PROGRAMA ALTERNATIVAS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON TMG

DEFINICION

Conjunto de actividades y recursos orientados a cubrir las necesidades residenciales (vivienda, manutención, cuidados básicos)que garanticen la permanencia y participación activa en la vida social de personas con discapacidades psiquiátricas, proporcionándole el grado y tipo de apoyo que precisen en cada fase evolutiva.

DIFICULTADES DE ACCESO Y MANTENIMIENTO

- La existencia de discapacidades y deterioro de habilidades sociales
- Insuficientes y limitados esfuerzos de los sistemas de servicios de salud mental y servicios sociales para ofrecer entrenamiento y apoyo.
- La discriminación y el estigma asociado a la enfermedad mental dificultan y limitan el acceso.
- Los insuficientes ingresos económicos y situaciones de pobreza en algunos casos (la gran mayoría con pensiones no contributivas)

CONSECUENCIAS

- Un uso inadecuado de la atención hospitalaria
- Incremento de reingresos hospitalarios (puerta giratoria)
- Sobrecarga familiar: disminución de calidad de vida, tendencia a la hospitalización y al internamiento definitivo,…
- Aumento de enfermos mentales en situación de marginación sin techo.
- Dificultades de integración comunitaria al tener que vivir en alojamientos marginales.

OBJETIVOS

- Facilitar residencia a los enfermos mentales crónicos que pueden ser mantenidos bajo control psiquiátrico en el medio comunitario
- Proporcionar alternativas residenciales adecuadas a las características del paciente y de su momento evolutivo
- Adecuar los apoyos residenciales a las características contextuales
- Estimular el mayor grado de autonomía posible en la gestión y mantenimiento de sus necesidades residenciales

ACTIVIDADES

- Apoyo de la estructura familiar como soporte básico natural para que se mantenga y en su caso reintegre el paciente
- Facilitar los recursos y apoyos necesarios a los pacientes que puedan disponer y mantenerse en una vivienda propia
- Facilitar el uso de recursos residenciales normalizados, proporcionando el apoyo necesario

MODELOS DE INTERVENCION

- CONTINUUM RESIDENCIAL
- "SUPPORTED HOUSING" o VIVIENDA CON APOYOS

MODELO DEL "CONTINUUM RESIDENCIAL"

DEFINICION

Conjunto de servicios o dispositivos que se estructurarían linealmente a lo largo de un continuo, para proporcionar diferentes niveles de atención y supervisión y diferentes niveles de restrictividad.

El usuario iría progresando a lo largo de un continuo pasando desde dispositivos más restrictivos y con mayor supervisión de personal especializado a alternativas menos restrictivas y menos supervisadas.

MODELO DEL "CONTINUUM RESIDENCIAL"

ORIGEN

A partir de la década de los cincuenta, en EEUU e Inglaterra, en el contexto de la transformación de la asistencia psiquiatrica hacia nuevos modelos de atención en salud mental de tipo comunitario.

MODELO DEL "CONTINUUM RESIDENCIAL"

TIPOLOGIA DE SERVICIOS

Asociación Americana de Psiquiatría (1982)

- Variedad terminológica
- Diferencias en las características de los recursos

1. **NURSING FACILITY**

- Dispositivos a caballo entre un hospital y una residencia, con atención médica y de enfermería durante 24 horas
- usuarios con gran deterioro y discapacidad necesitando supervisión constante.
- La duración de la estancia es variable, pero en general de larga duración. Podrían asimilarse en nuestro contexto a **mini-residencias o casas hogar**.

MODELO DEL "CONTINUUM RESIDENCIAL"

2. GROUP HOMES

- atención continuada de 24 horas
- grupos de pacientes, entre 10 y 20, que conviven con un equipo de apoyo y supervisión
- intervención basada en entenamiento intensivo de habilidades sociales y recuperación de autonomía dentro de procesos de rehabilitación psicosocial.
- Predomina la estancia transitoria dadas sus funciones de rehabilitación.
- Podrían asimilarse en nuestro contexto a los **piso de transicion, terapeutico o piso escuela.**

MODELO DEL "CONTINUUM RESIDENCIAL"

3. PERSONAL CARE HOMES

- Variedad confusa y hetereogénea de dispositivos.
- Son residencias de entre 4 y 10
- Objetivo: soporte y mantenimiento del nivel de funcionamiento de los residentes.
- Suelen estar dirigidos por propietarios ajenos que no dependen del sistema de salud mental.
- Atención 24 horas a través de un equipo que ofrece apoyo para AVD y seguimiento de la medicación prescrita. Quizá sería el equivalente de las **pensiones supervisadas.**

MODELO DEL "CONTINUUM RESIDENCIAL"

4. **FOSTER HOME**

   Programas asistenciales articulados a través de familias sustitutas que acogen a pacientes mentales no relacionados con la familia, de forma continuada o temporal.

5. **SATELLITE HOUSING**

- pisos o apartamentos normales, semiiindependiente
- compartidos entre varios usuarios (2 a 4)
- supervisión de nivel variable para apoyar el funcionamiento cotidiano y la convivencia. Alternativa generalmente estable.
- Equivalente a los **pisos tutelados**.

6. **NATURAL FAMILY PLACEMENT.** Reinserción en su familia.

MODELO DEL "CONTINUUM RESIDENCIAL"

LIMITACIONES DEL MODELO I:

- Tensión, estrés y desarraigo al tener que pasar de un recurso a otro al mejorar sus capacidades y nivel de funcionamiento
- Estandarización de la atención en cada recurso en función de características prototípicas de grupos de pacientes y dificultad para ajustarse a las necesidades individuales. (*Adaptar al paciente al recurso en lugar del recurso al paciente)*
- Rigidez en la duración de las estancias: fracaso de residentes para adaptar su ritmo al del recurso

MODELO DEL "CONTINUUM RESIDENCIAL"

- **LIMITACIONES DEL MODELO II**
  - Problemas de generalización de las habilidades aprendidas
  - Disminución del nivel de apoyo a medida que el paciente mejora su nivel de funcionamiento. **Mayor autonomía no va ligada necesariamente a menor apoyo.**
  - Se ha priorizado el desarrollo de recursos transitorios o preparatorios en detrimento de alternativas de alojamiento estable normalizadas, lo que genera puertas giratorias y bloqueo en los recursos.
  - Se ha priorizado el desarrollo de dispositivos residenciales específicos en detrimento de otras fórmulas que les permitan acceder, funcionar y mantenerse en viviendas normales de la comunidad como el resto de los ciudadanos.

MODELO DEL "SUPPORTED HOUSING" o VIVIENDA CON APOYOS

DEFINICIÓN

Modelo cuya filosofía se basa en compatibilizar estrategias basadas en dispositivos residenciales específicos con otras que ayuden a las personas con discapacidades psiquiátricas a elegir, acceder y mantenerse en viviendas normales similares al resto de los ciudadanos

ORIGEN

Las limitaciones o críticas a los modelos de organización de servicios residenciales basados en el modelo del "continuum residencial".

MODELO DEL "SUPPORTED HOUSING" o VIVIENDA CON APOYOS

CARACTERÍSTICAS DEL MODELO

- Facilitar acceso y mantenimiento en viviendas normales con un sistema de apoyo flexible y continuado
- Indicado para personas con niveles medios o bajos de discapacidad
- Necesidad de alternancia con el modelo del continuum residencial
- Exige alternativas múltiples y variadas que se adapten a las distintas y complejas necesidades de los usuarios.

CUADRO COMPARATIVO DE LOS DOS MODELOS

Fuente: M.Lopez Alvarez; L. Lara Palma; M. Laviana y cols.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE DOS MODELOS ALTERNATIVOS DE PROGRAMAS RESIDENCIALES*

MODELO DE *CONTINUUM* RESIDENCIAL *LINEAR CONTINUUM*	MODELO DE APOYO RESIDENCIAL *SUPPORTED HOUSING*
— Contexto residencial de tratamiento	— Hogar
— Indicación	— Elección
— Rol de cliente o usuario	— Roles normales
— Control por el personal	— Control del hogar por el cliente
— Agrupación por discapacidad	— Integración social
— Contextos preparatorios y de transición	— Aprendizaje en el mundo real en contextos permanentes
— Niveles de servicio estandarizados	— Servicios y apoyos flexibles e individualizados
— Entorno con las menores restricciones posibles	— Entorno lo más facilitador posible
— Independencia	— Apoyos de larga duración

* Modificado de Lehman y Newman[10].

MODELOS DE PROVISION DE RECURSOS RESIDENCIALES PARA EL TMG EN ESPAÑA

- FUNDACIONES PUBLICAS
- MIXTO (SERVICIOS SOCIALES-SANIDAD)
- UNIDEPARTAMENTAL (SANIDAD VERSUS SERVICIOS SOCIALES)

MODELOS DE INTERVENCION: SITUACION ESPAÑOLA

- Conviven los dos modelos
- En la mayoría de CCAA los dispositivos suelen concretarse en:
  - Minirresidencias
  - Viviendas supervisadas o tuteladas
  - Apoyo residencial externo
  - Pisos de transición o pisos escuela

MODELOS DE INTERVENCION: SITUACION ESPAÑOLA

VIVIENDAS TUTELADAS O SUPERVISADAS

- **Son alternativas residenciales normalizadas para personas con enfermedad mental grave** que tienen dificultades para cubrir de modo independiente sus necesidades de alojamiento y soporte social, concebidas como un recurso comunitario ubicado en pisos o viviendas y con una supervisión ajustada a las necesidades de los pacientes (alta o baja supervisión, y transición a alternativas más autónomas).

MODELOS DE INTERVENCION: SITUACION ESPAÑOLA

MINIRRESIDENCIAS

- **Es un servicio residencial, abierto y flexible**, con el objetivo de evitar situaciones de institucionalización, minimizar la carga familiar y favorecer la autonomía y el mantenimiento en la comunidad de las personas con enfermedad mental que no cuenten con el alojamiento o soporte necesario. Cuenta con mayor supervisión y apoyo a los residentes que una supervisada.

MODELOS DE INTERVENCION: SITUACION ESPAÑOLA

PISOS DE TRANSICION O PISO ESCUELA

- Dispositivo terapéutico y residencial de carácter temporal cuyo objetivo es ser un taller de aprendizaje centrado en actividades de autocuidado y de convivencia social, como entrenamiento previo al paso a otro tipo de dispositivo residencial más autónomo

MODELOS DE INTERVENCION: SITUACION ESPAÑOLA

APOYO RESIDENCIAL EXTERNO

- Son intervenciones que **se realizan con usuarios que no residen en recursos residenciales específicos** a través del apoyo al mantenimiento en el propio domicilio o en otras fórmulas normalizadas de alojamiento como el mantenimiento en la propia vivienda o en el domicilio familiar, en pensiones con plazas concertadas, pisos compartidos, etc.

APROXIMACION A LA SITUACION ACTUAL EN ARAGON

- MODELOS DE INTERVENCION
- RECURSOS
- CONCLUSIONES 1ª JORNADAS DE LA AARP (2002)
- CONCLUSIONES DE LAS III JORNADAS DE LA AARP (2006)

MODELOS DE INTERVENCION

- **MODELO CONTINUUM RESIDENCIAL**

Se constatan las mismas dificultades detectadas por la Asociación Americana de Psiquiatría :

- variedad terminológica
- diferencias en las características de los dispositivos

MODELO CONTINUUM RESIDENCIAL

TIPOLOGIA DE DISPOSITIVOS

1. PISOS ASISTIDOS

- Usuarios con discapacidades de un mayor nivel de supervisión, asistencia 24 horas, (presenciales o no) , y que requieren de otros dispositivos rehabilitadores de apoyo (C.D., UME…)
- Dos perfiles de usuarios:

  - Pacientes de larga evolución de la enfermedad, con antecedentes de institucionalización, que tienen discapacidades graves en autocuidado, habilidades sociales que mejoran con supervisión continúa, pero que no presentan graves trastornos psicopatológicos.

  - Jóvenes con psicopatología activa, que necesitan a más largo plazo apoyo intensivo tanto para la contención de su sintomatología, como para la ejecución de programas de inserción social que eviten la tendencia a la cronicidad.

MODELO CONTINUUM RESIDENCIAL

2. ALOJAMIENTOS SUPERVISADOS, PISOS PROTEGIDOS, TUTELADOS O SOCIALES.

- Pisos puestos en marcha por entidades privadas (con o sin animo de lucro) en propiedad y/o alquiler,
- usuarios con habilidades y un nivel aceptable en su autonomía personal (1-4 residentes).
- La supervisión, organización y funcionamiento tendería a ser mínima y realizada desde dispositivos poco intensivos.

MODELO DE "SUPPORTED HOUSING O VIVIENDA NORMAL CON APOYOS"

1. APOYO PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS USUARIOS EN SUS PROPIOS PISOS.

- Pacientes que poseen piso propio y necesitan de apoyo para poder mantenerse en su domicilio.
- El sistema de apoyo se establecería desde programas del tipo Seguimiento de Casos generalmente vinculados a estructuras asistenciales del tipo Centro de Día.

MODELO DE "SUPPORTED HOUSING O VIVIENDA NORMAL CON APOYOS"

2. VIVIENDA CON APOYOS

- Para personas con niveles medios o bajos de discapacidad que carecen de vivienda propia
- Se facilita el acceso, la elección y mantenimiento, de forma individual, en pareja o compartida en viviendas normales con un sistema de apoyo flexible y continuado.

DESCRIPCION DE LOS RECURSOS EN ARAGON

Fuente: Informe Vivienda Tutelada en Aragón
(Red Aragonesa de Entidades Sociales para la Inclusión)

ENTIDAD	Nº VVIENDAS	SUPERVISION	UBICACION
Ejea Sociedad C.	8	Diaria	Cinco Villas (Z)
Fundación Agustín Serrate- ARCADIA	4	3 Diaria 1 Periódica	Huesca capital
Fundación Rey Ardid	9	Diaria	Zaragoza capital
Fundación La Caridad	2	Directa semanal	Zaragoza capital
2 a Vía S. Coop. I+E	5	Diaria/periódica	Zaragoza capital
Neuropsiquiátrico del Carmen	4	Diaria	Zaragoza

DESCRIPCION DE LOS RECURSOS EN ARAGON

APOYO RESIDENCIAL EXTERNO

(P. seguimiento de casos/atención domiciliaria/viviendas con apoyo)

- ASAPME
- FUNDACION REY ARDID
- 2 A VIA
- FUNDACION AGUSTIN SERRATE
- CARITAS

CONCLUSIONES 1ª JORNADAS DE LA AARP (2002)

DIFICULTADES DETECTADAS

Programas residenciales específicos (Programas de Pisos):

- Al carecer de toda la gama de alternativas residenciales necesarias (modelo del continuum residencial), tenemos la tendencia a adaptar al usuario al recurso disponible en lugar de proporcionarle el recurso que necesita de acuerdo a su nivel de autonomía. Esto provoca problemas graves de adaptación y fracasos terapéuticos.
- La convivencia entre usuarios de diferente nivel de dependencia y gravedad psicopatológica provoca alteraciones en la dinámica relacional y el funcionamiento diario de los pisos.

CONCLUSIONES 1ª JORNADAS DE LA AARP (2002)

- En algunos casos, no contar con dispositivos asistenciales de apoyo con servicio de 24 horas que sostengan urgencias y situaciones de crisis conlleva la imposibilidad de dar una atención integral y adecuada y la reducción de la accesibilidad al recurso de usuarios con un nivel de autonomía menor. Se han intentado establecer sistemas de coordinación con dispositivos que podrían cubrir este vacío asistencial, pero la rigidez de las estructuras sanitarias lo ha impedido.

CONCLUSIONES 1ª JORNADAS DE LA AARP (2002)

- La carencia de recursos residenciales está haciendo ingresar en hospitales psiquiátricos a personas susceptibles de vivir en la comunidad y a colapsar todos los dispositivos asistenciales, imposibilitando el inicio de planes de rehabilitación.

CONCLUSIONES 1ª JORNADAS DE LA AARP (2002)

Programas de seguimiento de casos/atención domiciliaria:

- Escasez de recursos humanos
- Los programas están funcionando a golpe de subvención graciable anual en el mejor de los casos, que no garantiza la continuidad de los servicios y que en algunos caso exigen por su precariedad el co-pago de los usuarios, con escasos recursos en su mayoría y que en algunos casos dificulta la intervención.

- Dificultades en la derivación de los centros sanitarios a este tipo de programas por desconocimiento y/o no tenerlos integrados como parte de los recursos de atención al trastorno mental grave.

CONCLUSIONES 1ª JORNADAS DE LA AARP (2002)

CONCLUSIONES

- La necesidad de que dentro de la planificación de la Salud Mental en Aragón se contemple la puesta en marcha de toda la gama de alternativas residenciales necesarias, desde la atención domiciliaria/seguimiento de casos reconocida como prestación básica y financiada hasta los pisos asistidos y casas hogar con atención de 24 horas directa o de soporte según necesidades, como medio de racionalización de recursos asistenciales y residenciales.

CONCLUSIONES 1ª JORNADAS DE LA AARP (2002)

- La organización de los programas de pisos asistidos requieren de un apoyo estructural en forma de un recurso asistencial que proporcione una atención de 24 horas (UME, ULE, CD o personal de permanencia en los pisos con apoyo de los anteriores), para poder sostener al paciente en la comunidad, proporcionarles seguridad a ellos y al entorno y atender situaciones de crisis.

CONCLUSIONES 1ª JORNADAS DE LA AARP (2002)

- Potenciación de la permanencia de los usuarios en su domicilio con los programas de apoyo necesarios (programas de atención domiciliaria, acompañamiento, etc. y programas de ayuda a domicilio de los servicios sociales generales), más previendo en un futuro cercano el fallecimiento de muchos padres ya muy ancianos que están sosteniendo a sus hijos enfermos en sus domicilios.

CONCLUSIONES 1ª JORNADAS DE LA AARP (2002)

- Se ha detectado una tendencia a la discriminación en los recursos residenciales de tercera edad hacia las personas con diagnóstico de enfermedad mental y a la exclusión en la concepción de determinadas ayudas económicas para minusválidos desde el IASS, derivando al Area de Salud la cobertura de las necesidades sociales consecuencia del padecimiento de una enfermedad mental. Se plantea intentar establecer un puente a nivel técnico entre IASS y SALUD para compartir la cobertura de las necesidades sociosanitarias de estos ciudadanos.

CONCLUSIONES 1ª JORNADAS DE LA AARP (2002)

- Crear una comisión permanente de alternativas residenciales para asesorar y realizar un seguimiento de la implantación de la red de pisos que propone el Plan Estratégico de Salud Mental de Aragón, donde unificar perfiles, conceptos, criterios de derivación, organización,….

CONCLUSIONES DE LAS III JORNADAS DE LA AARP (2006)

DIFICULTADES:

- Inexistencia de un programa de apoyo desde SS para el TMG
- Escasez (cantidad y variedad) de alternativas residenciales. Dificultad en la derivación y asignación de recursos de forma inadecuada
- Carencia de planificación y de concreción de medidas y competencias para acometer para su desarrollo.
- Tendencia a alargar las estancias en dispositivos intermedios por falta de alternativas residenciales.
- No se contempla como una apuesta seria de alternativa a la institucionalización.

CONCLUSIONES DE LAS III JORNADAS DE LA AARP (2006)

- Dificultad de acceso a personas con escasos recursos
- Equipos de atención excesivamente compartimentados. Debería haber equipos más amplios
- Desconocimiento por parte del resto de servicios del tema, lo que provoca escasas derivaciones y a veces inadecuadas.
- Falta informacion sobre el desarrollo del Plan Estrategico
- Dificultad para organizar y planificar nuevas estructuras de apoyo social que implican procesos de rehabilitación previos cuando no se ha resuelto la carencia de atención al TMG en la atención ambulatoria.

CONCLUSIONES DE LAS III JORNADAS DE LA AARP (2006)

- OPORTUNIDAD/FORTALEZAS:
- Necesidad real observada por los profesionales de SM de dar cobertura residencial a los usuarios para evitar institucionalización
- Existen equipos de intervención dedicados en exclusividad al seguimiento de casos que se deberían potenciar.
- Existe cada vez más demanda de apoyo por parte de la Comisión de Tutelas al aumentar el nº de tutelados
- Importancia de aprovechar los recursos propios de los usuarios
- Equipos motivados y con experiencia para la creación de nuevas alternativas residenciales

CONCLUSIONES DE LAS III JORNADAS DE LA AARP (2006)

- Experiencias positivas de las alternativas residenciales desarrolladas hasta la fecha
- Posibilidad de aprovechar el marco de la planificación sociosanitaria de atención a la dependencia en Aragón
- Posibilidad de crear comisiones específicas de lo residencial
- Implicación de los usuarios en la búsqueda de alternativas