

David Lascorz¹
Eva Serrats²
Bibiana Ruiz¹
Anna R. Ximenes²
Joan Vegué²
Víctor Pérez³

Estudio descriptivo de la evolución experimentada por los usuarios de una residencia de salud mental, tras 10 años de funcionamiento

¹ Fundació Salut Mental CPB-Dr. Fràbregas

² Centre Psicoteràpia Barcelona, Serveis de Salut Mental

³ Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques), CIBERSAM, Departament de Psiquiatria, Universitat Autònoma de Barcelona

Introducción. La transformación del sistema de prestaciones socio-sanitarias tiene que demostrar eficiencia. El objetivo de este trabajo es evaluar la evolución de los residentes atendidos en una residencia durante sus primeros 10 años de funcionamiento.

Método. De 205 personas que optaron por plaza de residencia, 93 fueron admitidos. El estudio evolutivo se realiza con 62 pacientes atendidos entre 2002-2012. Las variables estudiadas incluyen la Escala ENAR-CPB, días de hospitalización, actividades comunitarias, encuesta de satisfacción y QOL.

Resultados. Tras el proceso de valoración sólo ingresan un 45% de los usuarios propuestos. La rotación de residentes es del 3,4% anual, siendo la derivación a un recurso de hospitalización psiquiátrica de larga estancia la mayor causa de baja del programa. El 14,5%, en cambio, deja la residencia por un proyecto de vida más autónomo.

A los 2 años de ingreso la mejoría es mayoritaria, a los 5 se mantiene y a los 10 se produce una pérdida general de capacidades, pero manteniéndose una mejoría respecto al momento del ingreso.

Conclusiones. Vivir en una residencia favorece la mejoría en la calidad de vida de los residentes; tanto subjetiva como objetivamente.

El tratamiento institucional consiste en ir trabajando con los usuarios y negociar desde su singularidad el modo de que no se sometan y puedan ejecutar creativamente su tarea. Para ello es necesario un modelo de intervención individualizado y flexible.

Palabras clave: Trastorno Mental Grave, Programa Residencia, Valoración Funcionalidad

Correspondencia:

David Lascorz
Roger de Lluïa 68
08009 Barcelona
Fax: 932080081
Correo electrónico: dlascorz@cpbssm.org

Actas Esp Psiquiatr 2018;46(1):12-20

Descriptive study of evolution experienced by users of mental health residence, after 10 years of operation

Introduction. The transformation of the social-health benefits system must demonstrate efficiency. The objective of the current work is to evaluate the evolution of those living in a residence during the first 10 years of its operation.

Method. Of the 205 patients used in the assessment, 93 were admitted. The evolutionary study was done with the 62 patients that were cared for between 2002-2012. The variables studied include the ENAR-CPB Scale, days hospitalized, community activities, a satisfaction survey and QOL.

Results. After the assessment process only 45% of those proposed for admission were actually admitted. Resident rotation is 3.4% annually. Many leave the program after being referred to a long-term psychiatric hospital; 14.5% leave the residence in order to have a more autonomous life.

After living 2 years in the residence there is a general improvement in the majority of residents, which is maintained after 5 years as well. This improvement is maintained even after 10 years, however a general loss of capacities is experienced.

Conclusions. Living in a Residence favors improvement in the quality of life, both subjectively as well as objectively.

Institutional treatment consists of working with the patients in a way that treats them as individuals, so they can go about their lives and perform their tasks with creativity. In order for this to be possible, an individualized and flexible model is required.

Keywords: Severe Mental Illness, Residence Program, Evaluation Functionality

INTRODUCCIÓN

En algunos casos, en patologías severas como la esquizofrenia, puede darse un progresivo deterioro de la persona que condiciona toda su vida en términos de cronicidad. Debido a esto, no es infrecuente que estas personas muestren alta vulnerabilidad ante el estrés, falta de habilidades para llevar a cabo la vida cotidiana y tengan dificultades en las relaciones sociales, que se traduce en aislamiento social, pobreza, hospitalizaciones reiteradas o incluso falta de vivienda.

Actualmente la evolución de la esquizofrenia se considera resultado de la intervención de variables interrelacionadas en las que el factor social ocupa una posición relevante. Como plantea Bachrach¹ la discapacidad del enfermo mental se basa en tres esferas: Primaria, refiriéndose al defecto producido por los propios síntomas de la enfermedad; Secundaria o referida a los hándicaps o "reacciones personales adversas" asociados a la experiencia de la enfermedad y la Terciaria, derivada de la respuesta social a la enfermedad.

En los últimos años la asistencia psiquiátrica se ha centrado en el tratamiento sintomático, a corto plazo, relegando el tratamiento a largo plazo, la clínica persistente, sus secuelas y la cronicidad, al sistema social.² La OMS, en su informe sobre Salud Mental de 2001 recuerda que "la reducción del abordaje sanitario al tratamiento sintomático, dejando de lado el abordaje de la discapacidad y de los síntomas deficitarios persistentes, coarta los derechos de las personas a recibir un tratamiento integral de sus trastornos y contribuye a su cronificación, estigmatización y al riesgo de marginalidad."³ Las evidencias actuales parecen confirmar la posible recuperación del paciente si se trata durante periodos prolongados de tiempo con servicios globales, bien coordinados y continuos.⁴

El desarrollo de lugares de vida para personas con TMG y la posibilidad de mantenerlas en su entorno de vida habitual supone un factor importante en la consolidación de la atención comunitaria en SM. El objetivo principal consiste en favorecer la permanencia y participación de los residentes en la vida social, gracias a la cobertura del conjunto de necesidades básicas de la vida cotidiana como la vivienda, la manutención, además de determinados cuidados básicos (higiene personal, autocuidados, toma de medicación, AVDs...), las relaciones interpersonales significativas y el soporte institucional en situaciones estresantes.

Las residencias deben considerarse como un lugar de rehabilitación psicosocial de las personas con TMG, centrándose en la interacción entre la persona y su contexto y la activación de los recursos personales del individuo.⁵ Su funcionamiento debería ir más allá del meramente asilar.⁶ Por tanto, deberían tenerse en cuenta aspectos como la flexibi-

lidad en el soporte, la capacidad de decisión de los usuarios, su participación en la organización colectiva y, en general, algo difícil de concretar y cuantificar, que podríamos denominar como "calor de hogar".

La rehabilitación en las residencias se basa en el aprendizaje *in vivo* de conductas útiles por la vida comunitaria y en la experiencia relacional. Todo ello marca una diferencia con el tratamiento psiquiátrico convencional (orientado a la reducción de sintomatología positiva y centrado en las discapacidades).

Los defectos atribuidos a los antiguos manicomios desde la reforma psiquiátrica de los años 70 y 80, de masificación, despersonalización y aislamiento social, son errores que pueden reproducirse en las residencias, si no se tienen presentes aspectos como la estructura del edificio, número de residentes atendidos, dotación de personal, mecanismos de gestión y dinámicas de funcionamiento interno, restrictividad de las normas o mecanismos de participación en el funcionamiento general.

En un momento crucial de transformación del sistema de prestaciones sanitarias y sociales es una necesidad demostrar la eficacia de las residencias y la mejora en la calidad de vida de los residentes. Después de más de una década de funcionamiento de las residencias en España, se dispone ya de una evidencia acumulada de la utilidad de estos recursos en la mejoría de la rehabilitación de personas con TMG,⁷⁻⁹ en aspectos como la estabilidad clínica, las redes sociales, la calidad de vida, el grado de satisfacción de los usuarios y el funcionamiento personal y social, aunque sólo sea mediante el aprendizaje *in vivo* de conductas útiles para la vida comunitaria.

El presente estudio se plantea como evaluación de la evolución de los residentes atendidos en la residencia "Roger de Lluria" (Fundación CMB-Salut Mental), a lo largo de los primeros 10 años de funcionamiento (2002-2012), utilizando como indicadores la utilización de recursos sanitarios, el funcionamiento psicosocial y de vida autónoma, así como la satisfacción personal del usuario.

MÉTODO

Entre los años 2001 y 2012, un total de 205 personas fueron propuestas desde el "Departament de Benestar i Família" de la Generalitat de Catalunya, para ingresar en la residencia. De los 205 pacientes propuestos sólo 93 ingresaron en la residencia. De estos 93 usuarios, ingresados durante 2002-2012 se extraen los datos biográficos (edad, sexo, diagnóstico psiquiátrico y lugar de vida antes del ingreso), y se analizan las bajas del programa, calculando el tiempo de estancia en meses y relacionando las causas de baja con el diagnóstico psiquiátrico.

El estudio de evolución se realiza a partir de una muestra inicial de 62 usuarios, número de personas que han estado viviendo como mínimo dos años en la residencia. Se tienen en cuenta las variaciones producidas en la Escala ENAR-CPB¹⁰ (al ingreso y a los 2, 5 y 10 años). Para definir los conceptos de mejoría o empeoramiento de la muestra se comparan los promedios del valor total y por sub-escalas, teniendo en cuenta el tiempo de ingreso en la residencia. También se calcula el porcentaje de cambio entre los valores (se considera que: más de un 25% es una mejora muy satisfactoria; entre un 10 y un 25% es una mejora razonable; entre un $\pm 10\%$ sin cambios significativos; y por debajo del -10% el residente ha empeorado).

Se recogen los días de hospitalización psiquiátrica por residente, según años de ingreso en la residencia, partiendo del año anterior a su incorporación, y se calcula el promedio (en días de ingreso), por año. Se recoge el tipo de actividad externa a la que los residentes están vinculados y las horas semanales que les ocupan. Para calcular el coeficiente de inserción comunitaria se tiene en cuenta tanto el tipo de recurso utilizado (con valor entre 1 a 4 según el grado de normalización), como el horario (horas a la semana) y su grado de cumplimiento (valores de 0 a 3).

Cada año los residentes de forma anónima rellenan una encuesta de satisfacción del servicio, elaborada desde

la propia Fundación CPB de Salud Mental (gestora de la residencia). De dicha encuesta extraemos los valores referidos a los aspectos que ellos consideran que han cambiado desde que viven en la residencia en estabilidad clínica, en calidad de vida, en autonomía y responsabilidad y en adquisición de hábitos saludables y más capacidad para asumir AVD. También se realizó la pasación de la escala *Quality of Life* (QOL)^{11,12} para los residentes a los 2 y 5 años de estancia en la residencia.

El análisis estadístico se realizó con el programa IBM-SPSS v.19, se evaluaron los descriptivos estadísticos para las variables estudiadas, utilizándose estadística paramétrica y utilizando la prueba T-Test para variables continuas.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De los 205 pacientes propuestos, ingresaron un total de 93. En el Figura 1 se describe el proceso de valoración y las causas por las que los candidatos no acaban incorporándose a la residencia. Cabe destacar que más de la mitad de los usuarios no llegan a ingresar; sólo lo hace un 45% de las propuestas. Un 30% ni siquiera inicia el proceso de valoración, un 16% no se adecúa al perfil de usuario residente y un 9% finalmente no ingresa, aunque se haya valorado como posible su ingreso.

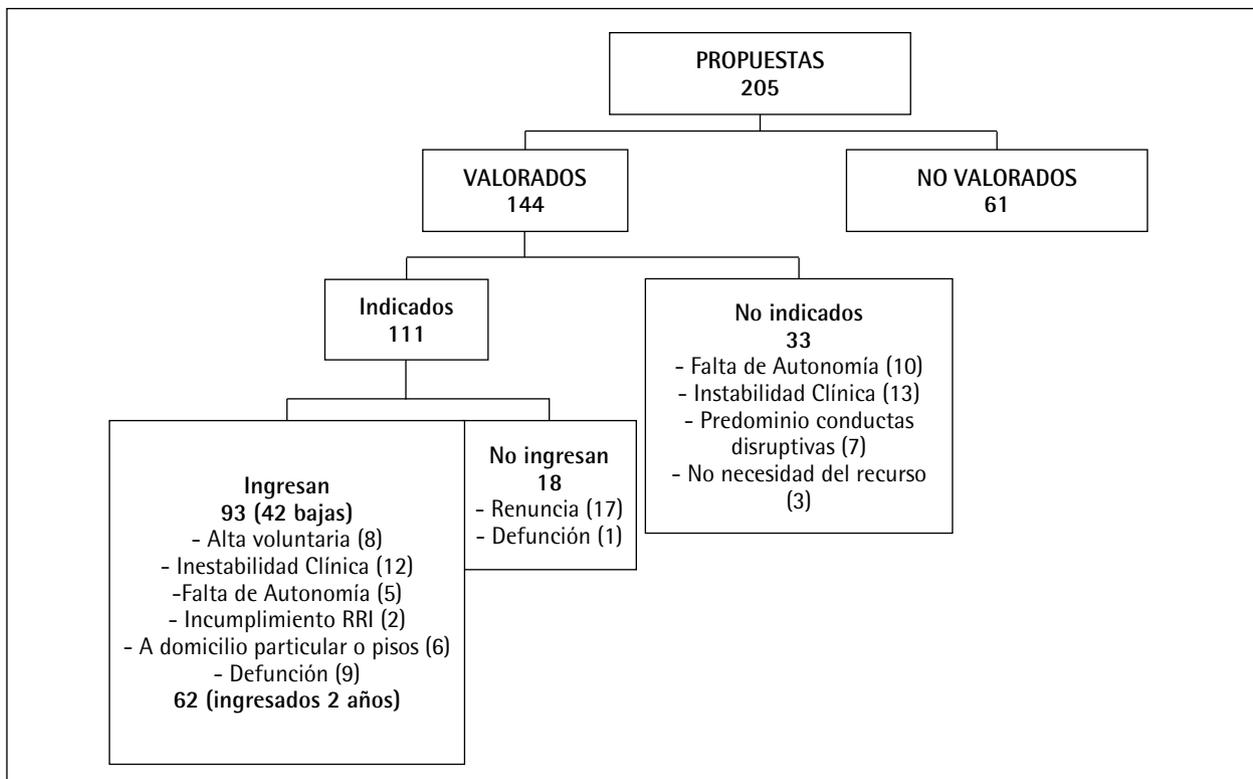


Figura 1

Datos del proceso de valoración de candidatos

La tabla 1 describe las características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

La rotación de residentes es del 3,4% anual, siendo la derivación a un recurso de hospitalización psiquiátrica de larga estancia la mayor causa de baja del programa (28,5%), seguida de las defunciones (21,5%) y las derivaciones a recursos de alta dependencia sanitaria (12%). Los usuarios que dejan la residencia por un proyecto de vida más autónomo representan el 14,5% del total y su tiempo medio de estada en la residencia es de 5 años. Estos datos ponen de manifiesto la dificultad de externalización de los usuarios. A remarcar que el 100% de los usuarios con diagnóstico de Trastorno de Personalidad (n=3) son dados de baja (por incumplimiento del reglamento o derivados a alta dependencia psiquiátrica), con una media de 2,5 años de estancia.

Tabla 1	Datos socio-demográficos y diagnósticos
Sexo y edad	
Hombres	70 %
Mujeres	30 %
Edad media	44,5 años. (sd: 7,7)
Diagnóstico Principal	
T. Psicótico	81,7 %
T. Afectivo	6,5 %
T. Personalidad	3,2 %
Otros	8,6 %
Nivel de Estudios	
Sin estudios	24,7 %
Estudios Primarios	49,5 %
FP	7,5 %
Bachillerato	17,2 %
Superiores	1,1 %
La procedencia de los residentes (definida como el lugar habitual de vida antes de su ingreso en la residencia)	
Domicilio particular	60 %
Programa Pisos con soporte	4,5 %
Traslados de otras residencias	16 %
Centros de Servicios Sociales	6,5 %
Ingreso hospitalario (ingreso prolongado más de 200 días)	13 %

La mejoría en la estabilidad clínica se observa en una reducción del 18%, como porcentaje de cambio, entre los valores de la sub-escala "estabilidad clínica" de la escala ENAR-CPB, antes de venir a vivir a la residencia y a los dos años posteriores; así como en la reducción de los días de ingreso (de 8.915 a 704 días), reduciéndose también las personas que precisan ingreso de 43 a 10 residentes. (Figura 2).

Esta mejoría clínica se mantiene con el paso del tiempo, pero a partir del sexto año se observa una tendencia al aumento de días de ingreso (promedio por paciente): 6,8 en el quinto año, 9,6 en el sexto... hasta llegar a 14,1 en el décimo.

Llegados al décimo año de vida en la residencia la mejoría en la estabilidad clínica (ENAR-CPB) significa sólo un 2,4%, como porcentaje de cambio respecto al valor en el momento de ingresar en la residencia. Este dato correlaciona con el hecho de que las bajas por traslado a centro psiquiátrico de larga estancia se producen mayoritariamente entre los 6 y los 8 años de ingreso, con un promedio de 4,5 años de ingreso.

Esta misma visión se tiene al comparar la utilización de recursos rehabilitadores comunitarios (Figura 3). Se observa un aumento progresivo los 4 primeros años, con una estabilización (a la baja) en los 4 años posteriores y una caída significativa y progresiva en los 2 siguientes. El Centro de Día y el Club Social son los recursos más utilizados (el 60% de los residentes). Las actividades lúdico-recreativas o formativas (cursillos, polideportivo, asociacionismo, voluntariado...) son utilizadas por un 43% de los residentes. Un 19% se ha vinculado a actividades pre-laborales, sin continuidad. Y el 11% de los residentes han llegado a estar con actividad laboral, aunque la situación socio-laboral actual se ve significativamente reducida.

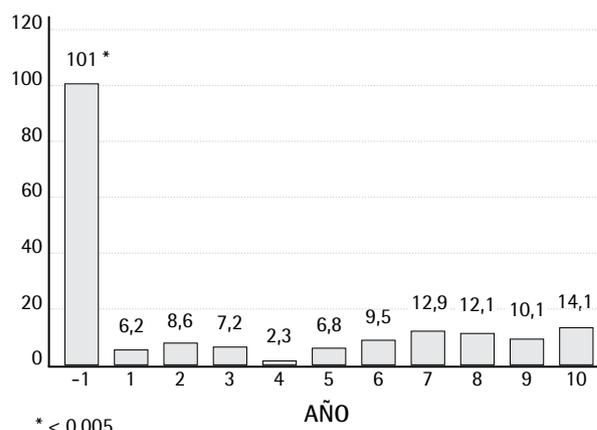


Figura 2

Días promedio de ingreso hospitalario según años en la residencia

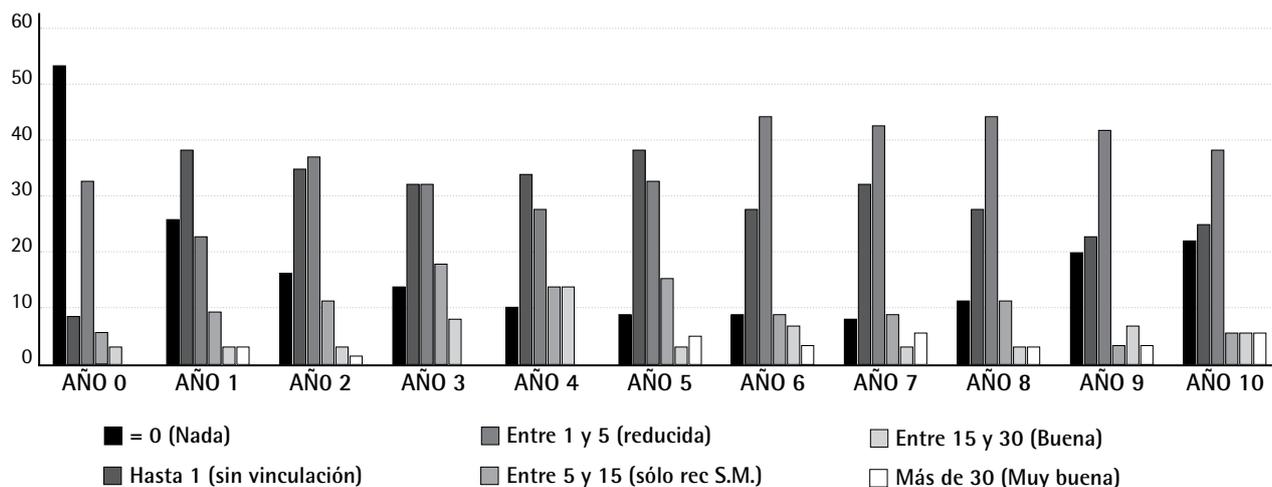


Figura 3 Inserción comunitaria, en porcentaje según años en la residencia

Según el índice de inserción comunitaria la gran mayoría de los residentes tiene una vida comunitaria muy reducida, ligada a recursos SM. Sólo un 8% tiene una integración comunitaria aceptable y un 10% no realiza ninguna actividad externa, llegando al 20% en el décimo año de vida en la residencia. Antes del ingreso en la residencia el 61% no tenía ninguna actividad o no se acababan de vincular a ningún recurso. Tras el ingreso este valor se reduce al 48%. La vinculación a recursos SM pasa del 5 al 11%. A pesar de esta mejora generalizada, un 18% de los residentes han visto reducida su inserción comunitaria, sobre todo en el caso de personas bien vinculadas al Centro de Día, que al venir a vivir a la residencia no se acababan de vincular al nuevo recurso.

En la residencia (según primer apartado de la sub-escala integración en el entorno, de la escala ENAR-CPB), existen 4 grupos diferenciados según su ocupación diaria habitual: un primer grupo muestra buena vinculación a recursos externos que les mantiene ocupados un mínimo de 25 h/semanales (23%); otro grupo se mantiene entre 10 y 20 h/semanales (16%); un tercer grupo mantiene una vinculación irregular o se mantiene ocupado menos de 10 h/semanales (38%); y el último grupo no ha realizado ninguna actividad externa o su vinculación es casi inexistente (23%).

Utilizando la escala ENAR-CPB como referencia, se observa que a los 2 años de ingreso la mejoría general es mayoritaria (el 72,5% de los residentes) aunque un pequeño grupo (1,6%) empeora. Esta mejora también es general en los 6 apartados: estabilidad clínica (significa un 18% de mejoría), cuidado de la salud (4,2% de mejoría), en AVD (11,7% de mejoría), autonomía y autogobierno (5,2% de mejoría), relaciones personales (6,1% de mejoría) e integración en el entorno (8,8% de mejoría) (Figura 4).

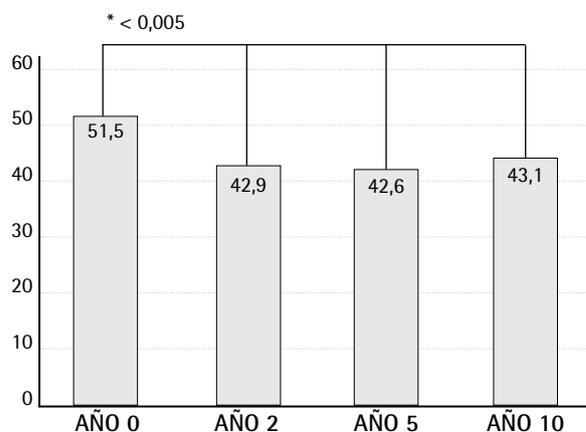


Figura 4 Cambio, según evolución en la escala ENAR-CPB

El grupo de residentes donde se refleja una mayor mejoría es en los usuarios que provienen de hospital psiquiátrico (12% de mejora) y del domicilio particular (11% de mejora). En los que provienen de otras residencias la mejoría es muy reducida (4,7% de mejora, siendo no significativa en un 75%). Y en los que provienen de pisos asistidos o albergues de Servicios Sociales se mantiene más o menos igual (mejorando un 3,5%).

A los 5 años de ingreso se mantiene una tendencia positiva (mejorando respecto a la situación anterior al ingreso un 76,1%, con un porcentaje de cambio del 11,1%). Esta mejora es prácticamente general en casi todos los apartados: cuidado de la salud (5,7% de mejora, 1,6 puntos por encima

del año 2), en AVD (20,7% de mejoría, 9 puntos por encima del año 2), autonomía y autogobierno (57,1% de mejoría, 1,9 puntos por encima del año 2), relaciones personales (7,8% de mejoría, 1,7 puntos por encima del año 2); aunque hay dos que muestran una ligera tendencia a la baja: estabilidad clínica (significa un 17,4% de mejoría, 0,6 puntos por debajo del año 2), e integración en el entorno (8,6% de mejoría, 0,2 puntos por debajo del año 2). A los 5 años de ingreso el 8,7% de los residentes empeora respecto a su estado inicial.

A los 10 años de vivir en la residencia se produce una pérdida general de capacidades en un 9,5% de los residentes. Por sub-apartados se mantiene la tendencia de aumentar la mejoría en cuidados de salud (pasa del 5,7 al 6,6% de mejoría), en autonomía (pasa del 7,1, al 5,7%), y en relaciones interpersonales (pasa del 7,8, al 11,9%). En dos apartados se observa una ligera tendencia negativa, aunque se mantiene la mejoría respecto a los 2 años de ingreso: en estabilidad clínica (pasa del 11,1 al 10,6% de mejoría), y en AVDs (pasa del 20,7, al 20,2% de mejoría). Sólo en integración en el entorno se observa una pérdida significativa (pasa del 8,6 al 2,1% de mejora). A pesar de esta tendencia a la baja, la mejoría general respecto al momento del ingreso se mantiene en el 76,2% de los usuarios.

Esta mejoría se observa como mucho mayor si tenemos en cuenta la visión subjetiva del residente, quien considera (según la encuesta de satisfacción realizada a los 2, 5 y 10 años de ingreso en la residencia) que ha mejorado en estabilidad clínica entre un 85-81-76% respectivamente; en autonomía y responsabilidad, entre un 81-85-85%; en adquisición de hábitos saludables y capacidad para asumir las AVD, entre un 81-71-66%; y en calidad de vida, entre un 81-76-81%. (Figura 5).

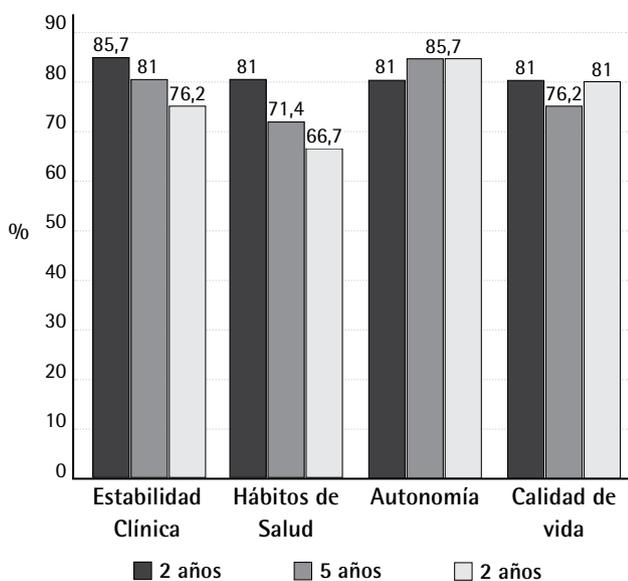


Figura 5 Porcentaje de la sensación personal de mejora, según años en la residencia

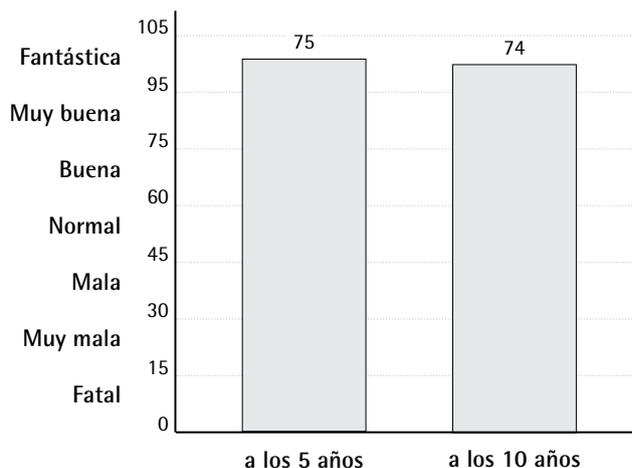


Figura 6 Calidad de vida según la escala QOL

En esta misma línea, la escala *Quality of Life* (QOL), pasada a los 5 y 10 años de ingreso en la residencia dio como resultado un nivel de calidad de vida notable (de 75 y 74 respectivamente sobre 105, con un sd 0,6 y 0,4) (Figura 6).

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio confirman que el hecho de vivir en una Residencia para personas con TMG favorece la mejora en su calidad de vida tanto desde una valoración objetiva (reducción de ingresos psiquiátricos, participación en la vida comunitaria y actividades rehabilitadoras, mejora en el funcionamiento de las AVD y estabilidad clínica), como desde su valoración subjetiva (autopercepción de la mejora de estabilidad clínica, calidad de vida, autonomía y adquisición de hábitos saludables).

La mejora en la estabilidad clínica se refleja en dos indicadores: reducción del 18% en la sub-escala "estabilidad clínica" de la escala ENAR-CPB, como porcentaje de cambio entre antes de ir a vivir a la residencia y a los dos años posteriores y la drástica reducción de los días de ingreso en las mismas épocas, reduciéndose también el número de personas que precisan ingreso. Se da una mayor utilización de recursos rehabilitadores comunitarios, observándose un aumento progresivo en los 4 primeros años, siendo el Centro de Día y el Club Social los más utilizados. Se mejora la participación en la vida comunitaria, reflejada en el aumento del índice de inserción comunitaria, aunque se mueve habitualmente en valores bajos. Tras dos años de ingreso en la residencia el índice pasa de 1,6 a 3 puntos. Antes del ingreso a la residencia, el 61% no tenía ninguna actividad o no se acababan

de vincular a ningún recurso. Tras el ingreso este valor se reduce al 48%.

Esta mejoría es valorada también de forma subjetiva por los residentes, quienes consideran que han mejorado en estabilidad clínica, en autonomía y responsabilidad, en adquisición de hábitos saludables y capacidad para asumir AVDs en calidad de vida, entre un 81-76-81%.

Se puede afirmar que la vida residencial implica una modificación sustancial a nivel de estructuración de la vida cotidiana, en aspectos relacionales y de rehabilitación, y en una mayor estabilidad clínica. Para valorar las variables reales del cambio se ha tenido presente el estudio de RP Liberman y A Kopelwicz: "un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia". De este estudio destacaríamos 6 de los 10 factores especificados, que se ven modificados al venir a vivir a una residencia. 1. Factores familiares (refiriéndose al ambiente relacional, considerando la residencia como una "familia sustitutoria").^{13,14} 2. Adhesión al tratamiento.^{15,16} 3. Terapia de apoyo con una alianza terapéutica colaboradora.^{17,18} 4. Buen funcionamiento neurocognitivo.¹⁹⁻²¹ 5. Ausencia del síndrome deficitario.²² y 6. Acceso a tratamiento global, coordinado y continuo.^{23,24}

La importancia del tratamiento institucional en los recursos residenciales es básica, dado que sujeto e institución establecen una relación paradójica caracterizada por una búsqueda de autonomía pero también por necesidad de dependencia. En esta relación acostumbra a darse una tendencia a la estandarización de la atención en función de las características prototípicas de los usuarios y la dificultad para ajustarse a las necesidades de los residentes. Este intento de homogeneizar se ve potenciado por un intento de controlar, siendo mayor cuanto mayor sea el número de usuarios.

René Kaës²⁵ ya describió la existencia de una interacción dinámica entre la estructura psicótica y las respuestas institucionales: la vida en el asilo complica el curso de una psicosis en la medida en que los cuidadores se organizan inconscientemente en función de los conflictos psíquicos de sus pacientes. Las instituciones promueven formas de respuesta organizadas colectivamente frente a las transferencias masivas de los pacientes y frente a las angustias que movilizan en los cuidadores.

Bleger describió de qué manera las instituciones psiquiátricas, cuya tarea es atender la patología mental, tienen tendencia a adaptarse organizándose según esta y que contrariamente, la conservan y perennizan.²⁶

Miller y Keys²⁷ señalan de qué modo la existencia de normas excesivas, además de la notoria institucionalización, provocan también la sensación de que la persona no resulta fiable para los demás y de que no posee el derecho de controlar su vida.

Todo lo anterior produce reacciones de indefensión, sumisión y falta de iniciativa en las personas, lo que llega a situaciones de dependencia y actitudes de acomodamiento (por ambas partes: residentes y profesionales); potenciando el mantenimiento de conductas estereotipadas y empobrecidas. Observamos como con el paso del tiempo los residentes tienden a una cierta involución, respecto a la mejoría producida en los primeros años de residencia.

El trabajo institucional consiste en ir trabajando con los usuarios y negociar desde su singularidad el modo de que no se sometan y sí ejecuten creativamente la tarea. Resulta necesario promover un modelo de intervención individualizado, flexible, que implique a la propia persona. Para que la residencia sea terapéutica debe permitirse la emergencia de los conflictos y su elaboración para producir cambios que modifiquen la situación inicial. Es importante que se establezcan vínculos afectivos y profesionales con los residentes, que ellos se sientan realmente escuchados y cuidados, que sientan que los profesionales están efectivamente volcados en sus problemas y comprometidos a ayudarlos.

Se trata de establecer una distancia óptima, evitando tanto la sobreprotección (que provoca sentimientos de intrusión y angustia producidas por un apego excesivo) como un distanciamiento excesivo, que favorecerá sentimientos de abandono. "La mejor vía para que una persona se sienta bien es poder expresar sus emociones y sentimientos a alguien que siente que le comprende y sentirse valorado por los demás. Ese es el sentido de toda la organización de la vida en la residencia. Es el ambiente que permite tener a los residentes en la mejor predisposición para iniciar el trabajo hacia sus objetivos de autonomía e integración. Se trata de facilitar su expresión emocional para así alcanzar su bienestar psicológico y conseguir que los residentes se valoren mutuamente".²⁸

La evolución general de la mayoría de los residentes es satisfactoria, como refleja el presente estudio. Pero la tipología de usuarios dados de baja nos muestra claramente diferentes grupos de residentes con grandes dificultades de adaptación: un primer subgrupo presenta combinaciones diversas de sintomatología grave: conductas disruptivas (no necesariamente violentas, pero sí distorsionantes de la convivencia) y dificultades continuadas en el manejo en diferentes dispositivos comunitarios y también en la residencia. Presentan características psicopáticas y funcionales que dificultan su atención en la residencia al generar graves conflictos de convivencia. El 100 % de los TLP han sido baja del recurso. Otro subgrupo serían los pacientes psicóticos con inestabilidad sintomatológica; pacientes con serias dificultades para mantenerse en un ambiente residencial, funcionando mejor en entornos socialmente menos exigentes, con más opción de retirarse de la interacción social. Problema que se hace difícil de identificar en el momento de la valo-

ración del ingreso y solo con el paso de los meses o incluso años puede verse la dificultad de adaptación a un recurso abierto y con gran exigencia relacional. (King y Shepherd, 1994).²⁹ La mayoría de los residentes dados de baja por derivación a Alta Dependencia Psiquiátrica (ADP) lo hacen, de promedio, a los 3 años de ingreso (llegando hasta a 8 años). Un tercer grupo serían aquellas personas con una importante patología somática asociada, que añadida al bajo nivel de autonomía en el autocuidado personal comporta una mayor dependencia a la atención sanitaria. Estos casos representan el 12% de las bajas, a las que tendríamos que añadir el 21,5% de defunciones (todas ellas por causas naturales).

Si no se cuenta con un apropiado abanico de opciones de alojamiento y servicios residenciales en la comunidad, muchos de los esfuerzos de rehabilitación e integración de personas con TMG pueden verse seriamente limitados. La articulación de un sistema de servicios comunitarios que pretenda atender e integrar en un modo lo más normalizado posible a dichas personas debe priorizar y organizar una adecuada cobertura de sus necesidades de alojamiento y atención residencial.³⁰

Para dar respuesta a la necesidad de un lugar de vida a las personas con TMG tiene que existir una diversidad de recursos; y esta diversidad debe adaptarse a los distintos momentos y necesidades de soporte que precisa la persona, teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas, capacidades y nivel de autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria.³¹

BIBLIOGRAFÍA

- Bachrach LL. Dimensions of Disability in the chronic mentally ill. *Hosp and Community Psychiatry*. 1986;37:981-2.
- Uriarte JJ. Rehabilitación psicosocial y asistencia a la enfermedad mental severa en el marco de las prestaciones de salud de los sistemas sanitarios. *Rehabilitación social*. 2004;45-6.
- Organización Mundial de la Salud: Informe sobre Salud Mental en el mundo 2001- Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS. Ginebra; 2001.
- Lieberman RP, Kopelwicz A. Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación psicosocial*. 2004;12-29.
- Rodríguez A, González Casas JC. La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica. In Cuadernos técnicos de Servicios sociales. *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Ed. Consejería de servicios sociales de la Comunidad de Madrid; 2002. p. 17-42.
- Tosquelles F. Que faut-il entendre par psychotérapie institutionnelle? *Informations psychiatriques*. 1969;45(4).
- López M, Lavinia M, Fernández L, García-Cubillana P, Moreno B, Maestro JC. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía. *Rehabilitación Psicosocial*. 2005;281:2-15.
- Lascorz D, Serrats E, Pérez V, Fábregas J, Vegué J. Estudio comparativo coste/eficacia de un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo. *Rev Asociación Española de Neuropsiquiatria*. 2009;103(1):191-201.
- Lascorz D, Serrats E, Ruiz B, Córdoba MJ, Vegué J. Las residencias para personas con Trastorno Mental Grave como un recurso Terapéutico-Rehabilitador. *Rev Asociación Española de Neuropsiquiatria*. 2014;123:521-38.
- Lascorz D, Serrats E, Pérez V, Ruiz B, Vegué J. Validación de la Escala de valoración de los Niveles de Atención Residencial, para personas con Trastorno mental Severo (ENAR-CPB). *Rev Asociación Española de Neuropsiquiatria*. 2012;32(115):481-98.
- Buker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluations of community support systems. *Evaluation and Program Planning*. 1982;5:69-79.
- Bobes J, González MP, Bousoño M. *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: FR. Troues; 1995.
- Barroweljough C, Tarrrier N. Social functioning and family interventions. In: Mueser KT, Tarrrier N, ed. *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Boston, MA: Allyn & Bacon; 1998. p. 327-41.
- Falloon IRH, Held T, Cloverdale JH, Roncone R, Laidlaw TM. Family interventions for schizophrenia: A review of international studies of long-term benefits. *Psychiatric Rehabilitation Skills*. 1999;3:268-90.
- Hoge Sk, Appelbaum PS, Lawlor T, Beck JC, Litman R, Greer A, et al. A prospective, multicenter study of patients' refusal of antipsychotic medication. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:949-56.
- Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am Psychiatry*. 1992;149:1183-8.
- Gunderson JG. Patient/ therapist matching: a research evaluation. *Am J Psychiatry*. 1978;135:1193-7.
- Dingman CW, McGlashan TH. *Psychotherapy*. In: Bellack AS, ed. *A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia*. Nueva York, NY: Plenum Press; 1989. p. 263-82.
- Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry*. 1996;153:321-30.
- Lieberman RP, Gutkind D, Mintz J, Green M, Marshall BD, Robertson MJ. Impact of risperidone vs. haloperidol on activities of daily living on a social learning unit for treatment refractory schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2002;43(6):469-73.
- Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv*. 2001;52:313-22.
- Kopelwicz A, Lieberman RP, Mintz J, Zarate R. Efficacy of social skills training for deficit versus nondeficit negative symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1997;154:424-5.
- DeSisto MJ, Harding CM, McCormick RV, Ashikaga T, Brooks GW. The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. I. Matched comparison of cross-sectional outcome. *Br J Psychiatry*. 1995;167:331-8.
- DeSisto MJ, Harding CM, McCormick RV, Ashikaga T, Brooks GW. The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. II. Longitudinal course comparisons. *Br J Psychiatry*. 1995;167:338-42.
- Kaës R, et al. *La institución y las instituciones*. Estudios psicoanalíticos. Bs. As. Argentina: Editorial Paidós; 1989.
- Bleger J. Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions. In: Kaës R, Pinel JP, et al. *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris: Dunod; 1970.
- Miller AB, Keys CB. Understanding dignity in the lives of homeless persons. *Am J Community Psicol*. 2001;29(1):331-54.
- Castejón MA. *Atención Residencial Comunitaria y Apoyo al*

Alojamiento de Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica: Recursos Residenciales y Programas Básicos de Intervención. Coordinación del texto: Alejandro Florit Robles, José Manuel Cañamares Yelmo, Begoña Collantes Olmeda y Abelardo Rodríguez González Coordinación técnica: Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2207. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de Madrid.

29. King C, Shepherd G. Outcomes in hospital hostels: a preliminary search for predictors. IX Annual TAPS Conference. Londres: Royal Free Hospital; 1999.
30. Goldman HH, Gatozzi AA, Tanbe CA. Defining and counting the chronically mentally ill. Hospital and Community Psychiatry. 1981;32,22.
31. Modelo de Atención a personas con enfermedad mental grave. Documento de consenso. Madrid: IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.