ATENCION RESIDENCIAL PARA ENFERMOS MENTALES GRAVES Y CRONICOS EN MINI-RESIDENCIAS

RESIDENTIAL CARE FOR SERIOUS AND CHRONIC MENTALLY ILL PERSONS IN MINI- RESIDENCES

Autor: Javier Sánchez Alfonso
Dirección de contacto: javiermirabel@yahoo.es

Cómo citar este artículo: *Sánchez Alfonso J. Atención residencial para enfermos mentales graves y crónicos en mini-residencias. NURE Inv. (Revista en Internet) 2009 Sep-Oct. (fecha acceso); 6 (42): (aprox 21 pant). Disponible en:*
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyminires42277200994829.pdf

Fecha recepción: 09/04/2008
Aceptado para su publicación: 23/07/2008

Resumen: A raíz del proceso de Reforma Psiquiátrica se ha hecho necesario disponer de alternativas de vivienda y atención residencial para el Enfermo Mental Grave y Crónico. Las necesidades y problemas intrínsecos de estas personas son múltiples y complejos e incluyen tanto aspectos psiquiátricos o sanitarios como psicosociales. Basaremos el estudio en las Mini-Residencias, por ser un claro ejemplo del desarrollo europeo de los centros residenciales donde se apuesta por recursos integrados en la comunidad, y fiel reflejo de los principios de la Ley General de Sanidad.
Objetivo: Conocer las características de la atención socio-sanitaria prestada a los enfermos mentales en las Mini-Residencias (MR), y describir tanto aspectos beneficiosos como posibles deficiencias.
Emplazamiento: 4 Mini-Residencias de la zona sur de la Comunidad Autónoma de Madrid.
Población diana: es aquella incluida bajo el término de "Enfermos Mentales Crónicos" atendidos en las 4 Mini-Residencias señaladas. En conjunto, dichas Mini-Residencias cuentan con 108 plazas de atención, de un total de 415 plazas de toda la Comunidad de Madrid.
Diseño: estudio cualitativo. Utilizando los métodos: revisión y análisis documental, observación participante, entrevista personal semi-estructurada, elaboración de propuestas y sondeo final.
Análisis de datos: Se realizará a través de la creación de códigos, subcategorías y categorías. Para el proceso de análisis se utilizará la herramienta informática de soporte al análisis de textos ATLAS-Ti 5.2

Palabras clave: Atención Residencial, Enfermo Mental Grave y Crónico, Cuidados Sanitarios, Mini-Residencias, Comunidad de Madrid.

Abstract: Following the process of Psychiatric Reform it has become necessary to have alternative housing and residential care for the serious and chronic mentally ill people. The problems and needs of these people are numerous and complex and include both aspects such as psychiatric or healthy and psychosocial aspects. We will base this study in the Mini-Residences, which are a clear example of European development regarding to residential centres where they focus on resources integrated into the community, and reflects the principles of the General Health Law.
Objective: To determine the characteristics of the social or health care provided to the mentally ill persons in the Mini-Residential (MR), and describe both beneficial aspects and potential weaknesses.
Sites: 4 Mini Residences in the south area of the Community of Madrid
Target population: This is the people who are included under the term "Chronic Mentally ill persons" hospitalised in the four Mini Residential described before. Taken together, these mini-Residences have 108 places of care, a total of 415 places along the whole Community of Madrid.

Design: The qualitative study, using techniques such as review and documental analysis, participative observation, personal and semi-structured interviews, drafting proposals and a final poll.
Data Analysis: This will be conducted through the creation of codes, categories and subcategories. For the analysis process the tool ATLAS-Ti will be used as a common way to support the text analysis.

Key words: Residential care, serious and chronic mentally ill people, health care, mini-residencies, Community of Madrid.

Centro de Trabajo: Enfermero Especialista en Salud Mental. Unidad docente Comunidad de Madrid 2007-2008.

INTRODUCCION

El término Persona con Enfermedad Mental Grave y Crónica o también con Trastorno Mental Severo y Persistente (TMS) define un extenso y heterogéneo grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental grave de larga duración.

Hasta el momento actual no se han establecido criterios consistentes y homogéneos que definan el TMS y que puedan ser utilizados para determinar su morbilidad y su prevalencia y con ellos cuantificar y planificar unos servicios adecuados.

Diversos autores (1) señalan que la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso es la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987, y que incluye:

1. Diagnóstico: En la clasificación CIE-10 se relaciona con los códigos F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3, F33.3 .Incluye a las personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, fundamentalmente psicosis y especialmente esquizofrenia; así como psicosis maniaco-depresivas, trastornos depresivos graves, trastorno delirante y algunos trastornos graves de personalidad.

Quedan excluidas las personas que presentan psicosis orgánicas y las que aparecen por encima de los 65 años, por ser susceptibles de recibir tratamiento prioritariamente en otros servicios distintos a los de Salud Mental.

2. Duración de la enfermedad y del tratamiento: Se ha utilizado como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento y no de la enfermedad ya que es frecuente que exista un periodo premórbido o incluso con sintomatología activa sin tratar, difícil de delimitar en el tiempo.

3. Presencia de Discapacidad: Se determina por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assesment of Functioning APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

En síntesis, “la población con Enfermedad Mental Grave y Crónica incluye a personas que sufren trastornos psiquiátricos graves (no orgánicos) que a consecuencia de los mismos o propiciado por ellos, presentan un deterioro en sus capacidades y en su nivel de funcionamiento psicosocial, lo que les lleva a tener dificultades para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y, por tanto, para su integración social” (1).

Esta integración en la comunidad y la asistencia residencial han tomado gran importancia a raíz de la Reforma Psiquiátrica. M. Desviat (2) señala que el desarrollo de los procesos de reforma constituye el elemento sobre el que se articula la transformación de la atención en salud mental. Este proceso, puesto en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (EEUU, Francia, Inglaterra, Italia) en las décadas de los años 60 y 70 se inició con un fuerte movimiento de crítica hacia la atención centrada en el hospital psiquiátrico tradicional. Esta nueva ideología, junto con el descubrimiento de los fármacos neurolépticos y la introducción de nuevos métodos terapéuticos,

originó la transformación de la asistencia psiquiátrica y el desarrollo de nuevos modelos de atención en salud mental de tipo comunitario. El objetivo principal consistía atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario, evitando su marginación e institucionalización.
Aunque existen diferencias de la Reforma llevada a cabo en los distintos países, se pueden señalar algunos principios básicos y comunes (2):

- Transformación del hospital psiquiátrico tradicional: de gran tamaño, masificado, donde la atención era de tipo asilar y de custodia. Todo esto contribuía a la cronificación y aislamiento de la sociedad.
- Desinstitucionalización de parte de la población crónica internada buscando su reinserción social y familiar, potenciando su mantenimiento e integración en su contexto sociocomunitario del modo más normalizado posible.
- Un desplazamiento de la atención: del hospital a la comunidad.
- La puesta en marcha de servicios y dispositivos alternativos que atienden los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo.
- Una atención en salud mental que tenga en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional (biológico-psicológico-social).
- Una estrecha vinculación con modelos de atención sanitaria basados en la salud pública o comunitaria. La territorialización como marco para la organización de los servicios comunitarios de salud mental.
- Continuidad de cuidados que aseguren la atención integral y coordinada a la población enferma mental.

Sin embargo, estos elementos no forman un todo homogéneo que se haya desarrollado de manera uniforme en todos los países. La historia socio-económica propia de cada país ha propiciado que la Reforma haya tenido un avance distinto en cada uno de ellos.
Lo que sí permiten estos cambios es tener presente las directrices que, en general, han seguido los procesos de Reforma Psiquiátrica, al mismo tiempo que han supuesto para las personas con trastornos mentales un cambio positivo y una mejora sustancial. Frente a la institucionalización anterior, el modelo impulsado por la Reforma organiza la atención de los problemas de estas personas en su medio familiar y comunitario, potenciando su autonomía y la integración social.

Pero esta desinstitucionalización de los pacientes crónicos internados durante largos períodos en los hospitales psiquiátricos hizo que muchos quedaron en una situación precaria, como señalan varios autores (3, 4, 5, 6), generando las siguientes consecuencias negativas:

- Las familias que los acogieron quedaron sobrecargadas al recaer sobre ellas la responsabilidad del cuidado, generando situaciones de tensión.
- Los reingresos se hacían frecuentes (fenómeno de la “puerta giratoria”) por el uso inapropiado de la atención hospitalaria.

- Se produjo un incremento del porcentaje de enfermos en situación de sin techo (“homeless”); ya que muchos se quedaban solos por fallecimiento o distanciamiento de la familia, viéndose abocados a situaciones de riesgo y marginación, donde las calles y las prisiones fueron su hogar.
- Muchos debían vivir en hospitales porque faltaban recursos residenciales que ofrecieran los cuidados de enfermería continuados que precisaban.
- Algunos enfermos, debido a las dificultades de integración comunitaria que poseían, terminaban viviendo en alojamientos marginales, propiciando el deterioro.

Ante esta situación surgen los programas residenciales, los cuales, en su desarrollo, han experimentado transiciones y cambios, que pretendo resumir a continuación.

En un primer momento, desde los hospitales psiquiátricos, aparece un abanico de dispositivos residenciales, que cubren las diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, facilitando la salida y transición desde el hospital a la comunidad. Así surgieron dispositivos del tipo "HALFWAY HOUSE" (“Vivienda de Transición”, “Casas a medio camino”,) como dispositivos de corta y media estancia, que pretenden servir de paso para la vida en la comunidad, prolongando la atención sanitaria (7,8,9). Pero, como se ha señalado anteriormente, los enfermos mentales presentan discapacidades muy diferentes (autocuidado, ocio, trabajo,..), que requiere diferentes grados de soporte y atención. Estos únicos dispositivos, rígidos en su concepción y con dependencia del hospital, comienzan a adquirir independencia, a la vez que se van trasformando en distintas alternativas graduadas, según distintos niveles de supervisión, para así poder adaptarse a los distintos tipos de discapacidades de estos pacientes.

Para proporcionar niveles de atención y supervisión adaptados a sus necesidades aparece el modelo de “CONTINUUM RESIDENCIAL”. Este modelo se caracteriza por un conjunto de dispositivos que se estructuran linealmente: el paciente iría progresando desde dispositivos más restrictivos y con mayor supervisión de personal especializado a otros menos restrictivos y con menor supervisión, pasando en ocasiones por más de 10 tipos de dispositivos diferenciados (10,11).

Aunque el "continuum residencial" ha sido el modelo dominante, se ha producido una proliferación confusa e incompleta de servicios residenciales. En muchos casos se denominaban de un modo diferente servicios de características y funciones similares y se incluían dentro del mismo término a servicios distintos entre sí. También son variables las dependencias administrativas y los mecanismos de gestión de los programas (público / privado no lucrativo / privado) y de coordinación con los servicios de salud mental, con la peculiaridad llamativa de Italia, país en el que una gran parte de las estructuras residenciales siguen conservando dependencia sanitaria, probablemente como resultado de la especificidad de su proceso de Reforma (12,13,14).

El porqué de estas peculiaridades y distinta proliferación de dispositivos es un tema que habría que abordar desde la historia y el contexto propio de cada país. Como ejemplo de hasta dónde llega tal variedad de dispositivos, cabe mencionar que, en EEUU la Asociación Americana de Psiquiatría estableció 6 tipos de grandes grupos de dispositivos basados en el "Continuum Residencial" (1,3,6):

1) Nursing Facility. (Unidad socio-sanitaria residencial): Son dispositivos entre un hospital y una residencia. Proporcionan atención médica y de enfermería durante 24 horas al día. Sirven a pacientes que presentan gran deterioro y discapacidad necesitando una supervisión constante. Podrían asimilarse a las Residencias Asistidas para ancianos dependientes o personas con discapacidad gravemente afectados. La duración de la estancia es en general de larga duración (más de un año).

2) Group Homes (Mini-Residencias, Hogar de Grupo, Casa Hogar): Esta categoría incluye una variedad de dispositivos como halfways house, hostels, group care homes, residental homes, transitional care facilities, etc.

En general, se trata de servicios residenciales que proporcionan atención continuada de 24 horas a grupos de pacientes, entre 10 y 20, que conviven con un equipo de apoyo y supervisión cuyo principal programa de trabajo se centra en el entrenamiento de habilidades y recuperación de autonomía dentro de procesos de rehabilitación psicosocial. La duración de la estancia predominante es la estancia transitoria (entre 1 y 12 meses).

3) Personal Care Homes: Incluye una variedad confusa y heterogénea de dispositivos: boards and care homes, boarding home, congregate care facility, community care home.

Se caracterizan por tratarse de residencias de tamaño variable, de 4 a 100 personas, cuya principal función es la de mantenimiento del nivel de funcionamiento de los residentes y soporte. Están dirigidos por propietarios ajenos a los residentes y que no dependen directamente del sistema de salud mental. Proporcionan atención y supervisión de 24 horas a través de un equipo que ofrece apoyo para autocuidados, actividades de la vida diaria y seguimiento de la medicación prescrita.

4) Foster Home (hogares sustitutos, familias sustitutas): En este caso se trata, más que de un dispositivo, de familias sustitutas que acogen a pacientes mentales no relacionados con la familia. Pueden ser alojamientos temporales o permanentes.

5) Satellite Housing (pisos supervisados, pisos protegidos o tutelados): Son pisos compartidos entre varias personas con enfermedad mental crónica, habitualmente de 2 a 4, que reciben supervisión profesional para apoyar el funcionamiento cotidiano y la convivencia.

6) Natural Family Placement (reinserción familia propia): Se refiere a la reinserción del enfermo mental en su familia, por lo que no sería un dispositivo como tal, pero es el principal recurso con el que cuentan la mayoría de los enfermos mentales crónicos.

Sin embargo, Carling y Ridway (5,11) han descrito varios problemas con el concepto de "continuum residencial", entre los que se incluyen:

- Generan tensión y estrés al residente al tener que pasar de un recurso más supervisado a otro con menos supervisión y apoyo.
- Poco margen que deja a la iniciativa y preferencias de los usuarios.
- Rigidez en la duración de las estancias.
- Desestabilización que suponen los cambios de domicilio para personas con este tipo de problemas.
- Dificultad que tienen para generalizar conductas fuera de los contextos concretos en los que las aprendieron.
- Existencia de demasiados dispositivos, de gran tamaño y excesiva dependencia.
- Disminución del apoyo a medida que el residente mejora su nivel de funcionamiento y pasa a dispositivos menos supervisados.
- Pobres resultados del modelo,….

Estos problemas han propiciado la aparición de un modelo alternativo, con nuevas perspectivas en la atención de las necesidades residenciales de la población con discapacidades psiquiátricas, denominado de apoyo residencial ("supported housing" o también "normal housing with specialized supports") y que se podría definir como "Vivienda normal con apoyos especializados o específicos". Este nuevo modelo se centra en la utilización de la vivienda propia, dando importancia a la autonomía y capacidad de decisión del enfermo mental, recibiendo apoyo flexible y adaptado a las necesidades de la persona (5,11).

MODELO DE "CONTINUUN RESIDENCIAL"	MODELO DE "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 paciente
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

Tabla 1: Características básicas de dos modelos alternativos de programas residenciales (9)

Pero este último modelo tampoco resuelve las necesidades residenciales de todos los enfermos mentales, haciéndolo sólo a los que tienen niveles medios-bajos de discapacidad. Más que un modelo alternativo que introduzca nuevos tipos de servicios, desarrolla una nueva manera de pensar basada en la necesidad de combinar los dos modelos (“continuum residencial” y “supported

housing") para una adecuada atención comunitaria: por un lado es necesario disponer de dispositivos con diversas funciones y grados de supervisión y además se deben ofrecer programas de apoyo para ayudar a los enfermos que puedan mantenerse en su domicilio (1, 6).

Nuestro país se incorporó con retraso a este movimiento de Reforma Psiquiátrica y salud mental comunitaria. Si en Europa y EEUU se inició, como hemos visto antes, en las décadas de los 60 y 70, en España no fue hasta la recuperación democrática y en particular hasta mediados de los años ochenta cuando se inició la transformación de la asistencia psiquiátrica (15,16), con la promulgación de la Ley General de Sanidad (LGS), en 1986 (17).

Pero la puesta en práctica de esta ley varía mucho de unas Comunidades Autónomas a otras y la escasez de publicaciones sobre los programas residenciales es fiel reflejo de esta situación (18, 19, 20). Pero en síntesis y de acuerdo con lo que señalan M López y otros (9), en un estudio realizado sobre los programas residenciales españoles, el panorama general se caracteriza por: "pobreza de recursos y medios, falta de criterios uniformes y consensuados y ausencia de planificación en la mayoría de las comunidades". No obstante, cabe diferenciar tres tipos principales de situaciones en términos de tipología de recursos, funciones y mecanismos de gestión:

1) La de la mayoría de las comunidades autónomas. Según análisis y conclusiones presentadas por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (18) existen:

- Diferencias significativas en la dotación de plazas.
- Diferente terminología para el mismo dispositivo o distintos recursos con el mismo nombre (asistido, tutelado, apoyado, supervisado,..).
- Falta de planificación.
- Distinta dependencia administrativa (social o sanitaria, pública o privada,...).
- Diversidad de agencias prestadoras de servicios (hospitales, organizaciones de profesionales, de familiares,...).

2) La de la Comunidad Autónoma de Andalucía, con dependencia del Sistema Sanitario público, y con diversos servicios: Pisos, Pensiones, Casa-hogar y Programas Domiciliarios (21,22).

3) La de la Comunidad Autónoma de Madrid, dependiente de la Consejería de Servicios Sociales, y que cuenta con recursos de tres tipos: Plazas en Pensiones, Pisos supervisados y Residencias (23, 24, 25).

No es este el lugar para hacer un desarrollo pormenorizado de cada uno de los programas residenciales españoles, por lo que nos centraremos en la situación de la Comunidad de Autónoma de Madrid, por ser pionera y referente nacional del proceso de Reforma Psiquiátrica. Y en particular, basaremos el estudio en las Residencias, por ser un claro ejemplo del desarrollo europeo de los centros residenciales donde se apuesta por recursos integrados en la comunidad, y fiel reflejo de los principios de la LGS.

Según Decreto 122/1997, de 2 de octubre (23), las Residencias, denominadas Mini-Residencias (MR) por su capacidad de entre 20-30 plazas, "son centros residenciales destinados a las personas afectadas de enfermedades mentales graves o crónicas y con deterioro en su autonomía personal y social. Proporcionan con carácter temporal o indefinido: alojamiento, manutención, cuidado, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo a la integración comunitaria, a las personas antes citadas que no cuenten con apoyo familiar y social y/o que, debido a su grado de deterioro psicosocial, requieren los servicios de este tipo de centro residencial."
Las MR funcionan en régimen de atención residencial abierto y flexible y con un ambiente lo más familiar y normalizado posible. En este sentido se organizará la participación activa de los residentes en las diferentes tareas domésticas y de funcionamiento diario.

Los objetivos generales de la MR son (24):

- Asegurar la cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte.
- Favorecer la mejora de la autonomía personal o social de los usuarios de tal forma que les permita un funcionamiento lo más normalizado posible.
- Posibilitar el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de dignidad y calidad de vida.
- Evitar situaciones de institucionalización y/o marginación.
- Favorecer la progresiva integración social de los usuarios residentes.

Entre las actividades (1) que realizan, se encuentran las relacionadas con las siguientes áreas:

- Autocuidado,
- Actividades de la vida diaria,
- Psicoeducación y educación para la salud.
- Actividades de ocio y tiempo libre.
- Integración comunitaria, etc.

Estas actividades se organizan de una forma flexible, tanto en formato grupal como de un modo individual, buscando ajustarse a las diferentes necesidades, situación y objetivos de cada usuario. Se organizan también de un modo coordinado con los Servicios de Salud Mental o con los Centros de Rehabilitación de referencia para cada usuario. Igualmente, se fomenta el contacto y utilización de recursos sociales comunitarios que favorezcan la integración comunitaria de los usuarios. Y, así mismo, la MR favorece el contacto entre los residentes y sus familias, orientando y apoyando a los que se prevea su vuelta al entorno familiar.

La estancia es voluntaria y su duración variable, ajustada a las necesidades de cada caso. Según la duración de la estancia, se clasifican en (24):

- Estancias cortas. Estancia de un fin de semana a un mes, aproximadamente. Su función es la de permitir el descanso de los familiares cuidadores, cubriendo situaciones de urgencia familiar

o social y para aliviar situaciones de sobrecarga y tensión. Se destinan para este fin el 15-20% del total de plazas.

- Estancias transitorias. Tipo de estancia de duración entre un mes y un año, aproximadamente. Su función es preparar al residente para su reinserción familiar o independencia, permitiendo una adecuada transición desde el Hospital a la Comunidad. Supone el 40% del total de plazas.
- Estancias indefinidas. Trata de dar cobertura por tiempo superior a un año a enfermos mentales crónicos que, por su deterioro psicosocial y su carencia de apoyo familiar y social, necesiten una atención residencial de mayor duración ofreciendo una calidad de vida digna y evitando situaciones de marginación y/o institucionalización. Supondrá el 40% del total de las plazas.

Cada una de las MR cuenta con un equipo multiprofesional, compuesto por: un psicólogo (director); un terapeuta ocupacional; monitores o educadores distribuidos en turnos de mañana, tarde y noche los 7 días a la semana; auxiliar administrativo y personal de cocina y limpieza (1, 24).

Respecto al acceso a las MR, se debe cumplir unos criterios de inclusión y exclusión (24):

- Ser residente en el territorio de la Comunidad de Madrid
- Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años. Ambos sexos.
- Tener un diagnóstico de enfermedad mental grave y crónica.
- Presentar dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración social, que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte.
- Ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal de apoyo familiar y social.
- Estar atendido y ser derivado desde el Centro de Salud Mental (CSM) .
- No padecer enfermedad que requiera atención permanente y continuada en centros hospitalarios.
- Tener una situación psicopatológica estabilizada:
    - No presentar patrones comportamentales excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás.
    - Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.

Centrándonos en este tipo específico de atención residencial, el presente proyecto pretende realizar una aproximación a la realidad concreta de las MR. Se quiere conocer, en la práctica, las características de la atención socio-sanitaria prestada a los enfermos mentales en las MR, y describir beneficios, puntos fuertes y posibles deficiencias. Con base a ese conocimiento, se elaborarán propuestas y líneas de actuación orientadas a reforzar los aspectos positivos y beneficios encontrados para la propia institución, el enfermo, familias y profesionales, así como resolver las posibles deficiencias detectadas.

Los enfermos mentales crónicos, que son (como se ha dicho) los pacientes atendidos en las MR, presentan una problemática muy variada, como se puede observar en la definición misma de Trastorno Mental Severo, que incluye, según Blanco y Pastor (26), problemas relacionados con las siguientes áreas:

- Autocontrol: presentan mayor vulnerabilidad al estrés, pudiendo sufrir recaídas debido a las dificultades que tienen para afrontar las demandas del ambiente.
- Autocuidados: falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables (alimentación, higiene del sueño, cuidados para la salud, etc.)
- Funcionamiento cognitivo: dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información.
- Déficit en las habilidades y capacidades para manejarse autónomamente: deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre.
- Dificultades para interactuar socialmente: con pérdida de redes sociales de apoyo que, en muchos casos, se limitan sólo a su familia, lo que conduce al aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- Funcionamiento laboral: dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral causado por la falta de hábitos básicos de trabajo y experiencia. Lo que supone un obstáculo para su plena integración social y, por tanto, dependencia económica, pobreza y marginación.
- Alteración conductual grave: agresividad, intentos de suicidio, conducta sexual inadecuada, atentados contra la propiedad. A veces complicada con situaciones de consumo de drogas, que conduce frecuentemente a problemas legales.
- Ocio y tiempo libre: aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés.

Estos elementos definitorios del TMS nos muestran que las necesidades y problemas intrínsecos a la población diana son múltiples y complejos e incluyen tanto aspectos psiquiátricos o sanitarios como psicosociales. La amplitud y multidimensionalidad de tal problemática nos obliga a centrar el estudio en algunos aspectos que hasta ahora han sido poco investigados y cuyo conocimiento resulta fundamental para una correcta planificación de la asistencia de los Enfermos Mentales Crónicos. En concreto, los aspectos del objeto de estudio que se abordarán son los siguientes:

- Para un adecuado proceso de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico se hace imprescindible el control de la sintomatología, la prevención y/o control de recaídas y atención en crisis. Incluso los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico, pueden experimentar crisis periódicas. Todo esto nos lleva a indagar qué intervenciones se llevan a cabo en las MR para prevenir o minimizar las crisis o descompensaciones y en caso de producirse, poder controlarlas.

- La escasa conciencia de enfermedad es una característica importante del Enfermo Mental Grave y Crónico, que lleva emparejada la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Este hecho nos lleva a preguntarnos qué procedimientos se realizan para asegurar la correcta administración de la medicación y evitar que aquellos enfermos que tengan un mal uso de la misma puedan generar situaciones de riesgo para sí mismos o para otros residentes.

- Por otro lado, el nivel de estrés originado al pasar de un recurso supervisado a otro con menos supervisión, unido a la dificultad que tienen estos enfermos para el manejo de situaciones cotidianas estresantes, se convierte en causa de muchas de las crisis (3, 9, 10, 11). Desde el punto de vista de la salud mental, una crisis cuestiona toda la adaptación del individuo, sobre todo a personas de riesgo o grupos vulnerables. La crisis puede desencadenar dificultades de integración y adaptación en los ámbitos biológico, psicológico y social. En el momento de la crisis, la persona experimenta una intensa necesidad de ayuda y es más susceptible a la influencia de las otras (1). Por tanto, se debe conocer cómo se realiza la transición de una unidad hospitalaria (dispositivo sanitario), con alta supervisión y nivel de cuidados de personal especializado, a la Mini-Residencia (dispositivo social), con baja supervisión y nivel de cuidados especializados; así mismo, ¿se realiza alguna intervención específica para disminuir el nivel de estrés?; ¿qué mecanismos se utilizan para que esta transición no desencadene en una crisis?; y en caso de producirse, ¿qué ayuda se le presta al enfermo mental?.

- Un abordaje incorrecto en la atención comunitaria a esta población, como ya se ha descrito, acarrea consecuencias negativas:
    - Incremento de reingresos hospitalarios.
    - Uso inadecuado de la atención hospitalaria.
    - Aumento de situaciones de marginación social.
    - Sobrecarga de algunas familias desbordadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo.

Por ello, se ha hecho necesario disponer de alternativas de vivienda y atención residencial que cubran las diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión para una vida de calidad en la comunidad. Pero, ¿realmente se cubren todas estas necesidades desde las MR?, ¿en qué medida?, ¿de qué modo?

- Los enfermos mentales comparten con el resto de la población problemáticas y necesidades comunes a todas las personas (alimentación, higiene, salud y enfermedad, seguridad, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar,...). Por lo que se hace imprescindible atender su problemática bio-psico-social (24), tal y como señalan M. López y otros (9), al afirmar que "juegan su papel tanto las intervenciones sanitarias como las no sanitarias". Las MR, desde las intervenciones no sanitarias, aportan soluciones a los problemas y necesidades sociales, incluidas las de manutención, alojamiento y soporte; pero la afirmación anterior nos plantea el

interrogante de si se debería incluir a personal que realice las intervenciones sanitarias en el equipo multidisciplinar de las MR, como ocurre en otras comunidades, para completar la asistencia de los enfermos.

BIBLIOGRAFIA

1. Florit-Robles A, Cañamares J M, Collantes B, Rodríguez A. Atención Residencial Comunitaria y Apoyo al Alojamiento de Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica: Recursos y Programas Residenciales Básicos de Intervención. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 23; 2007.

2. Desviat M. La Reforma Psiquiátrica. Madrid: ediciones DOR SL; 1995.

3. Rodríguez A. Alternativas residenciales comunitarias para personas con enfermedades mentales crónicas. Intervención psicosocial. 1992; 1(2):15-29

4. Rodríguez A. Enfermos mentales crónicos.Intervención psicosocial. 2003; 12 (1):5-45

5. Carling PJ, Ridgway P. Community residential rehabilitation: An emerging approach to meeting housing needs, Community for Residential Rehabilitation Project. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston: University. 1985.

6. Martínez MJ, Perona S, Cuevas C. Soporte residencial de enfermos mentales crónicos. Intervención psicosocial. 2003; 12 (1): 19-34.

7. Rodríguez A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Editorial Pirámide.1997

8. García J, De las Heras B. Soportes para la convivencia y la integración social de pacientes con trastornos mentales persistentes: funciones y necesidades. En: García J, Espino A, Lara L, editores. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos; 1998. p. 225-39

9. López M, Lara L, Laviana M, Fernández L, García-Cubillana P, López A. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. Archivos de Psiquiatría. 2004; 67(2): 101-128

10. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del programa residencial. Documentos de Trabajo, Nº 1.Sevilla: FAISEM; 2000.

11. Carling PJ. Housing and supports for persons with mental illness: emerging approaches to research and practice. Hospital and Community Psychiatry. 1993; 44(5):439-49.

12. De Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. Br J Psychiatry. 2002;181: 220-5.

13. Tranchina P. La deinstituzionalizzazione psichiatrica in Italia: un processo di acquisizione colletiva di cittadinanza. Fogli di Informazione. 1999; 179: 25-36.

14. Gruppo Nazionale Progres. Le strutture residenziali psichiatrice in Italia. I resultati della fase 1 del progetto PROGRES. Epidemiologia e Psichiatria Sociale. 2001; 10 (4):260-75

15. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos técnicos 6. Madrid: AEN; 2002

16. López M, Laviana M, García-Cubillana P. Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En: Pérez F. (coord.). Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. Madrid: AEN; 2006. p. 237-273.

17. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de Abril. Boletín Oficial del Estado nº 102 (29-4-1986)

18. Asociación Española de Neuropsiquiatría. El Observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005.Cuadernos técnicos 7. Madrid: AEN; 2007

19. Espino Granados JA. Presente y futuro de la Atención Psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En: Granado JA (Coord). La Atención a la salud mental en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p. 26-52

20. Menéndez F. Veinte años de la reforma psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000. Madrid: AEN. 2005; 25 (95): 69-81

21. Lara L, López M. La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía. En: García J, Espino A, Lara L, editores. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos; 1998. p. 213-24.

22. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. Madrid: AEN.2007; 27(99):187-223

23. Decreto 122/1997, de 2 de octubre, por el que se regula el régimen jurídico básico de servicio público de atención social, rehabilitación psicosocial y soporte comunitario (Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de 9 de octubre de 1997)

24. Comunidad de Madrid. Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007. Madrid: Comunidad de Madrid, Dirección General de Servicios Sociales; 2003

25. Comunidad de Madrid. Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008.Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2003.

26. Blanco A, Pastor A. Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. En A. Rodríguez (coord.): Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Editorial Pirámide; 1997. p. 33-55

27. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2003.

28. Vasco Uribe A. Curso de metodología de la investigación en salud. Barcelona: IDER SL;1995.

29. Velasco HM, Díaz de Rada A. Lo que hicieron Harry y John. En: Velasco H M,
Díaz de Rada A. La lógica de la investigación etnográfica. Madrid: Trotta; 1997. p. 87-103

30. Hammersley M, Atkinson P. Métodos de investigación. Barcelona: Paidós; 2001.

31. Amezcua M. El trabajo de campo Etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. Index de Enfermería. 2000; 30: 30-35.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- **Conocer las características de la atención socio-sanitaria prestada a los Enfermos Mentales Crónicos en las MR, y describir tanto aspectos beneficiosos como posibles deficiencias.**

- **Identificar si existe una necesidad de cuidados socio-sanitarios específica para garantizar el mantenimiento de la salud del paciente ingresado en la Mini-Residencia.**

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- **Conocer y analizar las intervenciones, procedimientos y pautas que se realizan para:**
  - **Facilitar la transición de una unidad hospitalaria con alta supervisión y nivel de cuidados de personal especializado, a la Mini-Residencia, con baja supervisión y nivel de cuidados especializados.**
  - **Controlar las crisis o descompensaciones.**
  - **Asegurar la correcta adherencia al tratamiento.**
  - **Ayudar a mejorar la autonomía personal (autocuidados, actividades vida diaria,...).**
  - **Actuar ante situaciones de riesgo: autoagresiones, heteroagresiones, desestabilización psicopatológica y / o conductas desadaptadas.**

- **Conocer cómo se facilita desde la MR la progresiva integración social de los usuarios, así como los nexos familiares y comunitarios.**

- **Explorar como se establece la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales para la cobertura de las necesidades de salud de los residentes.**

- **Conocer y analizar las opiniones y percepciones que tienen sobre la atención socio-sanitaria prestada a los enfermos mentales en las MR, así como de las intervenciones y procedimientos anteriores, los colectivos implicados en su asistencia:**
  - **Responsable Institucional de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.**
  - **Coordinadores técnicos del "Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica".**
  - **Personal del Centro de Salud Mental.**
  - **Personal de las MR.**
  - **Enfermos Mentales Crónicos residentes en las MR.**
  - **Asociaciones de defensa y apoyo a los enfermos y a sus familias.**

- **Familiares de los enfermos mentales residentes en las MR.**

METODOLOGIA

Diseño: El objeto de investigación y los objetivos enunciados exigen la aplicación de una metodología compleja, que combine y articule varios tipos de técnicas de investigación (triangulación metodológica) en función de las diversas dimensiones que estructuran el objeto de estudio. Por un lado, será necesario conocer, medir y analizar los datos que caracterizan la situación y asistencia de los residentes (1ª Método: Revisión y análisis documental). Por otro, averiguar e interpretar mediante técnicas cualitativas (2ª Método: observación participante y entrevistas semiestructuradas) las percepciones, opiniones y actitudes de ellos mismos y de los distintos sujetos o actores implicados en su atención. Por último y como fruto de las conclusiones que se obtengan en los puntos anteriores (3ª Método), resulta conveniente elaborar propuestas concretas de actuación que permitan mejorar la gestión y atención a los enfermos mentales en las MR.

Por lo tanto, se trata de un estudio cualitativo. Para abordar las dimensiones del objeto de estudio, se plantea la realización de los siguientes métodos principales de investigación:

- **Revisión y análisis de documentos.**
- **Observación Participante.**
- **Entrevistas Semiestructuradas.**
- **Sondeo final a algunos de los sujetos investigados respecto a las propuestas de actuación que se les presentarán.**

1er METODO: REVISION Y ANALISIS DOCUMENTAL

En este primer método se trata de profundizar en el conocimiento teórico de la problemática objeto de estudio, así como en el análisis de los datos y documentos de que dispongan las MR en relación con los puntos de interés de la investigación, señalados anteriormente en el apartado de Justificación. Con este fin se realizarán las siguientes actividades:

- Revisión, tratamiento y análisis de datos recogidos por los técnicos y responsables de las MR. Se solicitará autorización para disponer de los datos referidos a estancias, alimentación, tratamiento, etc. de los residentes, al igual que cualquier documento relacionado con la planificación y programación de la MR a nivel regional (memorias anuales, datos estadísticos,...).

2º METODO: ETNOGRAFIA

En este método, dadas las características del objeto de estudio y de los objetivos iniciales, se realizará una aproximación Etnográfica, utilizando para la obtención de datos:

a) Observación participante.

b) Entrevista personal semi-estructurada.

Se utiliza este método, y en concreto la etnografía, porque implica la descripción e interpretación del modo de vida de una unidad social o grupo de individuos y del escenario natural donde transcurre el fenómeno estudiado. Así mismo, la etnografía se interesa por la gente, por su conducta e interacciones, mostrando los acontecimientos de la vida de un grupo, haciendo especial énfasis en el comportamiento, las motivaciones y valores según las comunican y expresan los propios protagonistas cuyas explicaciones e interpretaciones reciben la máxima atención [27].

a) Observación Participante

La revisión documental realizada en la fase anterior se completará y contrastará con el registro "in situ" de datos mediante Observación Participante. Esta se llevará a cabo directamente en las MR, en las cuales el investigador se integrará en la medida de lo posible en el grupo de profesionales de la residencia, participando de los ritmos y de la vida cotidiana de las personas que en ellas viven y trabajan.

Se tomará nota de forma sistemática de cuanto se observe y descubra en las siguientes áreas:

- **Lo que hacen (las conductas y comportamientos, actividades vida diaria, administración de medicación, funcionamiento cotidiano, autocuidado …).**
- **Los instrumentos y medios que utilizan.**
- **El hábitat (la estructura y forma de las distintas dependencias y espacios de las MR, y su incidencia en los comportamientos).**
- **Los acontecimientos inesperados (crisis, enfermedad común, etc).**
- **Lo que dicen los residentes, trabajadores y familiares en su vida cotidiana, respecto a los temas objeto de estudio.**

Se utilizará un cuaderno de notas de campo y (cuando se considere oportuno y se disponga de autorización para ello), y también videos y grabadoras. Los datos se registrarán en un formato de fichas, cuyos campos definitivos se decidirán en base al estudio documental de la fase anterior y del propio desarrollo de la observación participante.

El tiempo empleado será de 15 días en cada MR, hasta completar un total de 60 días o hasta que se sature las diferentes dimensiones del campo de estudio (cuando los datos sean repetitivos y no

generen nueva información). La observación se realizará a distintas horas del día (mañana, tarde y noche).

Por otro lado, esta fase de observación participante servirá para seleccionar los individuos concretos a los que se efectuarán las entrevistas semiestructuradas que se detallan a continuación, así como para conseguir su consentimiento y acuerdo para ser entrevistados. A través de la observación y de conversaciones informales, se identificarán los individuos cuyas características se ajusten a los criterios de selección de la muestra estructural de las entrevistas, y se construirá un mapa social donde se determinará a quienes se observará más detenidamente y a quienes finalmente se entrevistará.
Revelaremos a los informantes los objetivos de la investigación de manera genérica, sin entrar a especificar en detalle, a fin de evitar condicionamientos o sesgos en la investigación.

b) Entrevistas Semiestructuradas
La información obtenida en las fases anteriores se contrastará y completará mediante entrevistas semiestructuradas a los distintos tipos de sujetos implicados en la atención a los residentes. Con ellas se conocerán y analizarán las posiciones discursivas, las motivaciones y opiniones existentes en la red de actores involucrados en la relación asistencial. Así mismo, se identificarán las diferencias, similitudes y oposiciones que muestran los diferentes tipos de sujetos respecto a los temas que vertebran la investigación.

Se realizarán un total de 38 entrevistas. De acuerdo con los principios metodológicos que rigen la perspectiva cualitativa, la selección de la muestra de entrevistados no se guía por un criterio de significación estadística, sino de representación estructural. Lo que importa es seleccionar a distintos tipos de individuos que en su conjunto ofrezcan todas las posibles posiciones discursivas en relación con la problemática del objeto de estudio. Para ello se crea una guía de entrevista semiestructurada que se aplicará a los siguientes tipos de sujetos:
1. Responsables Institucionales de la Comunidad Autónoma de Madrid (Consejería de Familia y Asuntos Sociales).
2. Coordinadores técnicos del "Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007.
3. Personal del Centro de Salud Mental.
4. Personal de las MR.
5. Enfermos Mentales residentes en las MR.
6. Asociaciones de defensa y apoyo a los enfermos y a sus familias.
7. Familiares de los enfermos mentales residentes en las MR.
El guión temático general de las entrevistas recogerá todos los temas que aborda la investigación (adherencia al tratamiento, crisis, transición desde otro dispositivo a la MR, etc.), pero su

elaboración definitiva dependerá del conocimiento adquirido en las fases de revisión documental y de observación participante. El guión temático inicial tendrá un carácter provisional y piloto, que una vez experimentado permitirá comprobar si aparecen temas emergentes y si conviene reducir o ampliar algún tema en el resto de las entrevistas. Por otro lado, en función del perfil del sujeto a entrevistar (trabajadores del CMS, trabajadores de la MR, residentes, familiares o asociaciones) seguiremos un guión específico de entrevista.

Las entrevistas se realizarán en lugares y ambientes que faciliten y no condicionen la libre expresión de los entrevistados y, sobre todo en el caso de los enfermos mentales, que eviten su confusión con cualquier otro tipo de entrevista clínica.

El análisis de los discursos de la entrevistas se realizará a través de la creación de códigos, subcategorías y categorías. Para el proceso de análisis se utilizará la herramienta informática de soporte al análisis de textos ATLAS-Ti 5.2. A partir del tratamiento informático de los discursos, el investigador analizará y sintetizará las principales posiciones discursivas frente a la problemática objeto de estudio, y la vinculación de tales posiciones con los distintos tipos de sujetos sociales que las sustenta.

Selección de informantes:

1. Responsable Institucional de la Comunidad Autónoma de Madrid, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. 1 entrevista.

Se intentará realizar al profesional más competente e informado en relación a los objetivos del estudio.

2. Coordinadores técnicos del "Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007. 2 entrevistas.

Se seleccionará a 2 coordinadores, siendo a su vez Directores- psicólogos de MR de la zona de estudio y autores de reconocido prestigio, en el ámbito social, de artículos y libros sobre alojamientos para enfermos mentales crónicos. Así mismo estas personas están muy involucradas en la creación y puesta en marcha de las MR, desde su evolución histórica hasta su proceso de implantación en la Comunidad de Madrid.

3. Personal de los Centros de Salud Mental (CSM) de la zona de estudio. 9 entrevistas

Se entrevistará a tres Trabajadores Sociales, tres Enfermeros y tres Psiquiatras, seleccionados en función de los siguientes criterios:

- **Distintas áreas sanitarias de pertenencia (áreas 8,9 y 10).**
- **Antigüedad ≥ 4 años, desde el inicio de vigencia del Plan de Atención Social.**
- **Número de Enfermos que tienen derivados a las MR.**

4. Trabajadores de las MR. 8 entrevistas.

Incluyen 4 monitores-educadores y 4 terapeutas ocupacionales. Se elegirán en función de:

- **Sexo.**
- **Con la máxima antigüedad/experiencia posible en MR (no se indica tiempo porque la MR Sevilla la Nueva, por ejemplo, se inauguró en 2007).**

- **Pertenencia a distintas MR de la zona de estudio.**

5. Enfermos Mentales Crónicos residentes en este dispositivo. 8 Entrevistas.

La selección de los residentes se basará en la experiencia y el contacto establecido con ellos durante la fase de observación participante. No obstante, se atendrá a los siguientes criterios de selección:

- **Sexo.**
- **Edad.**
- **Tipo de estancia (corta, transitoria e indefinida).**
- **Causa principal de su entrada en la MR (emergencia social, descanso familiar, preparación vida autónoma, carencia de alojamiento,...).**
- **Padecimiento de crisis en los dos últimos años, que haya precisado hospitalización.**
- **Distancia al CSM (en la misma MR hay residentes de distintas áreas sanitarias).**

6. Familiares de los enfermos. 8 entrevistas.

Se entrevistará a familiares seleccionados en función de:

- **Tipo de estancia de sus familiares residentes (corta, transitoria e indefinida).**
- **Grado de implicación en su cuidado (bajo- medio-alto).**
- **Sexo.**

7. Asociaciones de apoyo y defensa de los enfermos. 2 entrevistas.

Se entrevistará a dos responsables de este tipo de asociaciones, elegidos en razón de la discrepancia de su posicionamiento básico sobre la atención de los enfermos mentales en las MR.

3er METODO: ELABORACION Y SONDEO SOBRE LAS PROPUESTAS

Como culminación del proceso metodológico descrito y una vez realizado el informe de investigación y de conclusiones, se procederá a elaborar un breve documento que exponga las principales líneas de actuación y las acciones concretas que podrían desarrollarse para potenciar los factores positivos de las MR y para reducir los déficit encontrados en la investigación.

El procedimiento técnico para elaborar las propuestas será el siguiente:

- **Elaboración provisional de propuestas por parte del investigador en base a las conclusiones del informe de investigación de las fases anteriores.**
- **Envío de tales propuestas por correo y sondeo de opinión sobre las mismas a un grupo compuesto por los principales participantes en las entrevistas.**
- **Revisión y reformulación de propuestas a la luz del sondeo realizado.**

Ámbito de estudio: El estudio se centra en la zona geográfica del sur de la Comunidad de Madrid, que incluye las áreas sanitarias 8 (317.466 habitantes entre 18-65 años), área 9 (276.280 habitantes entre 18-65 años) y área 10 (212.750 habitantes entre 18-65 años), según los datos del Padrón Municipal de Habitantes correspondientes a Enero de 2007, y concretamente en las 4 MR que hay en este territorio: Getafe, Navalcarnero, Parla y Sevilla la Nueva.

Se han elegido tres áreas sanitarias por varias razones:

- En la misma MR hay residentes procedentes de distintos CSM y de distintas áreas sanitarias, ya que todas las áreas no disponen de este recurso. El área 9, por ejemplo, tiene plazas en las MR de Sevilla la Nueva (área 8), Parla (área 10) y Getafe (área 10). Así mismo, estos dispositivos residenciales cuentan con plazas para atender emergencias sociales de apoyo de otras áreas.
- Esta zona geográfica es suficientemente representativa por su número de habitantes (un total de 806.402 habitantes entre 18-65 años) y por incluir núcleos de población rurales y urbanos.
- Por ser pionera y referente nacional (área 9) de la Reforma Psiquiátrica llevada a cabo en la década de los 80.
- Por contar con un número de residentes atendidos en MR (108) suficiente para poder analizar las principales tipologías de situaciones de estudio y su red sociosanitaria.
- Asimismo, el análisis comparativo de las 4 Mini-Residencias permitirá profundizar en el análisis de cada una de ellas y extraer conclusiones sólidas y generalizables.

Sujetos de estudio: La población diana a la que se dirige el presente proyecto es aquella incluida bajo el término de "Enfermos Mentales Crónicos" atendidos en las 4 MR señaladas. En conjunto, dichas MR cuentan con 108 plazas de atención, de un total de 415 plazas de toda la Comunidad de Madrid (Datos del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007).

Criterios de inclusión:

- Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años. Ambos sexos.
- Tener un diagnóstico de Enfermedad Mental Grave y Crónica.
- Estar atendido y ser derivado desde el Centro de Salud Mental (CSM).
- Tener una situación psicopatológica estabilizada:
  - No presentar patrones comportamentales excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás.
  - Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
- Aceptar de forma voluntaria e informada participar en el programa.

Criterios de exclusión:

Se excluirían del estudio aquellos enfermos mentales que, además de no cumplir los criterios anteriores, presenten:

- **Descompensación psicopatológica.**
- **Prescripción facultativa que desaconseje la inclusión en el estudio.**

Limitaciones del estudio

- **Pérdidas de informantes por negación a participar, o por otras causas (descompensaciones, consumo de tóxicos, defunciones, bajas voluntarias, expulsión del programa por conductas inapropiadas,...).**
- **Imposibilidad de acceder al escenario de estudio por no obtener los permisos oportunos.**
- **Asimismo, este trabajo se enfrenta a las tradicionales limitaciones que se asocian a la metodología cualitativa (los resultados obtenidos pueden ser ricos y profundos pero no generalizables a la población; el análisis e interpretación de los resultados recae bajo la responsabilidad del investigador,...). Para evitarlo se utiliza la triangulación metodológica expuesta anteriormente.**

Aspectos éticos

Todas las entrevistas irán precedidas del consentimiento individualizado, verbal o escrito, preservando la identidad de todos los participantes. Se informará del objetivo del estudio, así como del uso que se dará a la información resultante de la investigación y de la posibilidad de no participar en el mismo, sin que esto tenga ninguna consecuencia. En caso de incapacidad legal, se solicitará por escrito el consentimiento de la persona implicada así como de su tutor legal.

El investigador del estudio no se identificará en ningún momento como profesional sanitario, para evitar los sesgos que esto pudiera ocasionar en el discurso de los informantes.
También se informará a los participantes de la confidencialidad de las grabaciones y la no utilización o aparición de sus nombres en el informe final ni durante todo el proceso de análisis. Las grabaciones de los discursos se guardarán en lugar seguro por el investigador principal sin que pueda tener acceso a las mismas nadie que no sean los investigadores que llevarán a cabo el análisis del discurso.
La trascripción la llevará a cabo una persona sin conocer los nombres completos de los participantes.
Se solicitarán los permisos correspondientes a las siguientes Instituciones y organismos: Consejería de Servicios Sociales, Consejería de Sanidad, Entidad INTRESS (gestión MR Getafe y MR Navalcarnero), GRUPO 5 (gestión MR Sevilla la Nueva), Fundación Manantial (gestión MR Parla).
La guía del consentimiento informado para la participación en las entrevistas será presentada al comité de ética de la Consejería de Sanidad y Consejería de Servicios Sociales, para su aprobación.

UTILIDAD PRACTICA DE LOS RESULTADOS

- **Proporcionar información privilegiada a las Instituciones y profesionales implicados para que vean reflejado el funcionamiento de las MR.**
- **Elaborar un informe con los resultados del estudio, señalando los puntos fuertes y deficiencias detectadas.**
- **Definir propuestas concretas de actuación para mejorar estos dispositivos y reforzar los aspectos positivos**

CRONOGRAMA

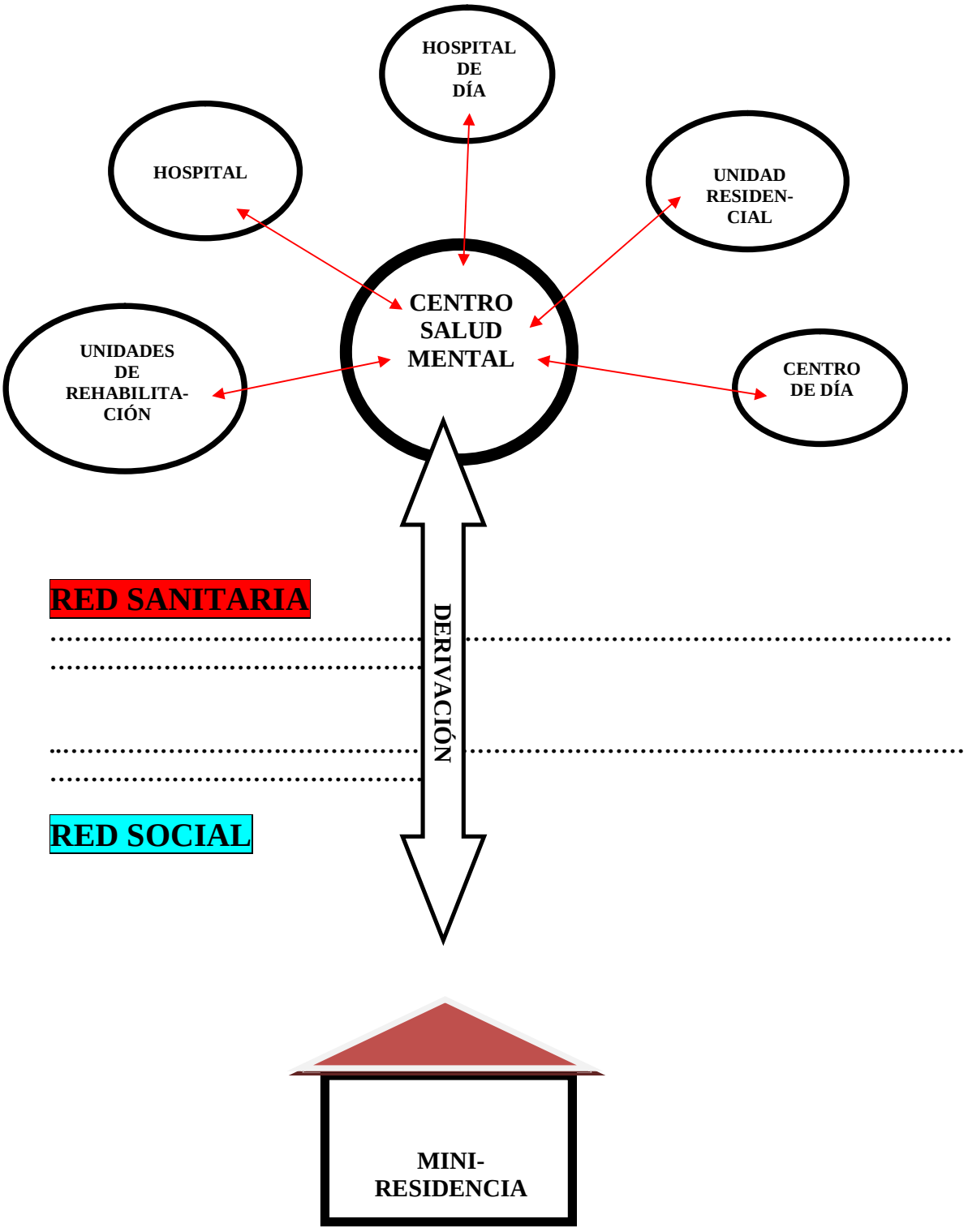
El estudio tendrá una duración total de 12 meses, repartidos según el siguiente cronograma:

MES / ACTIVIDAD	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Revisión y análisis documental												
Observación Participante												
Captación, entrevistas y transcripción												
Informe de investigación												
Sondeo y Propuestas finales												

PRESUPUESTO

Material inventariable	
Ordenador portátil y software informático y de análisis de textos	3.000 €
Impresora	200 €
Equipo de grabación	600 €
Libros	300 €
Material fungible	
Suscripción a fondos bibliográficos por 1 año /gastos de envío documentos	300 €
Material de papelería y fotocopias	400 €
Alquiler despacho para la realización de algunas entrevistas	1.000 €
Gastos de Personal	
Contratación de transcriptores/as de los discursos de las entrevistas	5.000 €
Salario personal investigador	24.000 €
Viajes y dietas	
Inscripción, viajes y alojamientos para congresos	1.000 €
Gratificación participantes entrevistas (30€ x persona)	1.140 €
TOTAL=	36.940 €

ANEXO I: RED DE SALUD MENTAL



ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

APELLIDOS:
NOMBRE:
DNI:

Doy mi consentimiento para participar en una entrevista que se utilizará en un estudio de investigación. Este estudio pretende conocer las características de la atención socio-sanitaria prestada a los enfermos mentales graves y crónicos en las Mini-Residencias de la Comunidad Autónoma de Madrid, y describir tanto aspectos beneficiosos como deficiencias. En base a este conocimiento se elaborarán propuestas y líneas de actuación orientadas a resolver las posibles deficiencias detectadas en el estudio y reforzar los aspectos positivos encontrados.
Al firmar este documento acepto entrar a formar parte del estudio. La información de carácter personal será confidencial, sólo se permitirá su uso dentro de la investigación.

Mi participación es libre y voluntaria, no sujeta a ninguna retribución económica, pudiendo abandonar el estudio cuando lo desee, sin ningún compromiso por mi parte.
Recibo copia del consentimiento y consiento en participar.

Madrid, a de de

Firma participante **Firma Investigador**