

PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE QUE VIVEN EN UNA RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD: UNA VISIÓN GLOBAL.

PEOPLE WITH A SEVERE MENTAL ILLNESS WHO LIVE IN A NURSING HOME: A GLOBAL VIEW.

DeCS Trastorno Mental Grave; Esquizofrenia; Residencia De Mayores; Terapia Ocupacional.

MeSH Mental Illness; Schizophrenia; Nursing Home; Occupational Therapy.



Autora

Dña. Alba Laso González.

Diplomada y graduada por la Facultad de Ciencias de la Salud (Universidad de A Coruña). Terapeuta Ocupacional en la Residencia Edad de Oro de Villar de Mazarife (León)
E-mail de contacto: alba.laso9@gmail.com

Como citar este documento:

Laso González A. Personas con trastorno mental grave que viven en una residencia de la tercera edad: una visión global. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2016 [fecha de la consulta]; 13(23): [17 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num23/pdfs/original2.pdf>

Texto recibido: 28/12/2015
Texto aceptado: 08/04/2016
Texto publicado: 31/05/2016

Introducción

La salud mental es un estado que permite el desarrollo óptimo, físico, intelectual y afectivo del sujeto, en la medida en que no perturba el desarrollo de sus semejantes⁽¹⁾. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos⁽²⁾. Uno de ellos es el trastorno mental grave (TMG), entendido como un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad, lo que conlleva un grado variable de discapacidad y de disfunción social y ha de ser atendido mediante recursos

RESUMEN

Objetivo Conocer la percepción de las personas con trastorno mental grave que viven en una residencia de la tercera edad, de los profesionales que trabajan allí y de otros residentes sin problemas de salud mental.

Métodos: Investigación cualitativa, enmarcada en un paradigma fenomenológico, dentro de una residencia de la tercera edad de la provincia de León. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas individuales y observaciones participantes.

Resultados: Una vez analizada toda la información, emergieron las categorías de significado que nos aproximaron a la explicación del fenómeno: "carga familiar", "contexto personal, social y físico", "formación especializada" y "necesidad de atención integral".

Conclusiones: Este trabajo aporta una visión global de todas las personas implicadas y un acercamiento más preciso al fenómeno de estudio, permitiendo reflexionar sobre la necesidad de una renovación y adaptación de las residencias actuales proporcionando formación a los profesionales, así como programas específicos para mejorar la atención de las personas con trastorno mental grave y que éstos mejoren su calidad de vida y bienestar social.

SUMMARY

Objective: Getting to know the insight of the people suffering from 'severe mental illness' who live in a nursing home, as well as the perception of professionals that work there and other residents with no mental disorders.

Methods: Qualitative research, framed in a phenomenological paradigm within a nursing home located in León (Spain). It has been carried out through semi-structured individual interviews and participant observations.

Outcomes: Once all the information has been analyzed, the categories of meaning arise, getting us closer to the explanation of the phenomenon: "family burden", "social, personal and physical context", "specialized training" and "need for comprehensive care".

Conclusions: This document gives a global vision from all people concerned, including a more precise approach to the phenomenon subject to study that allows to reflect over the need for a renovation and adaptation of the current nursing homes by means of professional training and specific programs focused on improving the care system for people with severe mental illness so they could improve their quality of life and social welfare.

socio-sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social⁽³⁾. Este tipo de trastorno incluye, según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, la esquizofrenia, la esquizofrenia paranoide, el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo grave con síntomas psicóticos, el trastorno depresivo recurrente⁽⁴⁾, así como los trastornos bipolares, los trastornos obsesivo-compulsivos y los trastornos de la personalidad severos⁽⁵⁾.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2012, 277.100 personas en España tenían un diagnóstico de trastorno mental con

certificado de discapacidad. En Castilla y León, en el año 2011, éstas eran 12.300⁽⁶⁾.

En la segunda edición del Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional de la American Occupational Therapy Association (AOTA), se hace referencia al término de justicia ocupacional como el *compromiso de la profesión con la ética, moral y factores cívicos que pueden apoyar o limitar el compromiso de promover la salud con las ocupaciones y la participación en el domicilio y en la vida de la comunidad*. Esta justicia asegura que se brinde a los usuarios la oportunidad de participar en las ocupaciones que ellos quieran

realizar. Por eso, desde la terapia ocupacional hay que trabajar para apoyar las políticas sociales, acciones y leyes que permitan a la gente comprometerse en ocupaciones que den significado a sus vidas. Así mismo, dentro del proceso de esta profesión surge la necesidad de crear un perfil ocupacional que tiene en cuenta los patrones de la vida diaria, los intereses, los valores y las necesidades de las personas, por eso es importante conocer información y experiencias relativas a ellas ⁽⁷⁾.

Las personas con TMG, independientemente de su edad, pueden necesitar de un lugar residencial para minimizar la carga familiar que puede suponer su enfermedad. Esta alternativa de alojamiento permite obtener un mayor bienestar social y mejor calidad de vida en el entorno de la convivencia, que sirve además, para prevenir la exclusión y marginación social. Estas residencias deben enmarcarse en el proyecto global de rehabilitación psicosocial integral en la comunidad, que debe ser completo (con recursos adecuados, suficientes y a todos los niveles), integral (que cubra todas las necesidades y déficits a este nivel), integrado con los demás recursos (de rehabilitación psicosocial), continuado, progresivo y comunitario. El objetivo final debe ser la integración normalizada, intentando llegar a un nivel o situación más cercana a su lugar de origen y con la mayor autonomía personal posible. En todos los casos, además de proveer el alojamiento, se trabaja para facilitar el acceso del residente y su participación en el entorno, así como mejorar su calidad de vida⁽⁷⁾.

Sin embargo, la mala gestión de la enfermedad mental es común y ocurre a menudo en residencias de la tercera edad⁽⁹⁾, por lo que varios autores hacen hincapié en la necesidad de investigar sobre programas específicos para personas con problemas de salud mental en un contexto residencial^(10, 11, 12), identificando los factores más relevantes para la planificación de un buen tratamiento⁽¹²⁾. Porque aunque las necesidades de estas personas pueden cubrirse en ocasiones por servicios de salud de la comunidad, se requiere más rehabilitación, más terapia ocupacional y que se desarrollen los recursos

residenciales⁽¹³⁾. Además, para mejorar la atención de las personas con enfermedades mentales es importante que el personal de las residencias cuente con los conocimientos necesarios⁽¹⁰⁾, pero muchas veces tienen poca o ninguna experiencia en el ámbito de la salud mental⁽¹⁴⁾. Toda esta situación influye en su tratamiento inadecuado y/o insuficiente, y en consecuencia, en su calidad de vida.

En Castilla y León existen actualmente 37 equipos de salud mental distribuidos en diferentes Áreas de Salud. En León se encuentran 5 de esos equipos⁽¹⁵⁾ con un total de 81 plazas repartidas entre los mismos. Teniendo en cuenta el número de personas con enfermedad mental y las plazas disponibles, las residencias de mayores soportan en los últimos años gran variedad de problemas clínicos y sociales⁽¹⁴⁾. Aunque aparentemente parece un servicio apropiado, son varios los estudios que coinciden en que no siempre se garantiza una mejoría en la calidad de vida⁽¹⁶⁾. Estas residencias pueden ofrecer apoyo psíquico y social⁽¹⁷⁾, pero participar en la vida comunitaria ofrece una mayor capacidad funcional⁽¹⁸⁾, autonomía⁽¹⁹⁾ y sentimiento de pertenencia en contraste con la exclusión⁽²⁰⁾.

Por todo esto, se hace necesario abordar el tema del TMG en residencias de la tercera edad. Para ello se plantearon una serie de objetivos a conseguir con el presente estudio. El objetivo general era conocer la percepción de las personas con trastorno mental grave que viven en una residencia de la tercera edad de la provincia de León, de los profesionales que trabajan allí y de otros residentes sin problemas de salud mental. Además, se plantearon otros objetivos específicos:

- Conocer la perspectiva y opinión de las personas con trastorno mental grave y de las personas mayores acerca de su convivencia en una residencia de la tercera edad ordinaria.
- Descubrir las necesidades percibidas de las personas con trastorno mental grave en su convivencia en una residencia de la tercera edad ordinaria.

MÉTODOS

Este trabajo se ha realizado en una metodología cualitativa, que concibe a las personas involucradas de forma holística, es decir, como un todo, y que por su característica inductiva, permite desarrollar una teoría a partir de la interpretación de los datos obtenidos. Se ha enmarcado en un paradigma fenomenológico que entiende los fenómenos sociales desde la perspectiva de los autores⁽²¹⁾, en este caso las personas con trastorno mental grave, los profesionales que trabajan con ellos, y otros residentes sin diagnóstico de enfermedad mental.

Ámbito de estudio

La investigación se lleva a cabo en una residencia privada de personas mayores situada en un pueblo de la provincia de León. Cuenta con 100 plazas repartidas entre válidos (50 residentes) y dependientes (38 asistidos de grado I y 12 asistidos de grado II); además presta servicios médicos, de enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, fisioterapia, servicios asistenciales, religiosos, peluquería, lavandería, transporte adaptado y podología, con un total de 40 profesionales.

De los 100 residentes, cuya edad media es de 83 años, 33 son hombres y 67 mujeres. De ellos hay 38 personas con diagnóstico de TMG (26 mujeres y 12 hombres) con una edad media de 78 años.

Entrada en el campo

El acceso al campo se produjo en el año 2011 al comenzar a trabajar como terapeuta ocupacional en la residencia donde se ha llevado a cabo el estudio. El trabajo está enfocado a actividades de ocio y tiempo libre, de estimulación cognitiva, estimulación sensorial, psicomotricidad y otras actividades para personas mayores. El contacto con los residentes es diario y ha sido continuo desde hace más de 2 años. La recogida de datos se ha realizado durante cinco

meses: desde enero de 2014, que se iniciaron las entrevistas, hasta junio de 2014, que se terminó de redactar el manuscrito.

Selección de informantes

Para la selección de informantes se ha elegido un muestreo teórico, estableciendo unos criterios de inclusión y exclusión de cada grupo de informantes que se detallan a continuación (Tabla I). El tamaño muestral queda delimitado por la saturación de los datos recogidos.

	Criterio de inclusión	Criterios de exclusión
GRUPO I: Personas con diagnóstico de trastorno mental grave	<ul style="list-style-type: none"> - Tener diagnóstico de trastorno mental grave incluido en el CIE-10. - Vivir en la residencia desde hace al menos 1 mes. - Haber firmado el consentimiento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Carecer de diagnóstico de cualquier trastorno mental o demencia. - Vivir en la residencia desde hace menos de 30 días.
GRUPO II: Profesionales del centro	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar en el centro desde hace más de 6 meses. - Haber firmado el consentimiento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar en el centro desde hace menos de 6 meses.
GRUPO III: Personas mayores que conviven con personas con trastorno mental grave	<ul style="list-style-type: none"> - Ser mayor de 65 años. - Carecer de diagnóstico de enfermedad mental. - Llevar en el centro más de 3 meses. - Haber firmado el consentimiento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser menor de 65 años. - Tener diagnóstico de enfermedad mental. - Llevar en el centro menos de 3 meses.

Tabla I.-Criterios de inclusión/ exclusión de los diferentes grupos de informantes. Elaboración propia.2014

Grupo I: Personas con diagnóstico de trastorno mental grave

Se entrevistó a 11 personas con diferentes diagnósticos de TMG, siendo 7 hombres y 4 mujeres, de edades comprendidas entre 50 y 77 años (edad media de 64 años). De todos ellos, cinco están incapacitados legalmente: dos por familiares, otros dos por una Fundación Tutelar de Enfermos Mentales de León (FECLEM) y otra persona por la Gerencia de Servicios Sociales de León.

Grupo II: Profesionales del centro

Se llevaron a cabo entrevistas a 8 profesionales: enfermero, trabajadora social y auxiliares de geriatría; siendo todas mujeres excepto un hombre, de edades comprendidas entre 31 y 60 años, con una edad media de 42 años y diferentes niveles de formación (estudios universitarios, COU, Bachiller o FP I).

GRUPO III: Personas mayores que conviven con personas con trastorno mental grave

Se entrevistó a 5 personas de la residencia que conviven con personas con TMG, siendo cuatro mujeres y un hombre, de edades comprendidas entre 82 y 95 años (edad media de 88 años) con estudios entre primarios y medios.

Descripción de las fases y técnica de recogida de datos

Una vez recabada toda la información relativa al tema de estudio, se realizaron entrevistas semiestructuradas con un guion previamente diseñado a los grupos anteriormente descritos, que fueron grabadas y posteriormente transcritas. Además se llevó a cabo una observación participante (OP) y se anotaron los aspectos más importantes en el cuaderno del investigador.

Posteriormente, se analizó con una estrategia inductiva e interpretó todo el contenido de las entrevistas, así como las observaciones recogidas. Una vez analizadas las mismas y elaborada una lista de temas, se extrajeron las categorías de significado, es decir, los temas que emergieron de las entrevistas, hasta que todos los datos estaban recogidos en dichas categorías, que se detallan en el apartado de Resultados.

Una vez analizada toda la información, se procedió a interpretar los datos obtenidos y redactar los resultados y conclusiones del estudio.

Aspectos éticos

Para asegurar la ética del presente trabajo, se han elaborado una serie de documentos para las personas implicadas en el desarrollo de la investigación: hojas de información y consentimientos informados de las personas con trastorno mental grave, de los profesionales y de los residentes sin diagnóstico de enfermedad mental, así como el consentimiento por parte de los responsables de la institución para la realización del trabajo y para la posterior divulgación del mismo. Algunos participantes están incapacitados legalmente, por lo que aunque se les ha informado y solicitado su participación verbalmente, el consentimiento lo han firmado los tutores correspondientes.

Siguiendo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal en todo momento, se anonimizaron los datos, utilizando diferentes códigos: "D" para las personas con diagnóstico de trastorno mental grave, "P" para los profesionales y "R" para los otros residentes.

RESULTADOS

Tras el análisis del contenido de las entrevistas y las observaciones participantes, se extrajeron las categorías de significado que explican el fenómeno de estudio. A continuación, se describen estas categorías apoyándose en los *verbatim* extraídos de las transcripciones de las entrevistas.

Carga familiar

Se considera carga familiar al conjunto de los problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y financieros que se les plantean a los miembros de una familia que deben cuidar de una persona con algún tipo de enfermedad⁽²²⁾.

Los profesionales consideran que las "*familias no pueden hacerse cargo*" (P6) de las personas con TMG y por tanto "*necesitan un lugar*" (P2) donde estén atendidos. Esto se confirma con el discurso de las personas que padecen

enfermedad mental cuando aseguran que *"me trajeron"* (D1, D5) o *"tuve que venir, no me quedó otro remedio"* (D7).

La mayoría de los ingresos de estas personas se hace por parte de los familiares que les tienen a su cargo: *"yo no lo decidí [...] todo eso lo ha llevado mi hermana"* (D4) o por orden del médico: *"el psiquiatra que me llevaba a mí fue el que me preparó para venir aquí"* (D1); *"el médico me lo mandó"* (D3). Incluso a veces, sin informar a la propia persona o consultarlo con ella. *"Me dijeron un día: "vamos que te enseñe un sitio" y me dijeron: "¿quieres quedarte aquí?" Yo acababa de bajar del coche y dije sí, pero no sabía ni dónde venía ni conocía esto ni nada"* (D8).

Por otro lado, estas personas también son conscientes de que necesitan un lugar que les proporcione los cuidados necesarios, y no ser una carga para su familia: *"los hermanos están lejos [...] las sobrinas [...] tienen que trabajar [...], dónde voy a ir"* (D9), *"yo sólo no puedo"* (D7), *"aquí me hacen todo"* (D2).

Contexto personal, social y físico

El contexto personal es entendido como las características del individuo que no forman parte de su condición o estado de salud, e incluye entre otros, la edad, los niveles de organización y los niveles de la población⁽⁷⁾.

La mayoría de los informantes con TMG son menores de 65 años, y en cualquier caso no superan los 80 años de edad, por lo que consideran el hecho de vivir con personas de edad avanzada *"no muy agradable"* (D1) o *"muy aburrido"* (D11), incluso afirman que *"particularmente no lo aguanto"* (D4) y *"estoy harto"* (D8). Aunque cabe señalar, que algunas de esas personas se encuentran *"bien"* (D2, D3, D6, D10) porque *"hay más respeto"* (D6) y *"cada uno vive su vida"* (D2).

Así mismo, el contexto social que se construye a través de la presencia, de las relaciones y de las expectativas de las personas⁽⁷⁾, hace que los mayores creen que esa convivencia *"no es muy buena"* (R3) y además *"difícil"* (R2), ya que *"temes que en cualquier momento [...] no sabes cómo van a reaccionar"* (R2). Sin embargo, a algunas *personas sin TMG les preocupa más la convivencia con personas con otro tipo de enfermedades como el Alzheimer, donde algunos residentes mantienen conductas agresivas o conflictivas, que con las propias personas con TMG, ya que suelen ser más tranquilos y apenas se relacionan* (OP).

En cualquier caso, quizá por la influencia de estos dos contextos se considera que las personas con TMG *"necesitan otro tipo de centros [...] especializados en personas psiquiátricas"* (P1) ya que una residencia de la tercera edad *"no es su sitio"* (P3).

Sin embargo, el contexto físico en el que se encuentran estas personas es el de una residencia de mayores que surge como *"una alternativa a los pocos servicios que se ofrecen"* (P4) porque *"actualmente no hay ningún sitio dedicado para ellos o en la abundancia suficiente para meter todos los que hay"* (P1), y tampoco *"hay otras residencias ni otros sitios"* (P3) o *"centros especiales para ellos"* (P8).

Formación especializada

Entendiendo la formación como la adquisición de cierto desarrollo, aptitud o habilidad en algo⁽²³⁾, los profesionales que trabajan en la residencia, tienen en su mayoría una formación relacionada con la gerontología; *"estamos más preparados para eso, para personas mayores"* (P6), por lo que *"el personal no está capacitado para tratar con este tipo de pacientes"* (P1) con TMG. *"Tenemos carencias"* (P6), *"estamos en un centro que es una residencia de tercera edad, que cada vez hay más pacientes "jóvenes", con problemas psiquiátricos, pero que no estamos preparados para ello"* (P1).

Ante esas carencias y el incremento de personas con diagnóstico de enfermedad mental en este tipo de centros *"la manera de tratarles a veces [...] es casi intuitivo"* (P2), e incluso aseguran que *"un poco de formación específica sí necesitarían, pero tampoco es tanto lo que se necesitaría, con sentido común vale"* (D11).

Sin embargo, muchos de los profesionales informantes consideran que *"necesitamos una formación especial"* (P8) y que *"debería haber [...] una parte más amplia, sobre todo práctica para saber tratar con estas personas; más centrada en este tipo de personas"* (P1), ya que *"nosotros estamos acostumbrados a esta otra gente (personas mayores), a ellos no, porque no sabes cómo entrarles, entonces psicológicamente hay que saber"* (P8).

Esas *"carencias"* (P6), se reflejan a la hora de afrontar alguna situación complicada con personas con TMG y aseguran que *"hay cosas que no sé cómo reaccionar"* (P2), por eso no se enfrentan al problema si no que *"te tienes que ir"* (P2), *"como siempre cuentas con personas jerárquicamente superiores, acudes a ellas y ya está"* (P3), o incluso tienen que ponerlo en manos de otros profesionales especializados: *"se tuvo que trasladar (a una persona con esquizofrenia que se puso agresiva con personal del centro) al hospital para que entrara en psiquiatría"* (P1).

En cualquier caso, todos coinciden en la necesidad de una formación especializada en personas con enfermedad mental en general y TMG en particular, ya que *"mientras más sepas, mejor puedes atenderles"* (P6), por lo tanto, *"se necesitaría más formación por parte de los profesionales que estamos atendiendo en el centro [...] para poder dar un servicio correcto a este tipo de personas"* (P4).

Necesidad de atención integral

Una atención integral a las personas con TMG supone incorporar diferentes programas o abordajes, simultáneos y/o sucesivos, en uno o varios recursos del sistema y no sólo ofertar atención psicofarmacológica⁽²⁴⁾.

Los informantes coinciden en que *“la atención a las necesidades básicas (de estas personas) es la adecuada”* (P4) y *“asistencialmente hablando es la correcta”* (P1), pero también coinciden en que *“deberían tener otra atención”* (P5) porque *“hay muchas necesidades que no se cubren”* (P1), y por tanto esta atención *“es poca, [...] insuficiente”* (P2) y tiende a ser la misma que la de las personas de edad avanzada. *“Es la misma que la del resto de residentes”* (P7); *“les tratan más o menos como a otro cualquiera”* (R2); *“nos tratan igual”* (R5). A pesar de insistir a las personas más jóvenes en la participación de las actividades, *no suelen querer y se aíslan. Sin embargo, si se les manda alguna tarea individual concreta, sí que la realizan. Quieren sentirse útiles realizando cosas que para ellos sean significativas, porque en muchas ocasiones las actividades propuestas en el centro para personas mayores, dicen que no les interesan* (OP).

Aunque la mayoría de los entrevistados coinciden en que las personas con TMG deberían estar en otro tipo de centros o recursos, *“ya que están, que se pudiera complementar aquí con cosas para ellos”* (P2) y por tanto *“adaptar el centro a este tipo de enfermos”* (P4). *“Lo que ellos necesitan es quizás otro tipo de terapia”* (P4), *“actividades para ellos”* (P2, P7), que *“estuvieran más ocupados”* (P5). Algunas de las personas con TMG acuden a un taller donde se hacen actividades de estimulación cognitiva, habilidades sociales, etc. sólo una vez por semana, pero *ante la propuesta de hacerlo más días, tampoco muestran mucho interés. Las actividades apenas les motivan, aunque tampoco quieren dejar de reunirse al menos ese día* (OP).

DISCUSIÓN

Como ya se conoce por estudios previos, la insuficiencia de recursos asistenciales y comunitarios para las personas con TMG supone que su atención recaiga en muchos casos sobre las familias, generando situaciones de sobrecarga y tensión ^(8, 25). Esa carga familiar hace que busquen otras alternativas, terminando en residencias de la tercera edad, incluso en ocasiones, en contra de la voluntad de las propias personas con enfermedad mental. Además, éstas suelen ser en su mayoría menores de 65 años, lo que hace que exista además de una diferencia en la condición y estado de salud, una diferencia generacional que dificulta la convivencia con las personas de edad avanzada. Así mismo, la influencia del contexto social hace que se prefiera tener a este tipo de personas en centros más especializados.

Sin embargo, ante la escasez de centros específicos de salud mental en la provincia, surge la necesidad de trasladarles a una residencia de la tercera edad, lo que da lugar en muchas ocasiones a conflictos y diferencias entre unos y otros. Los profesionales que trabajan en el centro residencial se encuentran ante situaciones que no saben afrontar debido a la falta de formación especializada, por eso ésta se hace necesaria. También es importante una mejoría en la atención de las personas con enfermedad mental grave para lograr que sea de calidad y lo más integral y completa posible.

En cuanto a estudios previos que se han realizado^(14,16,18,19,20), este trabajo aporta una visión global de todas las personas implicadas y un acercamiento más preciso al fenómeno de estudio. Las pocas experiencias que se han llevado a cabo, y siempre fuera de España, se centran sobre todo en las personas con enfermedad mental. No hay ningún estudio que refleje la visión de los tres grupos incluidos en este trabajo al mismo tiempo. Sin embargo, las categorías extraídas se refuerzan con los anteriores. Es el caso de la carga familiar, que siempre que existe una enfermedad, y más si es de larga evolución o crónica, se acentúa. Además el contexto personal, físico y social hace que las personas

con TMG no mejoren su calidad de vida al encontrarse en una residencia de la tercera edad ⁽¹⁷⁾. También que los profesionales carecen de formación específica, y ante el incremento de ingresos en los centros por parte de estas personas, se hace necesaria para ofrecer una atención integral adecuada^(20, 9).

Al realizarse la investigación en un solo centro y en una provincia concreta, hace que quizá no sea transferible la explicación del fenómeno a otros lugares o ciudades, pero tiene el valor de aproximarse a un fenómeno desde una perspectiva exploratoria que permitirá profundizar en este problema en investigaciones futuras.

CONCLUSIÓN

A partir de los años 80 se pretende integrar a las personas con enfermedad mental en modelos comunitarios intentando una desinstitucionalización, que en la mayor parte de España y más concretamente en Castilla y León, se ha llevado a cabo mediante el cierre de hospitales psiquiátricos y la creación de una red de asistencia psiquiátrica y de salud mental nueva.

Dicha situación hace que esta población plantee nuevas necesidades y demandas que aún no han sido cubiertas y afectan tanto a la calidad de vida como a la participación activa en la comunidad. La realidad es que esa desinstitucionalización, ha conducido a que estas personas acaben en residencias de la tercera edad.

Por lo tanto, se hace necesario una reestructuración del sistema de salud mental, en el que se puedan incorporar residencias específicas para las personas con enfermedad mental, incluidas en la comunidad. De no ser posible, o mientras esto se regula, es imprescindible la adaptación de residencias de la tercera edad a las necesidades de las personas con enfermedad mental que acceden a ellas. Por eso es preciso, entre otras cosas, una formación especializada para una atención adecuada e integral y así mejorar su

funcionamiento y promover su derecho a una vida digna y normalizada en la sociedad.

Con esto, surge la necesidad de elaborar programas específicos para las personas con TMG que viven en una residencia de mayores, que atiendan a sus necesidades y demandas y puedan promover el funcionamiento en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible. En este sentido, se justifica la figura, entre otros profesionales, del terapeuta ocupacional, que centrándose en la propia persona, busca el compromiso en la realización de ocupaciones significativas de modo que se fomente la salud y participación y por tanto se mejore la calidad de vida de estas personas.

Las líneas de investigación futuras pueden ir encaminadas a conocer la efectividad de dichos programas o determinar las actuaciones más adecuadas.

AGRADECIMIENTOS

Quería agradecer especialmente a los profesionales y residentes de la Residencia Edad de Oro SL, donde se ha realizado la investigación, por su implicación y disposición a la hora de participar en el estudio. Y cómo no, a mi familia y amigos por sus consejos, su apoyo y su paciencia durante este tiempo, y siempre. Gracias.

Referencias Bibliográficas

1. Orengo García F. Aspectos fundamentales en psiquiatría y salud mental. En: Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Terapia Ocupacional en salud mental: principios y práctica. Barcelona: Masson S.A.; 2003. p. 3-29.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS; 2014 [acceso 23/01/2014]. Disponible en: www.who.int/es/
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05.
4. Parajuá PG. - Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.
5. Programa de trastornos mentales graves. [Monografía en Internet]. Consejería de Sanidad y Dependencia del Servicio Extremeño de Salud. Extremadura, 2007 [acceso 14/06/2014]. Disponible en: http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/TRASTORNOS_MENTALES_GRAVES.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2014 [acceso 22/01/2014]. Disponible en: www.ine.es
7. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA *et al.* Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [20-06-2014]; [85 p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
Traducido de: American OccupationalTherapyAsociation (2008). Occupational therapy practice Framework: Domain and process (2nd ed.).
8. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. [Monografía en Internet]. Instituto de mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid; 2007. [acceso 21/06/2014]. Disponible en: <http://www.feafes.org/publicaciones/Modeloatencionpersonasenfermedadmental.pdf>
9. Lie D. Mental health issues in Australian nursing homes. *AustFam Physician*. 2003;32(7):519-22.
10. Hsu MC, Venturato L, Moyle W, Creedy D. Mental health knowledge in residential aged care: a descriptive review of the literature. *Contemp Nurse*. 2004;17(3):231-9.
11. De Girolamo G, Picardi A, Santone G, Falloon I, Morosini P, Fioritti A, et al. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med*. 2005;35(3):421-31.
12. Anderson RL, Lyons JS, West C. The prediction of mental health service use in residential care. *Community Ment Health J*. 2001;37(4):313-22.
13. Moreno Kustner B, Jimenez Estevez JF, Godoy Garcia JF, Torres Gonzalez F. Assessment of needs for care of a schizophrenic patient sample from the Granada Sur Mental Health Care Area. *ActasEspPsiquiatr*. 2003;31(6):325-30.
14. Jones TS, Matias M, Powell J, Jones EG, Fishburn J, Looi JC. Who cares for older people with mental illness? A survey of residential aged care facilities in the Australian Capital Territory: implications for mental health nursing. *Int J Ment Health Nurs*. 2007; 16(5):327-37.
15. Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León. [Monografía en Internet]. Junta de Castilla y León. 2007. [acceso 20/06/2014]. Disponible en: http://www.1decada4.es/volvamosapensar/eliminarestigma/avancesinst/espana/CastillaLeon_PES_03_07.pdf
16. Depla M, de Graaf R, Heeren T. Does supported living in residential homes improve the quality of life and mental stability of older adults with chronic mental disorder? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(2):124-33.
17. Chan H, Inoue S, Shimodera S, Fujita H, Fukuzawa K, Kii M, et al. Residential program for long-term hospitalized persons with mental illness in Japan:

- Randomized controlled trial. *Psychiatry ClinNeurosci*. 2007;61(5):515-21.
18. Mausbach BT, Depp CA, Cardenas V, Jeste DV, Patterson TL. Relationship between functional capacity and community responsibility in patients with schizophrenia: differences between independent and assisted living settings. *Community Ment Health J*. 2008;44(5):385-91.
 19. Leisse M, Kallert TW. Deinstitutionalization, housing situation and subjective satisfaction of schizophrenic patients. *PsychiatrPrax*. 2001;28(1):10-7.
 20. Depla MF, de Graaf R, van Weeghel J, Heeren TJ. The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20(2):146-53.
 21. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Básica; 1987.
 22. Fundación Alzheimer España (FAE) [Internet]. Madrid: alzfae.org; 2010 [actualizado 28/04/2014; acceso 20/06/2014]. Disponible en: <http://www.alzfae.org/index.php/vivir-alzheimer/consejos-familias/100-carga-familiar-%C2%BFqu%C3%A9-es-y-c%C3%B3mo-medirla>
 23. Real Academia Española [Internet]. Madrid: Rae.es; 2014 [acceso 20/06/2014]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
 24. Colegio oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla. Apuntes de psicología. 2006; 1-3 (24): 345-373.
 25. Proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental. [Monografía en Internet]. Comisión Mixta Regional. 2012. [Acceso 21/06/2014]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/enfermedad-mental-grave>