

1. INTRODUCCIÓN

En los recursos residenciales de salud mental una de las principales barreras que nos encontramos es la transistitucionalización (Guinea, 2014). Entendiéndose como transistitucionalización el mero traslado de pacientes desde la institución psiquiátrica a otra de residencial, mejorando significativamente la calidad de vida, pero sin una integración plena y natural en la sociedad. Una de las alternativas residenciales del programa de Salud Mental en Extremadura son la existencia de pisos supervisados. **Estos pisos tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida y fomentar la autonomía de las personas en atención. Están destinados a facilitar y apoyar la salida de la persona a un entorno aún más autónomo y normalizado.**

En la actualidad existe un aumento de las barreras de las personas con diagnóstico para la integración comunitaria y la recuperación de su vida (Desviat,2020). Como detallan Fernández-Catalina, P., & Ballesteros-Pérez, F. (2019) el trabajo bajo el enfoque comunitario encuentra en ocasiones barreras que dificultan la integración de la persona como: carencia de oportunidades, habilidades y/o recursos; desesperanza de los profesionales; discriminación; costes personales; sintomatología incapacitante; historia de aprendizaje social con gran número de fracasos, entre otros.

Las necesidades residenciales de una persona con diagnóstico de esquizofrenia o de una persona sana son, en último término, las mismas. (Vargas, 2005).

2. OBJETIVOS

- **Demostrar la evolución positiva de las personas con enfermedad mental grave que afrontan barreras de integración comunitaria y los estigmas de la sociedad.**
- **Contribuir a la visibilización de procesos rehabilitadores en salud mental**

3. METODOLOGÍA

El proceso se ha realizado con **3 residentes en el piso supervisado de Plasencia**, adscrito al C.R.R. de la misma localidad, mediante el protocolo diseñado para la alta terapéutica. Se lleva a cabo por cumplimiento de objetivos, identificándose cuatro fases.

Fase 1. Detección e identificación

Fase 2: Plan de Alta

Fase 3. Alta

Fase 4. Seguimiento

Residentes:

R.P.G. Varón, 44 años
Esquizofrenia paranoide y Trastorno por consumo de tóxicosCentro Residencial de Rehabilitación: 2020-2021. Piso supervisado Plasencia: 2021-2024. Motivo de derivación: Grave conflictividad familiar y emergencia social. Trabajador en activo. En proceso de revisión de medidas de apoyo. Seguimiento por Equipo de Conductas Adictivas.

J.M.R . Varón 64 años
Esquizofrenia paranoide. Centro socio sanitario Plasencia: 1992-2010. Centro Residencial de Rehabilitación:2010 – 2018. Piso Supervisado Plasencia: 2018-2024. Motivos de derivación: Alternativa a hospitalización prolongada. Alucinaciones auditivas activas

F.L.S. Varón, 56 años.
Esquizofrenia paranoide. Centro socio sanitario Plasencia: 2018 -2020 (+ de 20 ingresos previos desde 2007). Centro Residencial de Rehabilitación: 2020-2021Piso supervisado Plasencia: 2021-2024. Motivo de derivación: Alternativa a hospitalización prolongada. Emergencia social por ausencia de red de apoyo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Desviat M. (1994) *La reforma psiquiátrica*. Dor.

Fernández-Catalina, P., & Ballesteros-Pérez, F. (2019). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *Edupsykhé. Revista De Psicología Y Educación*, 16(1), 15-36. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v16i1.4080>

Guinea, R. (2014). La rehabilitación psicosocial en Europa. *Rehabilitación Psicosocial*, 11(1), 25-42.

Vargas, ML. (2005) Inserción residencial y enfermedad mental: un reto sociosanitario (editorial). *Rehabilitación Psicosocial* , 2 (1), 1.

Verdugo, M.A.; Arias, B.; Gómez, L. E.; Schalock, R.L. (2008). *Formulari de l'Escala GENCAT de Qualitat de Vida*. Manual d'aplicació de l'Escala GENCAT de Qualitat de >Vida. Barcelona: Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catlunya.

4. DESARROLLO

FASE 1. El objetivo de estancia en un piso supervisado puede estar planificado con anterioridad y servir de paso intermedio a la salida de la persona a un domicilio particular; o puede tratarse de una estancia indefinida debido a la no posibilidad de plantear alta. Ya sea por falta de competencias, de recursos económicos y/o de apoyo. En algunas ocasiones son los y las profesionales quienes deben estimular y motivar a la persona a dar este paso trabajando para superar barreras adquiridas tras su institucionalización-previa.

FASE 2. Una vez la persona ha explicitado su deseo de alta y aparece ya en su Programa Individual de Rehabilitación, es preciso dar los apoyos necesarios para conseguir llevar a cabo una salida satisfactoria. Se trabajará a través de un Plan de Alta individualizado

Área	Objetivos	Indicadores	Profesional	Temporalidad
Identificar si necesita intervención o no	Qué se quiere conseguir	Evaluación de la consecución o no de los objetivos previstos	Que realiza la intervención y/o seguimiento	En caso de que se pudiera identificar
Gestión Económica	Ajustarme a un presupuesto	Solicitud de adelanto	Educadora	Mensual
AVD	Mantener habilidades adquiridas	Nº de intervenciones necesarias	Educadora	Semanal
Alimentación y compras	Mantener menú saludable	Nº de comidas no saludables	Educadora	Mensual
Limpieza	Mantener hábitos adquiridos	Registro de observaciones	Educadora	Quincenal
Hábitos de medicación	Asegurar disponibilidad de recetas	Planificación de asistir a farmacia	Educadora	Mensual
Cuidado de la salud	Atender malestares puntuales	Asistencia a servicios médicos u otros profesionales	Psicóloga	Mensual
Ocupación	Mantener actividades que me generan bienestar	Nº de actividades en las que participo en la comunidad	Educadora	Quincenal
Gestión emocional	Aumentar la seguridad ante la falta de profesional	Asistencia a citas psicóloga	Psicóloga	Quincenal
Convivencia	Mantener la buena relación establecida	Nº de actividades compartidas	Educadora	Quincenal
Búsqueda piso	Visitar al menos 3 pisos	Nº de pisos visitados	Educadora	Mensual
Adecuación piso	Disponer de al menos 3 habitaciones	Cumplimiento de mínimos	Educadora	Mensual

FASE 3. A lo largo del proceso aparecen múltiples barreras que se han tenido que superar hasta conseguir la alta terapéutica.

BARRERAS INDIVIDUALES			
Oposicionismo familiar	Coste económico	Miedos e inseguridades	Historias aprendizaje social
• Empoderamiento • Reuniones con familiares	• Alquiler compartido • Ajuste de presupuestos • Búsqueda de ayudas económicas	• Afrontamiento • Validación emocional	• Apoyo social del individuo • Reconocimiento de logros
BARRERAS PROFESIONALES			
Desesperanza	Proteccionismo	Desconfianza en procesos de alta	
• Motivación • Conocimiento de experiencias exitosas • Trabajo multidisciplinar	• Optimización del uso y acceso a los recursos disponibles • Reuniones de coordinación	• Seguridad de otros profesionales • Existencia de una red de Salud Mental	

FASE 4. Búsqueda de ayudas normalizadas como ayuda a domicilio y seguimiento por otros recursos que necesiten (Equipo de Salud Mental, Equipo de Tratamiento asertivo comunitario, Equipo de conductas adictivas, Centro Rehabilitación psicosocial). .

5. RESULTADOS

El resultado de este triple proceso de alta terapéutica es la consecución de la experiencia de vida autónoma en un piso de alquiler normalizado, con un mínimo apoyo ambulatorio por parte de diferentes recursos de salud mental.

- **Resultados individuales:**

Mejoría objetiva Escala GENCAT de Calidad de Vida (Verdugo et al., 2008).

		Índice de calidad de vida	Percentil del Índice de Calidad de vida
J.M.R	Pre – Plan de alta	114	83
	Post – Plan de alta	131	98
F.L.S	Pre – Plan de alta	98	45
	Post – Plan de alta	127	97
R.P.G	Pre – Plan de alta	100	50
	Post – Plan de alta	127	97

- **Resultados profesionales:**

Se ha observado un cambio en las prácticas profesionales de los equipos implicados, que brindan nuevas oportunidades y formas alternativas de abordar las necesidades residenciales de las personas con diagnósticos.

Actualmente se ha iniciado la preparación de otras dos personas usuarias para el alta del piso supervisado replicando el modelo anterior.