

RECONVERSIÓN DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE LARGA ESTANCIA PSIQUIÁTRICA EN RESIDENCIA

Jové Badía, E.; Carrió Díez, E.; Mizrahi Recasens, C.; Pagerols Hernández, J.; Pérez Carré, M.; Fortuny Olivé, J.R.

Centro Asistencial Emili Mira. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones. Consorci Parc Mar de Salut (Barcelona)

Introducción

En todos los ámbitos geográficos nacionales se intenta la externación de enfermos mentales que ocupan plaza en dispositivos hospitalarios de larga estancia psiquiátrica, y uno de los recursos que están asumiendo la función de reinserción comunitaria con éxito en los últimos años son las residencias para enfermos mentales. En nuestro ámbito, Cataluña, la administración autonómica a través del ICASS (Institut Català d'Assistència i Serveis Socials) de la Conselleria de Benestar i Família ha ido validando el perfil de adecuación a residencia a partir de las propuestas que parten de los centros de salud mental y de las diferentes unidades de hospitalización, entre ellas las de larga estancia existentes. Pero la ocupación de las plazas disponibles y la dificultad económica que entraña el coste para la creación y puesta en marcha de otras nuevas provoca una demora en el tiempo de espera. Ante esta perspectiva, desde hace un año se ha ido adecuando una unidad diferenciada de larga estancia para ser ofertada como servicio concertado en forma de residencia para enfermos mentales.



DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD

Se trata de la unidad Residencia Núria, enmarcada junto a otras en la totalidad del recinto hospitalario (Centres Assistencials Dr. Emili i Mira de Sta. Coloma de Gramenet, Barcelona, adscritos al Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones, INAD perteneciente al Consorcio Parc de Salut-Mar), de unos 2700 m² de superficie, aislada, de planta cuadrada, en la que existen 4 alas de habitaciones individuales (1,2,3,4 en el esquema adjunto) y diversos espacios comunes (4,5), así como terrazas interiores. Dicha unidad ha funcionado como dispositivo de larga estancia psiquiátrica entre los años 2005-2014. Su peculiaridad estriba en que este recurso residencial no está localizado en la comunidad como otras residencias que vienen funcionando en nuestra geografía, sino que conservará la ubicación del recinto psiquiátrico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LOS USUARIOS

- Edad inferior a los 65 años.
- Diagnóstico de TMS (Trastorno mental severo).
- Acreditar la residencia de al menos 5 años en Cataluña de los cuales al menos 2 han de ser inmediatamente anteriores a la presentación de la solicitud.
- Tener reconocido el grado de discapacidad del 65% o superior.
- Necesidad de disponer de un recurso residencial (por precariedad o fracaso de otro soporte familiar o social).
- No precisar de una asistencia sanitaria continuada.
- Poder desarrollar actividades de la vida diaria con un soporte externo y vivir en régimen abierto.

REUBICACIÓN DE PACIENTES

Tras reubicar en otra unidad de larga estancia a cinco pacientes que no tenían la solicitud de residencia y aceptar a otros que tenían la solicitud aprobada, la distribución definitiva para un total de 23 pacientes ha quedado en: 5 mujeres y 18 hombres, con edad media global de 52,3 años (elevada porque la mayoría proceden de dilatadas estancias en el hospital psiquiátrico) y con esta distribución por diagnósticos: 1 caso de disminución psíquica con trastorno psicótico indiferenciado, 1 caso con trastorno bipolar, 3 casos de trastorno de personalidad y el resto, 18 casos, con el diagnóstico de trastorno esquizofrénico crónico.

DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES CAMBIOS EFECTUADOS PARA LA RECONVERSIÓN EN HOGAR-RESIDENCIA

1) Negociación con organismos de la Generalitat. Proceso de cambio de un servicio hospitalario dependiente del Departamento de Salut de la Generalitat a dispositivo concertado con el ICASS. Las gestiones que se iniciaron en 2012 y continuaron durante la totalidad del 2013, consolidándose la unidad Residencia Núria como la primera enmarcada en el propio hospital psiquiátrico y no en la comunidad.

2) Acciones de índole administrativa y social para considerar a los usuarios como ingresos nuevos para un dispositivo residencial de este tipo:

- Empadronamiento en la propia dirección de la residencia.
- Abolición mediante comunicados judiciales de todos los expedientes de autorización judicial que regían la calidad de ingreso involuntario en algunos usuarios (en concreto, 9 pacientes de los 23).
- Firma del documento de aceptación del ingreso voluntario en el nuevo hogar-residencia (incluidos los pacientes que están en situación de incapacidad legal parcial o total, en los que también firma la figura del tutor).
- Regulación de su nueva adscripción al área básica de salud (ABS) de la zona. Proceso iniciado en septiembre del 2014 con la finalidad de que la mayor parte de la asistencia sanitaria se realice de forma progresiva a nivel ambulatorio, aun manteniendo al unísono la que brinda el propio hospital psiquiátrico (atención de urgencia por el psiquiatra de guardia, atención somática por el médico internista o atención psiquiátrica por el especialista referente de la unidad).

3) Elaboración de un reglamento interno propio que sirva de información tanto al profesional como al usuario y sus familiares. Incluye, además de las características de la residencia como dispositivo, la guía de servicios que ofrece, tipo de asistencia sanitaria recibida (tanto interior, desde el propio centro, como ambulatoria, desde la comunidad), normas sobre la gestión económica del dinero de los pacientes así como su documentación, las actividades terapéuticas diseñadas, normas de convivencia generales, derechos y deberes de los residentes y regulación de las faltas leves o graves.

4) Instauración de nuevos procedimientos de trabajo de enfermería. Incluyen: procesos de atención, educación para la salud, promoción de actividades de la vida diaria, actividades instrumentales: taller de planchado o de lavadora, gestión del dinero propio, cuidado y limpieza de espacios comunes del hogar residencial, cuidado de pertenencias, higiene personal, grupo de conversación, asamblea de residentes, control de actividades, automedicación diaria, etc.

5) Elaboración de otros protocolos: asistenciales, protocolo de acogida multidisciplinar, comunicación de evasiones, etc.

6) Reestructuración de los recursos humanos de profesionales adscritos. Actualmente se han podido disminuir, quedando a: un diplomado de enfermería en horario de 8 a 15 horas, seis auxiliares de psiquiatría (2 en cada uno de los tres turnos), médico psiquiatra a tiempo parcial (unas 8 horas semanales), psicólogo clínico (6 horas semanales), médico internista consultor, trabajador social y terapeuta ocupacional también a tiempo parcial.

7) Información a los usuarios y familias.

Bibliografía

Manual de recomanacions de bones praxis: llars residències per a persones amb discapacitat derivada de malaltia mental. Documents de suport. Departament de Benestar i Família. Generalitat de Catalunya. 1ª edició, 2005.