En fin, la red de alojamientos protegidos para enfermos esquizofrénicos, alternativos a los hospitales psiquiátricos, ha tenido un amplio desarrollo en Andalucía. No obstante, aún quedan por crear alojamientos con un mayor nivel de tutela que ofrezcan cobertura residencial precisamente para los enfermos más graves. Aquellos que presentan mayores deterioros y discapacidades y, por tanto, mayores dificultades para mantenerse en sus propios hogares o en los recursos menos tutelados como son los pisos asistidos. Sólo así podrán reiniciar un vida más digna algunos de los enfermos que viven en sus propias casas en condiciones precarias, otros alojados en las Unidades de Salud Mental de Hospitales Generales y algunos de los que aún residen en el Hospital Miraflores de Sevilla.

## Referencias

- ALISKY, J. M. y ICZKOWSKI, B. A. (1990). Barriers to housing for desinstitutionalized psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 93-95.

- A.P.A (1994). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
- BACHRACH, L. L. (1984). Research on services for the homeless mentally ill. *Hospital Community Psychiatry*, 35, 910-913.
- BROWN, R., COLTER, N., CORSELLIS, J. A. N., CROW, T. J., FRITH, C. D., JAGOE, R., JOHNSTONE, E. C. y MARSH, L. (1986). Post-mortem evidence of structural brain changes in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 43, 36-42.
- CARLING, P. J. y RIDGWAY, P. (1989). Aproximation to residential programs. En A. D. Farkas y W. A. Anthony (Eds.). *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice*. Baltimore: J. H. University.
- CONSEJERIA DE SALUD Y CONSUMO (1984). Ley 9/1984, de 3 de Junio, por la que se crea el Instituto Andaluz de Salud Mental. *B.O.J.A.*, 67, 1314-1316.
- CROW, T. J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? *British Medical Journal*, 280, 66-68.
- CROW, T. J. (1984). A reevaluation of the viral hypothesis: is psychosis the result of retroviral integration at a site close to the cerebral dominance gene? *British Journal of Psychiatry*, 145, 243-253.
- CROW, T. J., BALL, J., BLOOM, S. R., BROWN, R., BRÜTON, C. J., COLTER, N., FRITH, C. D., JOHNSTONE, E. C., OWENS, D. G. C. y ROBERTS, G. W. (1989). Schizophrenia as an anomaly of development of cerebral asymmetry. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1145-1150.
- FRITH, C. D. (1992). *La esquizofrenia: Un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Barcelona: Ariel, 1995.
- FUNDACION ANDALUZA PARA LA INTEGRACION SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL (1995). *Informe del grupo de trabajo sobre criterios para el desarrollo de recursos de apoyo social en Andalucía. Areas residencial y laboral*. Sevilla: Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.
- GOLDMAN, H. H., GATOZZI, A. A. y TAUBE, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital Community Psychiatry*, 32, 22.
- GOLDSTROM, I. y MANDERSCHIED, R. (1982). The chronically mentally ill: a descriptive analysis from the Uniform Client Data instrument. *Community Support Services Journal*, 2, 4-9.
- GOTTESMAN, I. y SHIELDS, J. (1982). *Schizophrenia: The epigenetic puzzle*. Londres: Cambridge University Press.
- GRUPO CONSULTOR DE SALUD MENTAL DEL PLAN ANDALUZ DE SALUD (1991). *Informe del área de análisis preferente número 11: Salud Mental*. Bubión: Servicio Andaluz de Salud.
- HEWETT, S. (1979). Somewhere to live. En R. Olsen (Ed.). *Alternatives patterns of residential care for discharged psychiatric patients*. Londres: British Association of Social Workers.
- HOGAN, R. (1986). Gaining community support for group homes. *Community Mental Health Journal*, 22, 117-126.
- HOGARTY, G. E., GOLDBERG, S. C., SCHOOLER, N. R., UKICH, R. F. y COLLABORATIVE STUDY GROUP

- (1974). Drug and psychotherapy in the after care of schizophrenia patients. II. Two-year relapse rates. *Archives of General Psychiatry*, 31, 464-476.
- HOWAT, J. G. y KONTNY, B. (1982). The outcome for discharged Nottingham long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 590-594.
- HYDE, C., BRIDGES, K., GOLDBERG, D., LOWSON, K., STERLING, C. y FARAGHER, B. (1987). The evaluation of a hostel ward. A controlled study using modified cost-benefit analysis. *British Journal of Psychiatry*, 151, 805-812.
- INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL (1986). *La reforma psiquiátrica en Andalucía*. Sevilla: Instituto Andaluz de Salud Mental.
- INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL (1987). *Propuesta de organización de los servicios para la atención sanitaria a las necesidades de salud mental en la comunidad autónoma de Andalucía*. Sevilla: Instituto Andaluz de Salud Mental.
- INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL (1988a). *La organización de los servicios de rehabilitación en salud mental*. Sevilla: Instituto Andaluz de Salud Mental.
- INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL (1988b). *La reforma psiquiátrica en Andalucía 1984-1990*. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios sociales. Instituto Andaluz de Salud Mental.
- JOHNSTONE, E. C., CROW, T. J., FRITH, C. D., HUSBAND, J. y KREEL, L. (1976). Cerebral ventricle size and cognitive impairment in chronic schizophrenia. *Lancet*, ii, 924-926.
- JOHNSTONE, E. C., CROW, T. J., FRITH, C. D., CARNEY, M. W. P. y PRICE, J. S. (1978). Mechanism of antipsychotic effects in the treatment of acute schizophrenia. *Lancet*, i, 848-851.
- KETY, S. S., ROSENTHAL, D., WENDER, P. H. y SCHULSINGER, F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. En D. Rosenthal y S. S. Kety (Eds.). *The transmission of schizophrenia*. Oxford: Pergamon.
- KINGDON, D., TURKINGTON, D., MALCOLM, K., SZULECKA, K. y LARKIN, E. (1991). Replacing the mental hospital. Community provision for a district's chronically psychiatrically disabled in domestic environments? *British Journal of Psychiatry*, 158, 113-117.
- LAMB, H. R. (1976). Guiding principles for community survival. En H.R. Lamb (Ed.). *Community survival for long-term patients*. San Francisco: Jossey-Bass.
- LAMB, H. R. (1979). The new asylums in the community. *Archives General of Psychiatry*, 36, 129-134.
- LAMB, H. R. y GOERTZEL, V. (1971). Discharged mental patients, are they really in the community? *Archives General Psychiatry*, 24, 29-34.
- LEFF, J., BERKOWITZ, R., SHAVIT, A., STRACHAN, A., GLASS, I. y VAUGHN, C. (1990). A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia: Two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 154, 58-66.
- LEVENE, L. S., DONALDSON, L. J. y BRANDON, S. (1985). How likely is it that a district health authority can close its large mental hospitals? *British Journal of Psychiatry*, 147, 150-155.
- LIBERMAN, R. P. (1982). Social factors in schizophrenia. En L. Grinspoon (Ed.).

- American Psychiatric Association Annual Review (vol. 1)*. Washington D. C.: American Psychiatric Press.
- LIBERMAN, R.P. (1988). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca, 1993.
- LIBERMAN, R. P., FALLON, I. R. H. y WALLACE, C. J. (1984). Drug-psychosocial interventions in the treatment of schizophrenia. En M. Mirabi (Ed.). *The chronically mentally ill: Research and services*. Nueva York: SP Medican and Scientifics Books.
- McCREADY, R. G., WILSON, D. A. y BURTON, L. L. (1983). The Scottish survey of «new chronic» in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 143, 564-571.
- O.M.S. (1978). *La atención primaria de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- O.M.S. (1991). *Evaluación de los métodos de tratamiento de trastornos mentales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- O.M.S. (1992). *CIE-10: Decima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor, 1992.
- RABKIN, J. G. (1980). Stressful life events and schizophrenia: A review of the literatur. *Psychological Bulletin*, 87, 408-425.
- RYAN, P. y WING, J. K. (1979). Patterns of residential care. En R. Olsen (Ed.). *Alternatives patterns of residential care for discharged psychiatric patients*. Londres: British Association of Social Workers.
- SĚEMAN, P., LEE, T., CHAU-WONG, M. y WONG, K. (1976). Antipsychotic drug doses and neuroleptic/dopamine receptors. *Nature*, 261, 717-719.
- ZUBIN, J. y SPRING, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.