

Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)
www.fearp.org



Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)
www.fearp.org

Equipo Revista 4ª época (2019)
Dirección: Jaime A. Fernández (Canarias)
Secretaría de Redacción: Luis Pelegrín (Murcia)
Diseño y Maquetación: José J. Corbalán (Murcia)

Consejo de redacción

Juan I. Fernández Blanco (Madrid)
Juan Glez. Cases (Madrid)
Alejandra Reboreda (Galicia)
Cristina Gisbert (Cataluña)
Margarita Hernanz Manrique (País Vasco)
María Asunción Garay Arostegui (País Vasco)
Luz Marina Guerra Cazorla (Canarias)
Carolina Mogollón Rodríguez (Extremadura)

Consejo asesor

Presidentes de las asociaciones autonómicas de FEARP

Luis Pelegrín Calero

Presidente FEARP

Carolina Mogollón Rodríguez

Vicepresidenta FEARP

Francisco Villegas

Vicepresidente FEARP

Isabel Contreras

Secretaría FEARP

Mónica García

Vicesecretaría FEARP

Alicia de la Calle

Vocal Formación FEARP

Ricardo Guínea

(expresidente de la WAPR)

Martín Vargas

Expresidente FEARP

Rafael Cristina

(Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial)

Bienvenido Presilla Liñero

(Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial)

Victor Roque Morales González

(Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial)

Elisa Lucas Cardoso

(Asociación Castellana y Leonesa de Rehabilitación Psicosocial)

Enric Arqués Martí

(Asociación Fórum D'Iniciatives Assistencials i de Gestió en Salut Men-tal a Catalunya y Fundació Privada Joia Joventut Organitzada i Activa)

Juan José Martínez Jambrina

(Asociación Asturgalaica de Tratamiento Asertivo Comunitario y Asociación Asturiana de Rehabilitación Psicosocial)

Carolina Mogollón Rodríguez

(Asociación Extremeña de Rehabilitación Psicosocial)

Begoña Frades García

(Asociación Valenciana de Rehabilitación e Inserción Sociolaboral de Enfermos Mentales)

Lluís Lalucat i Jo

(BCN Salut Mental)

Miguel Ángel Divi

Asociación Aragonesa de Rehabilitación Psicosocial

CONTENIDOS

CONTENTS

6

EDITORIAL

EDITORIAL

Los otoños de nuestros descontentos.
The autumns of our discontents.

10

ORIGINALES

ORIGINALS

Evidencia científica en Primeros Auxilios en Salud Mental. Aproximación a través de metaanálisis y ensayos controlados y aleatorizados.

Scientific evidence in First Aid in Mental Health. Approach through meta-analyses and randomized controlled trials.

Laia Mas-Expósito, Raquel Rubio.

22

Análisis de necesidades asociadas a personas con trastorno mental grave atendidas en centros y servicios de rehabilitación psicosocial con elevada edad.

Analysis of needs associated with severe mental disorder attended in psychosocial rehabilitation services and centers at advanced age.

Daniel Navarro; Francisco Ballesteros; Rafael Cristina; Juan González; Sara Lafuente; Jorge Manredo; Minerva Núñez; Antonio Ruiz; Teresa Ruiz; Margarita Rullas.

38

Programa-estudio de mejora del bienestar en personas con problemas graves de salud mental (PGSM) mediante un programa de entrenamiento físico concurrente.

Program-study to improve well-being in people with severe mental health problems (pgsm) through a concurrent physical training program.

Pau Peset-Ferrer, Jesús Javier Rienda-Jimena, Jorge Belmonte-Sánchez.

50

YONOMBENZO: Una estrategia comunitaria en Molina de Segura para la prevención del consumo de benzodiazepinas.

YONOMBENZO: A community strategy in Molina de Segura for the prevention of benzodiazepine consumption.

Jorge Lahoz-Cazón, Isabel Contreras-Cano.

58

EXPERIENCIA ASISTENCIAL

CARE EXPERIENCE

El Servicio de Promoción de Autonomía Personal (SPAP) en Gran Canaria.

The Personal Autonomy Promotion Service (SPAP) in Gran Canaria.

Gabriel Méndez-García, Elora González-Miranda, Sara García-Luján, Lorena González-Sastre, Neireinda Brito-Domínguez, Dunia Sánchez-Santana, Adonai J. Santos-López.

64

IN MEMORIAM

IN MEMORIAM

Franco Rotelli.

Franco Frotelli

Ricardo Guinea.

EDITORIAL EDITORIAL

*“Now is the winter of our discontent
Made glorious summer by this sun of York,
And all the clouds that lour’d upon our house
In the deep bosom of the ocean buried.”*

*“Ahora el invierno de nuestro descontento
se vuelve verano con este sol de York;
y todas las nubes que encapotaban nuestra casa
están sepultadas en el hondo seno del océano.”*

Ricardo III (W. Shakespeare)

Los otoños de nuestros descontentos

Cualquier disculpa es buena para evocar a Shakespeare, ahora en estos meses del inicio del otoño que son por antonomasia del descontento y la reincorporación tras la canícula veraniega. Es en este momento transaccional cuando lanzamos este Número de la Revista, a la búsqueda del ávido lector que ha regresado a su lugar habitual de trabajo, dónde se encuentran las mismas dificultades y obstáculos que estaban antes de sus vacaciones. Si estás entre los que se asoman a estas páginas, esperamos que puedas conciliar con los mejores aspectos de nuestra rutina profesional, compartiendo nuestras experiencias y estudios. Y, por un momento, no mirar atrás hacia los obstáculos sino hacia nuevas ideas.

Iniciamos este número con un enfoque original, sobre “primeros auxilios en salud mental”. El modelo de Programas de Primeros Auxilios en Salud Mental (MHFA, Mental Health First Aid²) es la primera ayuda que se ofrece a una persona con un problema de salud mental, algo que incide en el ámbito de la rehabilitación como elemento preventivo y desestigmatizador. Se trata de un estudio con alta calidad metodológica, sobre una revisión bibliográfica que incluye metanálisis y ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Se expone el ámbito de aplicación, las metodologías y tiempos de seguimiento, para llegar a unas recomendaciones que dirigen las intervenciones hacia lo colectivo y comunitario. Éstas se pueden centrar en algunas de las variantes de este modelo (Youth MHFA, Gatekeeper training, Model Teen MHFA) dónde concluyen, entre otras cosas, que la modalidad de intervención (on line, curso presencial, lectura manual, etc.) no afecta a unos resultados que se reportan eficaces. No hay muchas referencias sobre este tema en España, salvo un artículo publicado en la revista Española de Salud Pública (2024) en el que interviene una de las autoras del artículo. De cara a futuros estudios, sería interesante conocer más en profundidad la propia metodología de intervención del modelo MHFA, cuáles son las claves de su eficacia, dado que en la práctica hay aplicaciones diferenciadas. Un abordaje necesario que aporta recomendaciones interesantes para cualquier estrategia de salud mental y muy en la línea con la estrategia de la OMS.

El segundo artículo trae un tema de creciente sobre el que cada día hay nuevo material: las personas de elevada edad y trastorno mental grave (TMG). Un artículo muy interesante, bien elaborado, como todo lo que hace el equipo de autores que lo firma, expertos y reconocidos compañeros. El estudio identifica las principales necesidades de personas con TMG, mayores de 58 años, en un total de 25 centros de rehabilitación. Impresionan las estimaciones que afirman que la población con TMG con edad elevada aumentará en los próximos 10 años de forma exponencial, así que este artículo no solo nos pone las pilas, sino que también nos da pistas al identificar, entre otras cosas, las principales necesidades de esta población, como disfrutar de una sexualidad satisfactoria; tener un trabajo adecuado y tener vivienda propia.

La mejora del bienestar mediante programas de entrenamiento físico es la tercera propuesta de este número. El artículo subraya la característica exclusiva de la práctica deportiva que mejora la percepción de la calidad de vida, la capacidad cardiorrespiratoria, la fuerza muscular y la sintomatología clínica en personas con TMG. Sabemos que estas personas presentan estilos de vida sedentarios y poco saludables, de ahí la importancia de extender estos beneficios del ejercicio físico para incidir en el estado emocional y el bienestar personal.

Cierra este apartado una de las “epidemias silenciosas del siglo XX (y XXI)”, el consumo de benzodiazepinas entre la población general y más específicamente entre la población joven (el 5% lo consume habitualmente fuera de un contexto médico). Destacamos en este artículo el enfoque preventivo (tan reclamado en las teorías pero tan poco prodigado) y la alianza con los recursos y agentes de la comunidad (farmacias, ayuntamiento, etc.).

Dentro de las “Experiencias Asistenciales” incluimos la aportación del equipo del SPAP de Gran Canaria, una nueva modalidad de intervención desde lo social dirigida a aquellas personas con TMG con más dificultades de acceso a los recursos de la red sociosanitaria y de salud mental.

Franco Rotelli falleció en 2023, le recordamos con un texto que combina, en lúcida síntesis, la biografía, su aportación a la reforma psiquiátrica y su concepción de lo que debe ser la psiquiatría. Cercano a nuestro ámbito, pasó por el II Congreso de la AMRP de 1999 (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial). Fue (y es) una referencia de una filosofía de la rehabilitación, que traemos al presente pensando también en las nuevas generaciones de profesionales que se están incorporando a los dispositivos de rehabilitación. Hemos disfrutado de su lectura y esperamos que todos ustedes también lo disfruten, tanto los que lo conocieron en persona o por sus escritos, como los que se acercan a su figura por primera vez.

Consejo Editorial

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amado-Rodríguez ID, Casañas R, Mas-Expósito L, Lalucat-Jo L, Roldán-Merino JF, Fernández-San-Martín MI. Alfabetización en salud mental en adolescentes españoles y su relación con las características sociodemográficas: e202403018. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 6 de marzo de 2024 [citado 9 de agosto de 2024];98:26 páginas. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/329>
2. Kitchener BA, Jorm AF. Mental Health First Aid: an international programme for early intervention. Early Interv Psychiatry. 2008 Feb;2(1):55-61. doi: 10.1111/j.1751-7893.2007.00056.x. PMID: 21352133.



ORIGINALES
ORIGINALS

EVIDENCIA CIENTÍFICA EN PRIMEROS AUXILIOS EN SALUD MENTAL. APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE METAANÁLISIS Y ENSAYOS CONTROLADOS Y ALEATORIZADOS.

SCIENTIFIC EVIDENCE IN FIRST AID IN MENTAL HEALTH. APPROACH
THROUGH META-ANALYSES AND RANDOMIZED CONTROLLED
TRIALS.

Autoras:

Laia Mas-Expósito, Fundación Privada CHM Salud Mental, Barcelona, España.

Raquel Rubio, Fundación Privada CHM Salud Mental, calle Numancia 103-105 bajos, 08014 Barcelona, España.

Teléfono: 93-445-44-64. Correo electrónico: raquel.rubio@fchmsm.com



RESUMEN

Este estudio lleva a cabo una revisión de los metaanálisis y los ensayos controlados y aleatorizados sobre la eficacia de los programas de primeros auxilios en salud mental. Se desarrollan recomendaciones basadas en la evidencia científica. Se han seleccionado 2 metaanálisis y 10 ensayos controlados y aleatorizados. La mayoría de estudios muestran efectos positivos. Se han desarrollado recomendaciones con el mayor grado de recomendación. A destacar las recomendaciones sobre los efectos de los programas de primeros auxilios en salud mental en familias con hijos adolescentes y en población de educación secundaria. Los resultados de este estudio respaldan la concepción de los programas de primeros auxilios en salud mental como modelo de intervención para empoderar la ciudadanía en el campo de la salud mental y el apoyo social como instrumentos de prevención en salud.

Palabras clave: Salud mental; Revisión; Ensayo Controlado y Aleatorizado; Guía.

ABSTRACT

Abstract: This study conducts a review of meta-analyses and randomized controlled trials on the effectiveness of mental health first aid programs. Recommendations are developed based on scientific evidence. Two meta-analyses and 10 randomized controlled trials have been selected. Most studies show positive effects. Recommendations have been developed with the highest degree of recommendation. It is worth to note that the recommendations on the effects of mental health first aid programs in families with adolescent children and in the secondary education population. The results of this study support the conception of mental health first aid programs as an intervention model to empower citizens in the field of mental health and social support as health prevention instruments.

Keywords: Mental Health; Review; Randomized Controlled Trial; Guideline

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental suelen empezar entre los 12 y los 25 años de edad, siendo aproximadamente el 20% los adolescentes afectados^{1, 2}. Antes de los 14 años de edad, se dan alrededor del 50% de las problemáticas de salud mental³. A pesar de todo ello, el 70% - 80% de los jóvenes y adultos afectados no reciben la apropiada atención⁴.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Europea promueven políticas e intervenciones para la prevención y promoción de la salud mental. En el Plan de Salud Mental Integral (Plan de Acción 2013-2030) la OMS intenta garantizar que la mayoría de los países tenga un mínimo de tres programas multisectoriales de salud mental. Éstos deben dirigirse a población vulnerable e incluir programas de sensibilización sobre la salud mental, el estigma y/o la prevención y promoción de la salud mental⁵.

Destacan los Programas de Primeros Auxilios en Salud Mental o Mental Health First Aid⁶ (MHFA) que se definen como la primera ayuda que se ofrece a una persona que está desarrollando un problema de salud mental o experimentando una crisis. Esta ayuda es una intervención previa a un tratamiento profesional o hasta que la crisis se haya resuelto y promueve el empoderamiento de la comunidad en temas de salud mental y el apoyo social como recursos preventivos en salud, paliar los efectos del estigma social y facilitar el acceso a los recursos y servicios públicos de salud mental.

Este estudio pretende llevar a cabo una revisión de los metaanálisis y los ensayos controlados y aleatorizados (ECA) sobre la eficacia de los programas de primeros auxilios en salud mental. Se desarrollan recomendaciones basadas en la evidencia científica sobre los efectos de éstos. A nuestro conocer, no existe una revisión en nuestro ámbito de este alcance. La elaboración de recomendaciones basadas en la evidencia científica podría facilitar la toma de decisiones, optimizar el uso de los recursos, y mejorar la prevención y promoción de la salud mental de la población, ajustando las intervenciones a sus necesidades.

MÉTODO

En mayo de 2024, se llevó a cabo una búsqueda computarizada de la literatura en PubMed para identificar metaanálisis y ECA sobre programas de primeros auxilios en salud mental. Se utilizaron los términos que se describen en la Tabla 1. Se realizaron búsquedas manuales. Se extrajo información de cada artículo (ver Tabla 2) y se desarrollaron recomendaciones basadas siguiendo el sistema SIGN⁷ (Tabla 3).

RESULTADOS

Se identificaron un total de 1480 referencias. Se desestimaron aquellas referencias de estudios que no fueran metaanálisis y ECA. De las 91 referencias restantes, 74 se excluyeron porque estaban fuera de temática y 7 no cumplían con el diseño de estudio. Diez referencias cumplieron los criterios de inclusión. Se identificaron 2 referencias más en la búsqueda manual. Se seleccionaron 10 ECA y 2 metaanálisis.

Los ECA fueron llevados a cabo principalmente en Australia (90%) y en los ámbitos siguientes: educación secundaria (30%), educación universitaria (20%), laboral (20%), población general (20%) y familiar (10%). Tres de los ECA incluyen seguimiento igual o inferior a los 6 meses (30%), tres al año o superior (30%) y los 4 ECA restantes incluyen un seguimiento igual o inferior a los 5 meses (30%) o sólo incluyen medidas pre y post (10%). En el 100% de los estudios se observan mejoras asociadas a los programas de primeros auxilios en salud mental: en 7 (70%) se observa un aumento de los conocimientos en salud mental; en 5 (50%) se encuentra mayor concordancia con las opiniones los profesionales de la salud mental en relación a la utilidad de las intervenciones; en 3 (30%) se observa una disminución de la distancia social; en 7 (70%) los programas se muestran eficaces en cuanto a que aumentan la confianza de ayudar a una persona con problemática de salud mental; en 5 estudios (50%) se observa un incremento de las intenciones de ayudar a una persona con problema de salud mental; en 3 (30%) de los estudios se reporta un aumento de la ayuda proporcionada; y finalmente, en 6 (60%) se observa una disminución del estigma.

La calidad metodológica de la mayoría de los ECA es 1+ (70%); mientras el resto es 1++ (30%). Además, se han identificado dos metaanálisis que agregan 23 estudios (un total de 7070 participantes) con una calidad metodológica de 1+.

Se realiza un análisis de la evidencia científica identificada según diseño de estudio y sistema SIGN7.

METANÁLISIS

El primer metanálisis⁸ muestra que los programas de primeros auxilios en salud mental dirigidos a personas mayores de 18 años son eficaces en la alfabetización en salud mental, así como en mejorar el apoyo destinado a las personas con problemas de salud mental hasta los 6 meses de seguimiento (nivel de evidencia 1+). Todo ello permite la elaboración de la siguiente recomendación:

B) El modelo MHFA se recomienda en personas adultas para incrementar la alfabetización en salud mental, así como mejorar el apoyo ofrecido a una persona con problemas de salud mental.

Liang et al. (2021)⁹ muestra que los programas de primeros auxilios en salud mental dirigidos a estudiantes universitarios mejoran, a corto-medio plazo, los conocimientos en salud mental, así como la confianza de poder ayudar a una persona con problemas de salud mental (nivel evidencia 1+). Permite la elaboración de la siguiente recomendación:

B) El modelo MHFA se recomienda en población universitaria para incrementar los conocimientos en salud mental, así como la confianza de poder ayudar a una persona con un problema de salud mental.

ENSAYOS CONTROLADOS Y ALEATORIZADOS

POBLACIÓN GENERAL

Jorm et al. (2004)¹⁰ estudiaron la eficacia del modelo de MHFA en un grupo de 753 personas de población general y ámbito rural. Observaron que, a corto plazo, la intervención era eficaz en mejorar la identificación de problemas de salud mental, incrementar el acuerdo con los profesionales de la salud mental en relación a la utilidad de las intervenciones, así como incrementar la confianza en poder apoyar a una persona con tal problemática y la ayuda dada (nivel de evidencia 1+).

Jorm et al. (2010)¹¹ realizaron un ECA con un grupo de 262 personas de la población general con dos modalidades de intervención basadas en el modelo MHFA: a) aprendizaje online + lectura del manual; y b) lectura del manual. A corto y medio plazo, ambas intervenciones fueron eficaces en el aumento de conocimientos sobre problemas de salud mental, reducción de estigma y aumento de confianza en ayudar a una persona con problema de salud mental. El aprendizaje online más lectura del manual se mostró más eficaz que la lista de espera en las acciones llevadas a cabo para ayudar a alguien con problema de salud mental y a la vez fue superior a la lectura única del manual en la reducción de estigma y discapacidad debido a enfermedades mentales (nivel de evidencia 1+).

Ambos estudios^{10,11} tienen poco riesgo de sesgos y permiten las siguientes recomendaciones:

B) Se recomienda el modelo MHFA para población general adulta para mejorar la identificación de problemas de salud mental, las creencias sobre la utilidad de las intervenciones en salud mental, la confianza en uno mismo en poder ofrecer ayuda, así como la ayuda ofertada a una persona con problemas de salud mental.

B) Se recomienda las modalidades de intervención basadas en el MHFA (aprendizaje online y lectura del manual y lectura manual únicamente) en población general adulta para aumentar los conocimientos en salud mental, reducir el estigma asociado a los problemas de salud mental y aumentar la confianza en uno mismo en el momento de proporcionar ayuda a una persona con problema de salud mental.

FAMILIAR

El estudio de Morgan et al. (2019)¹² se centró en la eficacia del modelo Youth MHFA en comparación con un modelo de primeros auxilios físicos en contexto comunitario en una muestra de 384 padres y madres de adolescentes. Realizaron un seguimiento a largo plazo y los resultados mostraron un incremento de los conocimientos en salud mental, así como la confianza en uno mismo para proporcionar apoyo y las intenciones de ofrecerlo (nivel de evidencia: 1++).

Este estudio¹² es un estudio con muy bajo riesgo de sesgos y permite la siguiente recomendación:

A) Se recomienda el modelo Youth MHFA para padres y madres con hijos adolescentes de entre 12 y 15 años de edad para incrementar los conocimientos sobre problemas de salud mental, la confianza en uno mismo para ayudar a un adolescente con problemas de salud mental, así como las intenciones de ofrecer un apoyo efectivo.

LABORAL

Kitchener y Jorm (2004)¹³ llevaron a cabo un estudio en 301 empleados de departamentos gubernamentales. Los resultados demostraron que, a corto plazo, el programa era eficaz en aumentar la confianza para apoyar a una persona con problemas de salud mental, las posibilidades de aconsejar a alguien en la búsqueda de ayuda profesional y mejorar el acuerdo con los profesionales de la salud mental en relación a las intervenciones en salud mental, y disminuir el estigma (nivel de evidencia 1+).

Reavley et al. (2018)¹⁴ estudiaron la eficacia del modelo eLearning MHFA y el blended MHFA en contexto laboral con un grupo de trabajadores de servicios públicos en comparación con una intervención de primeros auxilios físicos. Realizaron un seguimiento a medio plazo y observaron que ambas intervenciones eran más eficaces que la intervención control en incrementar conocimientos sobre primeros auxilios en salud mental, reducir distancia social, mejorar las creencias sobre las intervenciones profesionales, así como intenciones y confianza en proporcionar apoyo y estigma (nivel evidencia 1+).

Son ensayos clínicos^{13,14} con poco riesgo de sesgos y permiten las siguientes recomendaciones:

B) Se recomienda el modelo MHFA para empleados adultos de departamentos gubernamentales para aumentar la confianza en uno mismo de poder ayudar a una persona con problemas de salud mental, las posibilidades de poder aconsejar en la búsqueda de ayuda profesional a la vez que mejoran las creencias en relación a la utilidad de las intervenciones y disminuir el estigma.

B) Se recomiendan el modelo eLearning MHFA y el blended MHFA a trabajadores de servicios públicos para incrementar conocimientos sobre primeros auxilios en salud mental, reducir la distancia social así como mejorar las creencias sobre las intervenciones profesionales, las intenciones y la confianza en proporcionar apoyo.

EDUCATIVO: EDUCACIÓN SECUNDARIA

Jorm et al (2010)¹⁵ evaluaron la eficacia del MHFA con un grupo de 327 profesores de secundaria. Los resultados muestran que el programa es eficaz, a corto-medio plazo, en aumentar los conocimientos sobre salud mental, el acuerdo con los profesionales de la salud mental en relación a las intervenciones y la confianza de poder apoyar a un igual con problemas de salud mental. Se observó una disminución del estigma (nivel de evidencia 1+).

Hart et al. (2020)¹⁶ realizaron un estudio sobre la eficacia del Modelo Teen Mental Health First Aid¹⁷ en comparación con un programa de primeros auxilios físicos en una muestra de 1605 estudiantes de secundaria y con un seguimiento de los resultados a largo plazo. Observaron mejoras en el reconocimiento del riesgo de suicidio y en las intenciones de dar apoyo a un compañero con tal riesgo (nivel de evidencia 1++).

Hart et al. (2022)¹⁸ realizaron un estudio sobre la eficacia del Modelo Teen Mental Health First Aid¹⁷ en comparación con un programa de primeros auxilios físicos en una muestra de 1624 estudiantes de secundaria. Se realizó un seguimiento a largo plazo. Se observó un incremento de las intenciones efectivas de proporcionar ayuda, así como de la confianza en ofertarla. Se observaron mejoras en las creencias en relación a la ayuda que se pueda recibir de un adulto y las intenciones de búsqueda de ayuda (nivel de evidencia 1++).

Los anteriores estudios^{15,16,18} con poco riesgo de sesgos permiten las siguientes recomendaciones:

B) Se recomienda el modelo MHFA para profesores de educación secundaria para aumentar los conocimientos sobre salud mental y la confianza de poder apoyar a un estudiante o colega con problemas de salud mental, así como mejorar las creencias en relación a las intervenciones de profesionales de la salud mental. Se recomienda dicho modelo para disminuir el estigma asociado a la problemática de salud mental.

A) Se recomienda el Modelo Teen MHFA para estudiantes de secundaria para mejorar el reconocimiento del riesgo de suicidio y en las intenciones de dar apoyo a un compañero en esta situación.

A) Se recomienda el Modelo Teen MHFA para estudiantes de secundaria para aumentar las intenciones de proporcionar ayuda, así como de la confianza al ofrecerla. Se recomienda también para mejorar las creencias en relación a la ayuda que se pueda recibir de un adulto e incrementar las intenciones de búsqueda de ayuda.

EDUCATIVO: EDUCACIÓN UNIVERSITARIA

Lipson et al. (2014)¹⁹ estudiaron la eficacia del Gatekeeper training basado en el modelo MHFA en un total de 4104 estudiantes universitarios con medidas pre y post. El programa se mostró eficaz en el aumento de conocimientos sobre salud mental, la capacidad de identificar otros estudiantes con malestar emocional, así como la confianza de dar apoyo a una persona con problemas de salud mental (nivel de evidencia 1+).

Burns et al. (2017)²⁰ estudiaron la eficacia del modelo MHFA en un total de 181 estudiantes universitarios de enfermería con seguimiento a corto plazo de los efectos del programa. El programa se mostró eficaz en el aumento de conocimientos sobre salud mental, la confianza en proporcionar ayuda, así como las intenciones de ayudar, y reducir el estigma y la distancia social (nivel evidencia 1+).

Los anteriores estudios^{19,20} son ensayos clínicos con poco riesgo de sesgos y permiten las siguientes recomendaciones:

B) Se recomienda el Gatekeeper training basado en el modelo MHFA en población universitaria para incrementar los conocimientos sobre la salud mental, la capacidad de identificar situaciones de malestar, así como la confianza en uno mismo para poder ayudar a una persona con un problema de salud mental.

B) Se recomienda el modelo MHFA en población universitaria para aumentar los conocimientos sobre salud mental y la confianza en uno mismo para poder ayudar a una persona con un problema de salud mental; y reducir el estigma y la distancia social.

DISCUSIÓN

Este estudio ha llevado a cabo una revisión de la evidencia científica de alta calidad que estudian la eficacia de los programas de primeros auxilios en salud mental. Además, se han desarrollado recomendaciones de práctica asistencial sobre los efectos de estas intervenciones.

La mayoría de estudios han mostrado que los programas de primeros auxilios en salud mental son eficaces. Especialmente, en relación a los conocimientos en salud mental, la confianza y las intenciones de ayudar a una persona con problemática de salud mental y estigma asociado. Los estudios se centran en el modelo MHFA²¹ y sus variantes según ámbito.

Se han podido desarrollar recomendaciones con el mayor grado según sistema SIGN⁷. A destacar la recomendación del modelo Youth MHFA para familias con hijos adolescentes (grado A). Esta recomendación se basa en un ECA que incluye un seguimiento a los dos años. Se considera un paso clave en el estudio de la eficacia, pero también de la utilidad a largo plazo de tales programas. A destacar también las dos recomendaciones de grado A en población de educación secundaria. El resto de recomendaciones son grado B porque incorporan seguimientos a corto-medio plazo. Serían necesarios estudios con un seguimiento más largo. Igualmente, la revisión realizada respalda también el uso de los programas de primeros auxilios en población general, educación universitaria y el ámbito laboral. Además, hay evidencia que sostiene el uso de diferentes modalidades de intervención pudiendo ser la modalidad online y/o combinada^{14,15} una opción válida.

En nuestra búsqueda sistemática no hubo estudios que cumplieran criterios de inclusión en como, por ejemplo, la tercera edad. Aunque ha habido algunas iniciativas²², estudios de mayor calidad científica son necesarios para poder elaborar recomendaciones. Cabe señalar que los primeros auxilios en salud mental deberían sostenerse en un abordaje que tenga en cuenta todo el ciclo vital y las necesidades a nivel de salud mental en cada una de sus etapas.

Mientras Richardson et al. (2023)²³ concluyen en su revisión que es necesario seguir investigando para entender mejor los efectos de los programas de primeros auxilios; los resultados de nuestro estudio respaldan la eficacia de tales programas. Cabe señalar que las variables de la revisión de Richardson et al. (2023)²³ no se incluyen en nuestro estudio. Se podría establecer un consenso sobre el grupo mínimo de variables de resultado principales y objetivas a tener en cuenta en el estudio de la eficacia de los programas de primeros auxilios en salud mental. De esta manera se podrían establecer comparaciones más directas entre los estudios a la vez que se lleva a cabo una línea de investigación más consistente en este campo.

Los primeros auxilios en salud mental se presentan como una modalidad de intervención eficaz que promueve el empoderamiento de la ciudadanía en el campo de la salud mental y el apoyo social como herramientas de prevención en salud a la vez que puede ayudar a disminuir las consecuencias del estigma social y la accesibilidad a recursos y servicios públicos de salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593.
- Wei Y, Hayden JA, Kutcher S, Zygmunt A, McGrath P. The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Interv Psychiatry*. 2013 May;7(2):109-21. doi: 10.1111/eip.12010. Epub 2013 Jan 24. PMID: 23343220.
- OMS. Salud Mental del Adolescente. Disponible online: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (consultado el 7 de junio de 2024).
- Thornicroft G. Most people with mental illness are not treated. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):807-8. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61392-0. PMID: 17826153.
- OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2030. Disponible online: <https://iris.who.int/handle/10665/345301> (consultado el 11 de junio de 2024).
- Kitchener BA, Jorm AF. Mental Health First Aid: an international programme for early intervention. *Early Interv Psychiatry*. 2008 Feb;2(1):55-61. doi: 10.1111/j.1751-7893.2007.00056.x. PMID: 21352133.
- National Health Service (NHS). SIGN 50 A guideline developer's handbook. Revised edition. Edinburgh (United Kingdom): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2008.
- Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ (2018) Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS ONE* 13(5): e0197102. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>.
- Liang Md M, Chen Md Q, Guo Md J, Mei PhD Z, Wang Md J, Zhang Md Y, He Md L, Li PhD Y. Mental health first aid improves mental health literacy among college students: A meta-analysis. *J Am Coll Health*. 2023 May-Jun;71(4):1196-1205. doi: 10.1080/07448481.2021.1925286. Epub 2021 Jul 9. PMID: 34242537.
- Jorm, A.F., Kitchener, B.A., O'Kearney, R. et al. Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [ISRCTN53887541]. *BMC Psychiatry* 4, 33 (2004). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-33>
- Jorm AF, Kitchener BA, Fischer JA, Cvetkovski S. Mental health first aid training by e-learning: a randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010 Dec;44(12):1072-81. doi: 10.3109/00048674.2010.516426. PMID: 21070103.
- Morgan AJ, Fischer JA, Hart LM, Kelly CM, Kitchener BA, Reavley NJ, Yap MBH, Cvetkovski S, Jorm AF. Does Mental Health First Aid training improve the mental health of aid recipients? The training for parents of teenagers randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2019 Mar 27;19(1):99. doi: 10.1186/s12888-019-2085-8. PMID: 30917811; PMCID: PMC6437895.
- Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial [ISRCTN13249129]. *BMC Psychiatry*. 2004 Aug 15;4:23. doi: 10.1186/1471-244X-4-23. PMID: 15310395; PMCID: PMC514553.
- Reavley NJ, Morgan AJ, Fischer JA, Kitchener B, Bovopoulos N, Jorm AF. Effectiveness of eLearning and blended modes of delivery of Mental Health First Aid training in the workplace: randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2018 Sep 26;18(1):312. doi: 10.1186/s12888-018-1888-3. PMID: 30257665; PMCID: PMC6158844.
- Jorm, A.F., Kitchener, B.A., Sawyer, M.G. et al. Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. *BMC Psychiatry* 10, 51 (2010). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-51>
- Hart LM, Cropper P, Morgan AJ, Kelly CM, Jorm AF. teen Mental Health First Aid as a school-based intervention for improving peer support of adolescents at risk of suicide: Outcomes from a cluster randomised crossover trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2020 Apr;54(4):382-392. doi: 10.1177/0004867419885450. Epub 2019 Nov 9. PMID: 31707787.
- Hart LM, Mason RJ, Kelly CM, Cvetkovski S, Jorm AF. 'teen Mental Health First Aid': a description of the program and an initial evaluation. *Int J Ment Heal Syst*. 2016;10:1-18.
- Hart LM, Morgan AJ, Rossetto A, Kelly CM, Gregg K, Gross M, Johnson C, Jorm AF. teen Mental Health First Aid: 12-month outcomes from a cluster crossover randomized controlled trial evaluation of a universal program to help adolescents better support peers with a mental health problem. *BMC Public Health*. 2022 Jun 10;22(1):1159. doi: 10.1186/s12889-022-13554-6. PMID: 35681130; PMCID: PMC9185965.
- Lipson SK, Speer N, Brunwasser S, Hahn E, Eisenberg D. Gatekeeper training and access to mental health care at universities and colleges. *J Adolesc Health*. 2014 Nov;55(5):612-9. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.05.009. Epub 2014 Jul 16. PMID: 25043834; PMCID: PMC4209329.
- Burns S, Crawford G, Hallett J, Hunt K, Chih HJ, Tilley PJ. What's wrong with John? a randomised controlled trial of Mental Health First Aid (MHFA) training with nursing students. *BMC Psychiatry*. 2017 Mar 23;17(1):111. doi: 10.1186/s12888-017-1278-2. PMID: 28335758; PMCID: PMC5364573.
- Kitchener, B.A., Jorm, A.F. Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry* 2, 10 (2002). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-2-10>
- Svensson B, Hansson L. Mental health first aid for the elderly: A pilot study of a training program adapted for helping elderly people. *Aging Ment Health*. 2017 Jun;21(6):595-601. doi: 10.1080/13607863.2015.1135873. Epub 2016 Feb 1. PMID: 26829477.
- Richardson R, Dale HE, Robertson L, Meader N, Wellby G, McMillan D, Churchill R. Mental Health First Aid as a tool for improving mental health and wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, Issue 8. Art. No.: CD013127. DOI: 10.1002/14651858.CD013127.pub2. Accedida el 11 de junio de 2024.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda de estudios sobre la eficacia de programas de primeros auxilios en salud mental.

Estrategia de búsqueda	("first aid"[MeSH Terms] OR ("first"[All Fields] AND "aid"[All Fields]) OR "first aid"[All Fields]) AND ("mental health"[MeSH Terms] OR ("mental"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "mental health"[All Fields])
Fecha	Junio 2024
Criterios inclusión	Metanálisis Ensayos controlados y aleatorizados

Tabla 2. Resumen de la evidencia de los efectos de los programas de primeros auxilios en salud mental.

Año	Autor	País	Contexto	Intervención experimental	Intervención control	Seguimiento	VARIABLES RESULTADO	Diseño	Calidad
2004	Jorm	Australia	Rural. Población general.	Modelo MHFA. Curso que incluye alfabetización en salud mental, intenciones de primeros auxilios en salud mental, confianza en ayudar a alguien con un problema de salud mental y estigma.	Lista de espera	4 meses	Conocimiento de trastornos mentales. Confianza para ayudar. Ayuda real dada. Distancia social hacia personas con trastornos mentales.	ECA1	1+
2004	Kitchener	Australia	Empleados de departamentos gubernamentales.	Modelo MHFA. Curso que incluye alfabetización en salud mental, intenciones de primeros auxilios en salud mental, confianza en ayudar a alguien con un problema de salud mental y estigma.	Lista de espera	5 meses.	Historia de la salud mental problemas en el participante o la familia. Confianza en ayudar. Contacto con personas que tienen problemas salud mental en los 6 meses anteriores y ayuda ofrecida. Reconocimiento de un trastorno de salud mental. Creencia sobre la utilidad de diversas intervenciones para las personas con problemas de salud mental. Distancia social y estigma.	ECA	1+
2010	Jorm	Australia	Educación. Profesores de secundaria.	Modelo MHFA para profesores de educación secundaria.	Lista de espera.	6 meses.	Conocimiento sobre salud mental. Estigma. Confianza para ayudar a otros. Ayuda realmente dada. Políticas y procedimientos escolares y salud mental de los docentes.	ECA	1+
2010b	Jorm	Australia	Comunitario. Población general.	Completar un CD de aprendizaje basado en el modelo MHFA. ó Leer manual MHFA.	Lista de espera	6 meses	Conocimiento sobre salud mental. Estigma. Confianza para ayudar a otros. Acciones tomadas para implementar primeros auxilios en salud mental. Salud mental del participante.	ECA	1+
2014	Lipson	Estados Unidos de América	Universitario. Estudiantes.	Gatekeeper Training basado en el modelo MHFA más formación preexistente en salud mental proporcionada por la universidad.	Formación preexistente en salud mental proporcionada por la universidad	Medidas pre y post intervención.	Utilización de servicios. Conocimientos y actitudes sobre los servicios. Autoeficacia, conductas de intervención, y síntomas de salud mental.	ECA	1+
2017	Burns	Australia	Universitario. Estudiantes enfermería.	Modelo MHFA.	Lista de espera	2 meses	Conocimientos sobre salud mental, reconocimiento de la depresión y confianza. Intenciones de primeros auxilios en salud mental. Estigma y distancia social.	ECA	1+
2019	Morgan	Australia	Comunitaria. Familias de adolescentes de entre 12 y 15 años de edad.	Modelo Youth MHFA.	Primeros auxilios físicos	2 años	Casos de salud mental de adolescentes. Problemas y apoyo de los padres hacia su hijo si desarrollara un problema de salud mental. Conocimiento de sobre los problemas de salud mental y las intenciones de ayudar. Confianza para apoyar a un joven. Estigma. Búsqueda de ayuda para problemas de salud mental.	ECA	1++
2018	Reavley	Australia	Comunitario/laboral. Trabajadores de servicios públicos.	Modelo eLearning del MHFA. Modelo blended del MHFA	Primeros auxilios físicos	6 meses	Conocimiento de primeros auxilios en salud mental. Distancia social. Reconocimiento de problemas de salud mental. Creencias sobre el tratamiento. Intenciones de ayuda. Confianza y estigma personal. Utilidad de los cursos.	ECA	1+
2020	Hart	Australia	Educativo. Estudiantes de secundaria.	Modelo teen Mental Health First Aid.	Primeros auxilios físicos	1 año	Reconocimiento de riesgo de suicidio. Intención de ayudar. Estrés psicológico.	ECA	1++
2022	Hart	Australia	Educativo. Estudiantes de secundaria.	Modelo teen Mental Health First Aid. Diseñado para enseñar a los adolescentes a ayudar mejor a sus compañeros con problema de salud mental o en crisis.	Primeros auxilios físicos	1 año	Primeros auxilios en salud mental. Alfabetización en salud mental. Creencias estigmatizantes.	ECA	1++

Tabla 3. Niveles de evidencia y grados de recomendación del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) modificada.

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.



ANÁLISIS DE NECESIDADES ASOCIADAS A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE ATENDIDAS EN CENTROS Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL CON ELEVADA EDAD

ANALYSIS OF NEEDS ASSOCIATED WITH SEVERE MENTAL DISORDER ATTENDED IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION SERVICES AND CENTERS AT ADVANCED AGE

Autores:

Daniel Navarro¹; Francisco Ballesteros¹; Rafael Cristina^{2a}; Juan González^{3a}; Sara Lafuente^{4a}; Jorge Marredo-Rosa^{5b}; Minerva Núñez^{6a}; Antonio Ruiz^{7a}; Teresa Ruiz^{8a}; Margarita Rullas^{9a}.

¹Clariane-Grupo5; ²CRPS La Elipa Grupo5; ³CRPS Alcalá de Henares Grupo5; ⁴CD Torrejón Grupo5; ⁵Gestión del conocimiento, Grupo5; ⁶CD Arganzuela Grupo5; ⁷EASC Fuencarral Grupo5; ⁸CD Espartales Sur Grupo5; ⁹CRPS San Fernando Grupo5; ^aConsejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid; ^bInstituto de Mayores y Servicios Sociales.

Datos de contacto

Daniel Navarro. Responsable técnico de Salud Mental. Clariane-Grupo5. Calle Juan Esplandiú, 11, planta 11, 28007. Madrid. Correo de contacto: daniel.navarro@clariane.es

RESUMEN

Este estudio identifica las necesidades psicosociales de personas con Trastorno Mental Grave (TMG) adultas, mayores de 58 años y atendidas en centros de rehabilitación psicosocial. Se realizó un estudio multicéntrico transversal con un total de 25 centros de rehabilitación que identificaron a un 14,78% (N=210 personas) de las personas atendidas por encima de los 58 años. Los profesionales evaluaron las necesidades mediante encuestas ad hoc que se basan en instrumentos validados. Se aplicó la técnica de priorización de Hanlon para identificar las necesidades. Las principales necesidades detectadas fueron: tener apoyos para la gestión de su vida en la comunidad; disponer de tratamientos médicos de calidad supervisados adecuadamente; tener apoyo en su domicilio para mantenerse en buenas condiciones de vida; tener una red de apoyo social disponible en su entorno; y desarrollar rutinas ocupacionales significativas que aporten sentido y disfrute de la vida. Las necesidades menos cubiertas fueron: disfrutar de una sexualidad satisfactoria; tener un trabajo adecuado; y tener vivienda propia. Según estimaciones, la población con TMG con edad elevada aumentará en los próximos 10 años de forma exponencial. Se discuten las implicaciones para la atención y la investigación.

Palabras clave: Trastorno Mental, Rehabilitación Psicosocial, Anciano.

ABSTRACT

This study identifies the psychosocial needs of adults with Severe Mental Disorder (SMD) over the age of 58 who are treated in psychosocial rehabilitation centers. A cross-sectional multicenter study was conducted involving a total of 25 rehabilitation centers, which identified 14.78% (N=210 people) of those attended were over the age of 58. Professionals assessed the needs through ad hoc surveys based on validated instruments. Hanlon prioritization technique was applied to identify the needs. The main needs detected were: having support for managing their lives in the community; having access to quality medical treatments adequately supervised; having home support to maintain good living conditions; having a social support network available in their environment; and developing meaningful occupational routines that provide a sense of purpose and enjoyment in life. The least met needs were: enjoying a satisfactory sexual life; having suitable employment; and having their own housing. According to estimates, the elderly population with SMD will increase exponentially in the next 10 years. The implications for care and research are discussed.

Keywords: Mental Disorder, Psychosocial Rehabilitation, Elderly.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es una característica sociodemográfica relevante en España, afectando también a las personas con trastornos mentales graves. No hay un rango de edad universalmente aceptado para definir el comienzo del envejecimiento. Los rangos son diferentes si se consideran estudios poblacionales generales o de personas con Discapacidad. Las estimaciones poblacionales generales a menudo se basan en indicadores sociales de jubilación. En poblaciones de personas con discapacidad intelectual o cognitiva diferentes estudios consideran que una persona mayor de 45 años presenta características y necesidades específicas asociadas al proceso de envejecimiento. En personas con enfermedad mental igualmente no existe una edad aceptada para determinar el inicio del proceso de envejecimiento. La OMS considera la edad entre 60 y 65 años como edad de riesgo para el incremento de problemas asociados al envejecimiento. El inicio del proceso de envejecimiento es complejo y multifactorial. Situar un rango de edad depende de factores individuales, contextuales, biológicos, psicológicos y económicos.

España cuenta con 48.186.421 habitantes (INE) [1]. El 20,27% de las personas que viven en España son mayores de 64 años. Esto hace un total de 9.767.387 personas [2]. En los próximos 10 años esta cantidad aumentará al 41,2% (serán 19.852.805 personas según la proyección sobre total poblacional INE en el año 2036) y los siguientes 10 años serán el 52,2% (un total de 25.153.311 según la misma proyección para el año 2046) [1]. Si nos situamos en la franja a partir de los 55 años, que es cuando se considera el perfil de edad relevante para considerar el inicio del proceso de hacerse mayor, y en el que aparecen necesidades específicas asociadas a la edad, en el año 2022, en España, el 33,98% de la población se situaba en esta franja, lo que supone un total de 16.115.509 de personas [3].

En esta línea, según las Naciones Unidas, se prevé que las personas mayores de 55 años representen en 2.050 el 53% de la población española, es decir, más de la mitad [3]. Esto supondrá un cambio demográfico y presentará retos en el proceso de hacerse mayor. Algunos que se pueden mencionar son: fomentar un envejecimiento saludable, promover la participación de la persona mayor y facilitar el acceso a los servicios. Como complemento a esto, habrá que desarrollar políticas

que eliminen los estereotipos negativos y la discriminación hacia las personas mayores, o edadismo, en favor de la plena participación en la economía y sociedad en general [3].

En cuanto a los Trastornos Mentales Graves (TMG), la prevalencia cambia según fuentes y criterios utilizados para definir la gravedad. En uno de los estudios más citados en España, el estudio ESEMeD-España [4], se estimaba que alrededor del 3,3% de la población española sufrirá trastornos mentales graves en algún momento de su vida. En los datos proporcionados por la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 se citan los datos de la base BDCAP (Base de Datos de Atención Primaria) en la que se identifica, en el año 2017, un total de 1,2% de la población con un diagnóstico de psicosis [5]. Al no disponer de datos precisos, o estudios recientes que proporcionen números más exactos, y haciendo una estimación conservadora del 1% para los trastornos psicóticos graves más significativos, como la esquizofrenia, estaríamos ante unas 481.864 personas con un TMG en España. De ellos, el 33,98% (163.737 personas) tendrían más de 55 años.

Necesidades en personas con TMG y edad avanzada

En el proceso de hacerse mayor, las personas con un TMG deben afrontar no solo las consecuencias y malestares de la enfermedad mental, sino también los cambios físicos y sociales relacionados con la edad.

El grupo de TMG más frecuente está formado por los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno bipolar y trastornos depresivos de larga evolución. En estos grupos la esperanza de vida está reducida entre 10 y 20 años en comparación con la población general [6]. En esta línea, y siguiendo los datos Wahlbeck [7], los varones con esquizofrenia mueren 20 años antes y las mujeres 15 años antes que la población general. La mayoría de esas muertes es debida a enfermedades somáticas. Dentro de estas, el efecto adverso del tratamiento farmacológico mantenido tiene relevancia. Los antipsicóticos contribuyen a una mayor prevalencia de diversos problemas de salud, como son: diabetes mellitus y síndrome metabólico, entre otros [8]. Además, en atención primaria, se produce una falta sistemática de identificación y tratamiento de enfermedades, especialmente cardiovasculares [9].

Si nos centramos en los datos relacionados con las mujeres mayores con TMG, según el estudio de Dickerson, 2007 [10], las mujeres tienen un inicio del trastorno mental grave, específicamente en diagnósticos de esquizofrenia, más tardío que los hombres, con un pico en la menopausia que hay que tener en cuenta. Las mujeres, a pesar de que en la edad joven tienen síntomas menos graves que los hombres, en la edad mayor estas diferencias ya no son significativas. Son más vulnerables a los problemas relacionados con el trastorno y con la edad. En la menopausia hay una exacerbación de síntomas que conlleva mayor deterioro cognitivo y peor estado físico.

A esto hay que sumar los factores sociales y económicos que pueden determinar la evolución del trastorno y la salud. El contexto en que vive la persona, la disponibilidad de recursos de tratamiento, el apoyo y soporte, los hábitos de salud inadecuados, la clase social baja, el aislamiento social y las dificultades cognitivas, entre otras, pueden ser factores de riesgo asociados al deterioro y a la peor evolución. Como se puede ver en el Cuadro 1, los determinantes sociales que influyen en la salud mental de las personas con TMG al hacerse mayor, y sus consecuencias, son:

Cuadro 1. Determinantes sociales que influyen en la salud mental de las personas con TMG al hacerse mayores. Fuente: SAMHSA, 2021 [11].

DETERMINANTE SOCIAL	CONSECUENCIA
Aislamiento social. Apoyo social insuficiente. Escasos ingresos económicos. Estigma asociado al envejecimiento. Violencia y abuso. Cambios en el entorno social. Pérdida de roles sociales. Discriminación. Cambios o reducción en redes de apoyo.	Mayor probabilidad de ansiedad y depresión. Puede aumentar el estrés y la soledad. Pobreza, malos hábitos de vida y ansiedad. Baja autoestima y percepción social negativa. Estrés postraumático, culpa y ansiedad.

Se suele estimar que entre el 70% y el 80% de las personas con un TMG vive en la comunidad y es ahí donde se expresan sus necesidades de tratamiento, rehabilitación y apoyo social. Como consecuencia de las necesidades del trastorno, estas personas suelen recibir apoyo de: atención primaria, centros de salud mental, servicios sociales, centros de rehabilitación psicosocial, asociaciones, servicios hospitalarios, alternativas residenciales supervisadas y de familia y amistades. Las necesidades complejas del colectivo, sumadas a las de la edad, suelen exceder la capacidad de los servicios, ya que muchos no están orientados a la combinación de necesidades TMG y edad avanzada.

En el estudio de Cummings y Kropf [12] se evidenció que parte de los cuidados los asumen las redes informales, en concreto las necesidades asociadas con el dinero, el apoyo emocional y los autocuidados en el domicilio. Los servicios formales sanitarios y sociales para las personas con TMG y edad avanzada a menudo están fragmentados, se organizan en diferentes niveles, o estructuras, y están poco coordinados. Esto se traduce en una dificultad para compartir información de la persona o realizar tratamientos coordinados y continuados en el tiempo.

A pesar de todo lo anterior y de la evidencia en el incremento que se prevé en esta población, y en las demandas que vendrán en los próximos años a los sistemas sanitarios y sociales, se ha hecho poco desde la investigación para detectar las necesidades de las personas con TMG que se hacen mayores [13]. En nuestro país los estudios de necesidades en la población con TMG son escasos [14, 15]. De hecho, la mayoría de la investigación está centrada en población joven con enfermedad mental y menor de 40 años.

Entre los estudios de necesidades realizados en esta población concreta, está el estudio de Cummings y McClure [16]. Concluyen que una persona con un TMG y 55 años, o más, presentan una media de 10 necesidades específicas en las diferentes áreas vitales. Las de mayor frecuencia fueron: el malestar psicológico, los problemas físicos, el contacto social, la atención domiciliaria y las actividades de la vida diaria. Si se tiene en cuenta el concepto de "necesidades no cubiertas", se encontró que estas eran: la falta de contacto social, los problemas de visión y de audición y los ingresos económicos bajos.

En el ámbito español, el estudio de Vargas et al. [17] identificó 40 necesidades asociadas al envejecimiento en la población de personas con TMG. De ellas, por orden de prioridad, fueron: la independencia económica, tener un tratamiento psicofarmacológico adecuado para prevenir recaídas, tener vivienda adecuada, disponer de atención en salud mental accesible y continuada, disponer de alternativa residencial y contar con afecto, compañía y apoyo de la familia.

Objetivos

Por todo lo comentado anteriormente, el objetivo del presente estudio es conocer de una manera descriptiva y aproximativa la prevalencia y la situación de las necesidades de personas atendidas en centros y servicios de rehabilitación psicosocial ubicados en España, con perfil de edad avanzada, tiempo prolongado de tratamiento rehabilitador y proximidad al momento de salida del proceso de atención en un centro de rehabilitación psicosocial.

Los objetivos específicos son:

1. Estimar la prevalencia de personas con TMG mayores de 58 años en los centros de rehabilitación participantes.
2. Identificar y priorizar las principales necesidades psicosociales, sanitarias y de apoyo comunitario en esta población, desde la perspectiva de los profesionales de los centros.
3. Determinar las necesidades menos cubiertas o atendidas en la actualidad, según la valoración de los equipos de rehabilitación.

Este estudio tiene en cuenta la percepción de necesidades desde los profesionales de los recursos.

Una vez detectadas las necesidades prioritarias se pretende listar las recomendaciones que sirvan de orientación o guía para la mejora de atención al colectivo.

METODOLOGÍA

Participantes

Los centros participantes en el estudio fueron 25 recursos públicos de rehabilitación psicosocial integrados en la Red atención social a personas con TMG de Madrid y Valencia. Dependen de la Consejería de Servicios Sociales y de Igualdad en ambas Comunidades. Atienden a personas con enfermedad mental grave, en su mayoría esquizofrenia y otras psicosis, entre 18 y 65 años. El tiempo medio de los procesos de rehabilitación psicosocial está entre 5 y 10 años. En estos, las personas reciben tratamientos psicosociales multicomponentes que incluyen: rehabilitación cognitiva, apoyo a la integración comunitaria, intervención familiar, entrenamiento en habilidades de la vida diaria, fomento del ocio, etc.

En la Tabla 1, se pueden ver el nombre de los centros y la cantidad de plazas de atención.

Tabla 1. Centros participantes en el estudio.

CRPS-CRIS	Plazas	CD	Plazas	EASC	Plazas
Alcobendas	90	Alcobendas	35	Alcobendas	30
Alcalá de Henares	90	Aranjuez	30	Arganzuela	30
C. Jardín	70	Arganzuela	30	Collado Villalba	30
La Elipa	90	Collado Villalba	30	Colmenar	30
Latina	75	C. Jardín	20	Fuencarral	30
Majadahonda	70	Espartales Sur	30	Latina	30
San Fdo. Henares	90	Latina	30	Majadahonda	30
Torrejón	65	Majadahonda	30	Tetuán	30
		Torrejón	35		
TOTAL	640		270		264

CRPS-CRIS: Centro de Rehabilitación Psicosocial; CD: Centro de Día y Soporte Social; EASC: Equipo de Apoyo Social Comunitario.

En la fecha de elaboración del proyecto hay 1.419 personas atendidas entre los Centros de Día y Soporte Social (CD), Centros de Rehabilitación Psicosocial o Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRPS-CRIS) y Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC). De estas 1.419 personas, al menos 210, un 14,78%, cumple el perfil objeto de estudio.

Para seleccionar la muestra final del estudio se consideraron los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de inclusión de la población a estimar necesidades

- Persona de > de 58 años
- Diagnóstico de TMG
- Próximo a salir del proceso de atención

La consideración de la edad de 58 es debido a que como se ha comentado en la introducción no hay un rango de referencia aceptado universalmente. En el estudio de Vargas [17] de personas con TMG el rango se estableció entre los 50 y los 65 años. Teniendo en cuenta los diferentes rangos establecidos, así como la medida de edad de las personas atendidas en los centros de rehabilitación psicosocial hemos optado por la edad de 58 años como punto de corte.

Para la detección del perfil y sus necesidades se solicitó la participación de los responsables de cada centro, un total de 16 direcciones de los centros y servicios con amplia experiencia profesional en la atención a personas con TMG.

Instrumentos

Se elaboró una encuesta ad hoc diseñada por los autores principales basada en la literatura disponible. El marco teórico para construir la escala fueron instrumentos diseñados especialmente para personas con TMG y mayores. En concreto:

- Escala de Riesgo Psicosocial (ERP) para personas con TMG con edad avanzada, basado en Vargas, Quintanilla, Vega y Lozano [17]. Ver anexo 1.
- Escala de riesgo social, adaptado de la Escala de valoración social en el anciano de Cabrera et al. [18]. Ver anexo 2.

La encuesta incluía una primera parte con datos de prevalencia y del perfil sociodemográfico y clínico. A continuación, se describía un listado de 40 necesidades extraídas de Vargas [17] y un listado de 5 riesgos asociados al proceso de hacerse mayor, extraídos de la escala de riesgos en el anciano de Cabrera [18]. La última parte eran 8 campos abiertos de recogida de información en los que se podían describir libremente necesidades en 8 categorías: salud física, salud mental, economía, relaciones, hogar, ocupación y actividad, laboral y familia. Se proporcionaron instrucciones detalladas a los responsables de los centros para la administración de las escalas, asegurando la consistencia y precisión en la recolección de datos.

Las personas responsables de cada centro junto a sus equipos cuantificaron el número y el porcentaje de personas que cumplían los criterios de inclusión, así como la edad media y las principales características sociodemográficas. Siguiendo el listado de 40 necesidades basado en Vargas [17], se puntuó el listado de necesidades identificadas, graduadas en prioridad según el siguiente método: a) la estimación de la magnitud del problema en la población, se valoró de 0 (no afecta a ninguna persona) a 10 (afecta a todas las personas); b) la estimación de la gravedad del problema por las consecuencias en la calidad de vida, se valoró de 0 (nada grave) a 10 (máxima gravedad); c) la eficacia estimada de una solución posible, se valoró de 0,5 (eficacia mínima de una solución probable) a 1,5 (eficacia máxima de una solución probable); y d) la estimación de la factibilidad, se valoró de 0,5 (la solución no es factible con los recursos disponibles) a 1,5 (la solución es factible con los recursos disponibles).

Procedimiento

La recogida de datos se realizó entre los meses de junio y agosto del año 2023. Los profesionales rellenaron la encuesta de manera individual. Se recogió la percepción de la necesidad y riesgo valorada por los profesionales. No se pasó la encuesta a las personas usuarias, pues el objetivo era solo evaluar la percepción de los profesionales.

Una vez cumplimentada la encuesta se reunió al grupo de responsables en una sesión de trabajo, coordinada por los dos primeros autores, en los que se presentaron los resultados obtenidos y se debatió sobre ellos.

El procedimiento siguió estas etapas: 1) detección en cada centro de personas que cumplían el perfil; 2) puntuación de cada necesidad con valoración cuantitativa de la misma según método Hanlon [19]; 3) estimación del número de personas agrupadas en cada ítem de riesgos en personas mayores; 4) descripción narrativa abierta de necesidades agrupadas en cada una de las 8 categorías abiertas.

Para una mayor definición de los términos y el sistema de clasificación, ver el Anexo 1 y Anexo 2.

Diseño

Se plantea un estudio multicéntrico, con un diseño transversal descriptivo exploratorio, con una sola muestra.

Con este tipo de diseño se pretende conseguir descripciones de la situación actual que permitirá generar hipótesis de

trabajo. La elección de un diseño transversal permite captar una instantánea de las condiciones y percepciones en un momento específico, lo cual es adecuado para los objetivos exploratorios del estudio, así como para generar futuras hipótesis de trabajo.

Se conducirán las siguientes estrategias:

- Descriptiva: una parte exploratoria-descriptiva de las variables de perfil, prioridad de necesidades y factores de riesgo de la población objeto de análisis.

Análisis de datos

Se llevarán a cabo análisis descriptivo y de frecuencias de las variables objeto de estudio

Se listaron las necesidades detectadas en un archivo de Microsoft Excel V.365 que se codificó para dar una puntuación ordenada automáticamente según la fórmula de la Técnica Hanlon, lo que permitía obtener una jerarquización de prioridades en las necesidades estimadas.

Se utilizó el método Hanlon adaptado [19] para la priorización de necesidades. Este método es una herramienta de salud para ayudar en la toma de decisiones. La fórmula que utiliza para establecer la priorización de problemas identificados por los profesionales permite extraer un índice de prioridad (Índice Hanlon= [(A+B) x C] x D, donde A corresponde a la magnitud del problema, B a la severidad, C a la eficacia de solución, y D a la factibilidad de intervención). Este método fue elegido por su capacidad para integrar múltiples criterios de evaluación y proporcionar una priorización cuantitativa de las necesidades.

Por tanto, el análisis nos posibilitará realizar un tipo de extrapolación cuantitativa, pero no se determinará la representatividad estadística.

RESULTADOS

En las siguientes tablas se muestran los resultados una vez recogida la información y analizados los datos.

En la Tabla 2 se muestra el número y porcentaje de personas con TMG y más de 58 años, atendidas en cada uno de los recursos y servicios de rehabilitación psicosocial de la Comunidad de Madrid y de la Comunidad Valenciana. El 14,78% de las personas atendidas cumple el perfil establecido.

Tabla 2. Número de personas con TMG atendidas en Servicios de Rehabilitación Psicosocial con edad de 58 años o más.

CENTRO*	OBJETIVO	N.º de atendidos	Edad media atendidos	% atendidos con > 58 años
CRPS-CRIS	Rehabilitación Psicosocial, prevención de recaídas, integración comunitaria y atención a familias.	797	45	3%
CD	Soporte social continuado, prevención de recaídas, integración comunitaria y atención a familias.	308	53,5	21%
EASC	Apoyo social en la comunidad, apoyo domiciliario, acompañamiento comunitario y atención a familias.	314	51	15%
TOTAL		1.419	50	14,78%

* CRPS-CRIS: Centro de Rehabilitación Psicosocial; CD: Centro de Día y Soporte Social; EASC: Equipo de Apoyo Social Comunitario. Datos extraídos de 8 CRPS-CRIS, 9 CD y 8 EASC ubicados en la Comunidad de Madrid y Valencia. Datos de personas atendidas en octubre de 2023.

En la Tabla 3, se encuentra el perfil sociodemográfico de las personas que cumplen los criterios de inclusión para el estudio. Este grupo de población atendida tiene una media de 61 años, el 51,75% son mujeres, casi la mitad de ellas presenta algún grado de dependencia y el 32% vive solas. Tienen un promedio de 24 años de evolución del TMG y llevan atendidas en el recurso una media de 6 años y medio.

Tabla 3. Perfil sociodemográfico de personas con TMG y más de 58 años atendidas en servicios de Rehabilitación Psicosocial.

Edad media (en años)	61
Sexo (mujer)	51,75%
Tienen problemas físicos graves	28,34%
Tienen ingresos económicos	89,2%
Tienen familia	86,12%
Viven con hijos	20,03%
Viven con padre o madre	6,09%
Viven solas	32,24%
Tienen valoración y algún grado de Dependencia	45,34%
Promedio de evolución de la enfermedad mental (en años)	24
Media de estancia en el recurso (en años)	6,5

Calculado sobre N=210 personas atendidas en 25 Centros y Servicios de Rehabilitación Psicosocial en Madrid y Valencia. Riesgos psicosociales Agosto de 2023

En el análisis de los riesgos psicosociales realizado a través de la Escala de Riesgo Psicosocial, se presentan las siguientes tablas con los mayores riesgos en cuanto a la priorización del problema (Tabla 4). También se presentan los resultados de las necesidades ordenadas por la factibilidad de solución desde los recursos de rehabilitación (Tabla 5).

Cabe mencionar que no se presentan los resultados de las 40 categorías, sino de las 10 más relevantes. Para un análisis completo de los resultados se remite al lector al Anexo 1.

Tabla 4. Priorización de necesidades.

	Necesidad	Puntuación de prioridad obtenida
1	Tener apoyo para la realización de trámites burocráticos y disfrutar de una adecuada supervisión por un tutor-cuidador si lo necesita. ¹	15,06
2	Tener un tratamiento farmacológico para su enfermedad psiquiátrica correcto y supervisado y para prevenir recaídas. ¹	14,74
3	Disponer de ayuda a domicilio y seguimiento domiciliario multiprofesional si lo precisa. ¹	14,26
4	Realizar actividades ocupacionales adecuadas a su capacidad. ¹	13,77
5	Participar activamente en relaciones sociales, asociativas, de ayuda mutua o de otro tipo.	13,24
6	Disfrutar del ocio de manera creativa, socializadora y saludable. ¹	13,24
7	Tener apoyos para lograr su autonomía personal, tomar sus propias decisiones, ocuparse adecuadamente de sus autocuidados y del manejo de su dinero y su hogar.	13,11
8	Recibir apoyo para cuidar y mantener su red familiar y social. ¹	12,94
9	Contar con el afecto, aceptación y compañía de amigos.	12,65
10	Tener buena educación sanitaria general.	12,33

¹Necesidades identificadas como más factibles
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Factibilidad de solución desde los recursos de rehabilitación.

	Necesidad	Puntuación en factibilidad*
1	Estar bien informado-a y comprender su enfermedad.	1,11
2	Tener apoyo para la realización de trámites burocráticos y disfrutar de una adecuada supervisión por su tutor si lo necesita ¹ .	1,09
3	Realizar actividades ocupacionales adecuados a su capacidad ¹ .	1,08
4	Disfrutar del ocio de manera creativa, socializadora y saludable ¹ .	1,06
5	Tener un tratamiento farmacológico para su enfermedad psiquiátrica correcto y supervisado y para prevenir recaídas ¹ .	1,05
6	Recibir apoyo para cuidar y mantener su red familiar y social ¹ .	1,04
7	Tener ayudas económicas para el transporte.	1,03
8	Disponer de ayuda a domicilio y seguimiento domiciliario multiprofesional si lo precisa ¹ .	1,03
9	Apoyar a su familia adecuadamente e informar y recibir psicoterapia si la precisa.	1,00
10	Tener apoyo para la formación y el acceso a la cultura.	1,00

¹Necesidades identificadas como más prioritarias

* Siguiendo la fórmula de Hanlon una puntuación por encima o igual a 1 es factible de ser puesta en marcha
Fuente: Elaboración propia.

Como se puede ver en las dos tablas anteriores, seis de las necesidades detectadas como prioritarias, también se detectan como factibles a trabajar desde los centros de rehabilitación psicosocial antes de que la persona salga definitivamente del recurso.

En las Tablas 6 y 7 se presentan los resultados para aquellas necesidades menos prioritarias antes de que la persona salga de recurso (Tabla 6) y las menos factibles de cubrir desde los recursos (Tabla 7).

Tabla 6. Menor priorización de necesidades.

	Necesidad	Puntuación de prioridad obtenida
1	Tener o recuperar un trabajo adecuado para él/ella.	3,6
2	Tener apoyo de la comunidad religiosa.	4,16
3	Disponer de un sistema especializado de ingresos involuntarios para crisis psiquiátricas.	5,1
4	Poder disfrutar de una sexualidad satisfactoria.	6,47
5	Recibir ayuda en el caso de que esté en prisión.	6,58
6	Tener ayudas económicas para el transporte.	7,24
7	Tener vivienda propia adecuada.	7,68
8	Tener una asistencia sanitaria en atención primaria próxima, adecuada y accesible.	8,54
9	Disponer de buenas políticas de apoyo a la discapacidad y colaboración con la familia.	8,85
10	Tener independencia económica, ya sea por sus propios recursos o por prestaciones económicas.	9,56

Tabla 7. Menor factibilidad de solución desde los recursos de rehabilitación.

	Necesidad	Puntuación en factibilidad
1	Poder disfrutar de una sexualidad satisfactoria.	0,74
2	Tener o recuperar un trabajo adecuado para él/ella.	0,75
3	Tener vivienda propia adecuada.	0,75
4	Disponer de buenas políticas de apoyo a la discapacidad y colaboración con la familia.	0,76
5	Disponer de un sistema especializado de ingresos involuntarios para crisis psiquiátricas.	0,8
6	Tener independencia económica, ya sea por sus propios recursos o por prestaciones económicas.	0,84
7	Tener hábitos de vida saludables y hacer deporte regularmente.	0,84
8	Disponer de un sistema sanitario de calidad en la dotación, formación y dedicación de los profesionales de salud mental.	0,84
9	Disponer de recursos o ayudas en el caso de que se quede sin hogar o domicilio.	0,85
10	Tener apoyo profesional de servicios sociales adecuado, accesible, individualizado y continuado.	0,87

Riesgos Sociales

En cuanto a los resultados en relación con los riesgos sociales detectados por los y las profesionales de los dispositivos de rehabilitación psicosocial, se aprecia que, entre las personas con perfil de TMG y edad avanzada, el 28% de ellas tiene riesgo en la situación familiar, viviendo sola, sin hijos/as o que viven alejados; otro resultado significativo es que el 11% de ellas tiene riesgos en el área de las relaciones sociales, no saliendo del domicilio o teniendo escasas relaciones. El 1% de las personas analizadas tienen riesgos en la vivienda (ver Tabla 8). De estos resultados se desprende que el 50% de las personas no tiene ningún riesgo en estas variables.

Tabla 8. Resultados de la evaluación de los Riesgos Sociales evaluados por profesionales.

Definición	N	%
Situación familiar: Vive solo y carece de hijos o viven alejados	59	28
Situación económica: Sin ingresos o inferiores a PNC	8	4
Vivienda: Vivienda inadecuada (chabola, vivienda declarada en ruinas, ausencia de equipamientos mínimos).	2	1
Relaciones sociales: No sale del domicilio, no recibe visitas o son muy escasas, aislado socialmente.	23	11
Apoyo de la red social: Necesidad de cuidados físicos permanentes	13	6

Porcentajes calculados sobre la muestra que incluye criterios de TMG>58 años, N=210 (ver tabla 2)

DISCUSIÓN

La población en el territorio nacional va cambiando en cuanto al perfil y sus necesidades. Como se ha visto, hay una tendencia al envejecimiento de la población general. Esto supondrá la aparición de nuevas necesidades tanto en la población como en los sistemas sociales y sanitarios del país. Por otro lado, los centros y servicios de rehabilitación desarrollan procesos largos de intervención, y cuando llega el momento de la salida del recurso, un porcentaje importante de las personas atendidas tiene una edad avanzada, por lo que se juntan las necesidades propias del envejecimiento, con las necesidades propias del trastorno. Ello hace que algunas personas pueden seguir necesitando sistemas de soporte y seguimiento continuado para evitar que aparezcan factores de riesgo.

Este estudio pretendía recoger las necesidades de las personas que sufren un TMG y están en un rango de edad avanzado por encima de los 58 años. Las necesidades principales detectadas han sido: el tener apoyos para la gestión de su vida en la comunidad, disponer de tratamientos médicos de calidad supervisados adecuadamente, tener apoyo en su domicilio para mantenerse en buenas condiciones de vida, tener una red de apoyo social disponible en su entorno y desarrollar rutinas ocupacionales significativas que aporten sentido y disfrute de la vida. Estos resultados van en la línea de estudios previos [16,17], evidenciando que las personas con TMG al hacerse mayores suman la depresión, bajos ingresos econó-

micos, escasas relaciones sociales y experimentan mayor número de necesidades no satisfechas por el sistema. Se podría afirmar que estas necesidades son comunes con la población general, sin embargo, las personas con un TMG suman los condicionantes del trastorno, así como determinantes sociales que conllevan un aumento de problemas respecto a personas que no padecen el trastorno.

Todas estas necesidades deben ser atendidas por las redes de atención, pues la previsión es que vayan en aumento en las próximas décadas. Además, la mayoría de estas necesidades están moduladas por los llamados síntomas negativos y el deterioro cognitivo, a pesar de los avances de los tratamientos psicosociales y farmacológicos. Esta realidad, junto con las dificultades percibidas por los profesionales de “no factibilidad” en abordar necesidades en cuestiones básicas del bienestar social (Tabla 7), pueden poner a la población en una situación de grave riesgo. De hecho, si las previsiones epidemiológicas para nuestro país fueran acertadas [3], la N de cada ítem de la Tabla 8 de riesgos sociales se vería aumentada en un 20% en los próximos 25 años. Eso indicaría que, comparado con el estudio en el que se han detectado un 14.78 % de personas con este perfil, aumentarían al 34.78 % las personas con TMG y edad avanzada atendidas en los servicios podrían estar en riesgo de soledad y aislamiento, permaneciendo en sus hogares sin los apoyos necesarios para garantizar una vida digna y saludable. Aunque esta estimación porcentual está hecha sin tener cuenta la proyección de aumento de la N poblacional de los próximos 20 años, pensamos que refleja un incremento progresivo que coincide con todas las estimaciones de las que disponemos. Por lo tanto, es razonable considerar un refuerzo en las necesidades de apoyo sanitario y social en el hogar. Las necesidades en alternativas residenciales sufrirán un aumento exponencial en las próximas dos décadas.

Debemos tener en cuenta también identificar las necesidades específicas de las mujeres mayores con TMG, algunas ya señaladas en la introducción, ya que, según este estudio el número de mujeres mayores de 58 años con TMG es del 51%.

Dados estos resultados, se necesitan nuevos métodos, programas y estrategias para garantizar servicios adecuados y suficientes para esta población. En última estancia, se puede reflexionar sobre la necesidad de cambios en el diseño actual de los servicios, o incluso la creación de nuevos servicios. Existen programas que han demostrado su eficacia para esta población, como el programa FAST [20]. Consiste en una intervención multicomponentes enfocada a mejorar las habilidades sociales, aumentar los autocuidados de salud, reducir los síntomas psiquiátricos y aumentar el uso efectivo del tiempo. El programa FAST ha sido adaptado para latinos y población de habla hispana con la denominación PEDAL [11,21]. También se cuenta con el programa HOPES [20]. Por último, se puede mencionar el programa I-IMR [22], adaptado para personas con diagnóstico de TMG, en especial esquizofrenia, que presenta problemas físicos asociados al aumento de la edad. Este ha alcanzado resultados positivos en el automanejo de los síntomas psiquiátricos, los problemas de salud (como la diabetes) y en la utilización de los servicios hospitalarios [23]. Estos programas provienen de la metodología y enfoque propios de la rehabilitación psicosocial y por tanto deberían estar disponibles e implantarse en los centros y servicios de rehabilitación.

Por último, los profesionales que trabajan con esta población deberían seguir las recomendaciones propuestas por SAMHSA [11]. Entre ellas encontramos: formación continua de todas las profesiones en la detección y atención de necesidades, conocer buenas prácticas en cuidado de la salud, desarrollar estándares de calidad en la atención e integrarlas en las diferentes disciplinas, favorecer las figuras de apoyo mutuo y formación con los familiares y cuidadores para dar a conocer recursos y necesidades específicas.

Las limitaciones principales del estudio son, por un lado, que solo se cuenta con la percepción de los profesionales de los centros o servicios. Por otro lado, el tipo de muestra incidental no permite una generalización a la muestra global de personas con TMG y de avanzada edad. Pensamos que se deben ampliar los estudios que tengan en cuenta la valoración directa de las personas usuarias y sus familias. Asimismo, se debe incidir en las diferencias en las necesidades teniendo en cuenta el género y el contexto geográfico de referencia. Pese a ello, las implicaciones que se derivan para los profesionales y los responsables de gestión de servicios son importantes. Los profesionales deben hacer esfuerzos por detectar las necesidades de las personas con TMG que superan los 55 años y trabajar para que dichas necesidades tengan el menor impacto posible o se cubran por completo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INE (Instituto Nacional de Estadística). Población de España según datos de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/ecp/ecp0323.pdf>. accedido el 20 de abril de 2024.
2. Expansión. España pirámide de población. Accedido el 20 de abril de 2024. URL: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/espana>
3. Fernández Palacios MJ, Ortega Cachón C (Dir.). Ranking de territorios por la economía sénior 2022. Madrid: Fundación MAPFRE; 2023.
4. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clin (Barc)* 2006; 126(12): 442-451. doi:10.1016/S0026-9557(06)60665-X.
5. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Madrid: 2021.
6. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2014;10: 425-438. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.
7. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011 Dec;199(6):453-8. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085100. Epub 2011 May 18.
8. García Herrera JM, Hurtado Lara MM, Quemada González C, Nogueiras Morillas EV, Bordallo Aragón A, Martí García C, et al. Guía de Práctica Clínica sobre el Tratamiento de la Psicosis en Personas Adultas. Sevilla: Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud; 2020. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/guia-de-practica-clinica-para-el-tratamiento-de-la-psicosis-y-la-esquizofrenia-manejo-en-atencion>. Accedido el 20 de abril de 2024.
9. Smith DJ, Langan J, McLean G, Guthrie B, Mercer SW. Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. *BMJ Open*. 2013;17;3(4): e002808. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002808. PMID: 23599376; PMCID: PMC3641427.
10. Dickerson, F. B. Women, aging, and schizophrenia. *Journal of women & aging*. 2007; 19(1-2): 49-61.
11. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Psychosocial Interventions for Older Adults With Serious Mental Illness. SAMHSA Publication No. PEP21-06-05-001. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2021. Disponible en: <http://store.samhsa.gov/>.
12. Cummings SM, Kropf NP. Formal and informal support for older adults with severe mental illness. *Aging and Mental Health*. 2009;13(4):619-27. DOI: 10.1080/13607860902774451.
13. Smart EL, Brown L, Palmier-Claus J, Raphael J, Berry K. A systematic review of the effects of psychosocial interventions on social functioning for middle-aged and older-aged adults with severe mental illness. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020 May; 35 (5): 449-462. doi: 10.1002/gps.5264. Epub 2020 Feb 13. PMID: 31919890.
14. Navarro Bayón D, Contreras Nieves JA. Evaluación de un programa de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario para personas con trastorno mental grave localizadas en contextos con dificultad de acceso. Descripción de muestra y análisis de necesidades. *Informaciones Psiquiátricas*.2008;191: 29-42.
15. Navarro Bayón D, Ballesteros Pérez F, Romero Carmona MÁ, Simón Expósito M. Evaluación de necesidades provocadas por la COVID-19 en personas con trastorno mental grave. *Rev Esp Salud Ment*. 2021;42(6):403-410. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000200002>.
16. Cummings SM, Cassie K. Perceptions of Biopsychosocial Services Needs among Older Adults with Severe Mental Illness: Met and Unmet Needs. *Health and Social Work*. 2008; 33(2):133-43. DOI: 10.1093/hsw/33.2.133.
17. Vargas Aragón ML, Quintanilla P, Vega B, Lozano A. Escala de Riesgo Psicosocial FEAFES Castilla y León (ERP): procedimiento de construcción mediante metodología cualitativa y presentación de la escala. *Norte Salud Ment*. 2010;8(38):26-35.
18. Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria* 1999; 23(7): 434-440.
19. Hanlon John J. Principios de Administración Sanitaria. 3ª. Edición. México: La Prensa Medica Mexicana; 1973.
20. Patterson TL, Mausbach BT, McKibbin C, Goldman S, Bucardo J, Jeste DV. Functional adaptation skills training (FAST): A randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophrenia Research*. 2006;86(1-3):291-299. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.05.017>.
21. Patterson, T. L., Bucardo, J., McKibbin, C. L., Maudsley, B. T., Moore, D., Barrio, C., et al. Development and pilot testing of a new psychosocial intervention for older Latinos with chronic psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 2005;31(4): 922-930. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16037481>.
22. Mueser KT, Bartels SJ, Santos M, Pratt SJ, Riera EG. Integrated illness management and recovery: A program for integrating physical and psychiatric illness self-management in older persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2012;15(2):131-156. <https://doi.org/10.1080/15487768.2012.679558>.
23. Bartels SJ, Pratt SJ, Mueser KT, Naslund JA, Wolfe RS, Santos M, et al. Integrated IMR for psychiatric and general medical illness for adults aged 50 or older with serious mental illness. *Psychiatric Services*. 2014;65(3):330-337. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300023>

Anexo 1. Escala de Riesgo Psicosocial (ERP) para personas con TMG con edad avanzada, basado en Vargas, Quintanilla, Vega y Lozano (2010).

PIENSA EN LAS NECESIDADES Y PROBLEMAS QUE EXISTEN EN PERSONAS CON TMG > 58 AÑOS Y PRÓXIMAS A SALIR DEL CENTRO. PARA ELLO PIENSA EN SI LAS PERSONAS TIENEN LA NECESIDAD	Magnitud del problema 0 a 10	Severidad del problema 0 a 10	Eficacia de la solución 0,5 a 1,5	Factibilidad 0,5 a 1,5	Resultado priorizado
1 Tener independencia económica, ya sea por sus propios recursos o por prestaciones económicas.	5,18	6,05	1,01	0,84	9,57
2 Tener un tratamiento farmacológico para su enfermedad psiquiátrica correcto y supervisado y para prevenir recaídas	5,59	5,90	1,22	1,05	14,75
3 Tener vivienda propia adecuada.	5,09	5,64	0,95	0,75	7,69
4 Tener atención profesional en salud mental adecuada, integral, afectuosa, coordinada, accesible, continuada y si es preciso domiciliaria.	6,36	7,23	0,94	0,94	12,00
5 Contar con alternativas residenciales adecuadas para personas mayores con enfermedad mental	5,77	6,41	1,10	0,91	12,24
6 Tener el afecto, compañía y apoyo de la familia.	6,50	6,64	1,01	0,90	11,96
7 Tener con una asistencia sanitaria en atención primaria próxima, adecuada y accesible.	5,00	5,09	0,95	0,89	8,54
8 Tiene apoyos para lograr su autonomía personal, tomar sus propias decisiones, ocuparse adecuadamente de sus autocuidados y del manejo de su dinero y su hogar.	6,64	7,23	0,99	0,96	13,11
9 Disponer de ayuda a domicilio y seguimiento domiciliario multiprofesional si lo precisa.	6,23	6,50	1,09	1,03	14,26
10 Tener hábitos de vida saludables y hacer deporte regularmente.	7,05	6,95	0,86	0,84	10,17
11 Realizar actividades ocupacionales adecuados a su capacidad.	5,64	5,77	1,11	1,08	13,77
12 Tener buen apoyo y aceptación social en un entorno no estigmatizante y comprensivo.	6,27	6,50	0,98	0,89	11,14
13 Disponer de buenas políticas de apoyo a la discapacidad y colaboración con la familia.	6,68	6,82	0,86	0,76	8,86
14 Contar con el afecto, aceptación y compañía de amigos.	7,73	7,00	0,95	0,91	12,66
15 Disponer de un sistema especializado de ingresos involuntarios para crisis psiquiátricas.	3,50	3,82	0,86	0,80	5,08
16 Tener adecuado tratamiento psicológico.	6,23	6,59	0,99	0,95	12,01
17 Tener o recuperar un trabajo adecuado para él/ella	2,95	3,05	0,82	0,75	3,67
18 Disponer de recursos o ayudas en el caso de que se quede sin hogar o domicilio.	5,45	7,18	0,93	0,86	10,09
19 Tener apoyo profesional de servicios sociales adecuado, accesible, individualizado y continuado.	5,86	6,86	0,98	0,88	10,99
20 Disfrutar del ocio de manera creativa, socializadora y saludable.	6,00	6,09	1,03	1,06	13,24
21 Disponer de adecuados recursos asistenciales de rehabilitación o soporte psicosocial, como de clubs de ocio o similares	5,82	6,50	1,01	0,97	12,06
22 Recibir ayuda en el caso de que esté en prisión.	2,45	4,25	1,01	0,98	6,58
23 Disponer de adecuados medios de transporte y buena accesibilidad a nuevas tecnologías y servicios	5,14	6,05	1,08	1,00	12,02
24 Tener apoyo y ayudas económicas y sociales que fomentan su autonomía y desarrollo personal.	5,59	6,77	1,00	0,90	11,05
25 Apoyar a su familia adecuadamente e informar y recibir psicoterapia si la precisa.	5,59	6,27	1,01	1,00	12,08
26 Disponer de una atención sanitaria especializada no psiquiátrica accesible.	5,05	6,27	1,02	0,93	10,81
27 Estar bien informado/a y comprender su enfermedad.	4,55	5,50	1,05	1,12	11,72


28 Tener apoyo para la realización de trámites burocráticos y disfrutar de una adecuada supervisión por su tutor si lo necesita	5,57	6,73	1,12	1,10	15,06
29 Tener adecuada atención a aspectos específicos de la salud: problemas asociados a la edad, higiene bucal o efectos adversos del tratamiento psiquiátrico.	5,36	6,82	0,96	0,97	11,31
30 Recibir apoyo para cuidar y mantener su red familiar y social.	5,19	6,24	1,08	1,05	12,94
31 Participar activamente en relaciones sociales, asociativas, de ayuda mutua o de otro tipo.	6,27	6,59	1,07	0,97	13,24
32 Tener buena educación sanitaria general.	5,64	6,18	1,07	0,97	12,33
33 Disponer de un sistema sanitario de calidad en la dotación, formación y dedicación de los profesionales de salud mental.	6,14	6,95	0,98	0,85	10,85
34 Tener buena autoestima.	6,45	6,64	0,94	0,92	11,28
35 Tener apoyo para la formación y el acceso a la cultura.	5,00	5,32	0,98	1,00	10,20
36 Tener un entorno tranquilo y no estresante.	6,05	6,18	1,01	0,98	12,06
37 Tener ayudas económicas para el transporte.	3,91	3,59	0,93	1,04	7,24
38 Tener apoyo de la comunidad religiosa.	2,36	2,95	0,87	0,90	4,17
39 Tener apoyo afectivo para atender a las necesidades específicas del momento de su ciclo vital como el fallecimiento de los padres o la atención a los hijos.	5,82	6,41	0,94	0,93	10,75
40 Poder disfrutar de una sexualidad satisfactoria.	5,41	5,32	0,81	0,75	6,47

La fórmula para establecer la priorización de problemas identificados por los profesionales en el método de Hanlon permite extraer un Índice de prioridad = $[(A+B) \times C] \times D$, donde:

- A. Magnitud del problema. Piensa a cuántas personas afecta el problema en el centro. Se valora de 0 a 10, siendo valores más altos, más cantidad de personas afectadas.
- B. Severidad del problema. Se refiere a la gravedad del problema por las consecuencias en la calidad de vida (salud, relaciones, pobreza, dependencia, etc.). Se valora de 0 a 10. Siendo valores más altos, mayor severidad en la afectación en la calidad de vida.
- C. Eficacia de la solución. Piensa en la posibilidad de que se pudiera mejorar o resolver el problema o necesidad. Sería el impacto esperado de dar cobertura a esa necesidad. Se valora de 0,5 a 1,5 puntos. Este componente multiplica la suma de los componentes A y B, y reduce o aumenta el producto obtenido según la acción sea eficaz o no.
- D. Factibilidad. Se valora de 0,5 a 1,5 la viabilidad de cubrir la necesidad con los recursos disponibles. Este elemento multiplica todos los anteriores descartando o aceptando su introducción en el cribado. Esto significa que, si el resultado de valorar la viabilidad es menor a 1, la acción no será factible y el elemento no se podrá considerar dentro de las posibilidades de desarrollo.

Anexo 2. Escala de riesgo social, basada en Cabrera et al. (1999).

Situación familiar: Vive solo y carece de hijos o viven alejados	SI/NO (N)
Situación económica: Sin ingresos o inferiores a PNC	SI/NO (N)
Vivienda: Vivienda inadecuada (chabola, vivienda declarada en ruinas, ausencia de equipamientos mínimos)	SI/NO (N)
Relaciones sociales: No sale del domicilio, no recibe visitas o son muy escasas, aislado socialmente.	SI/NO (N)
Apoyo de la red social: Necesidad de cuidados físicos permanentes	SI/NO (N)



PROGRAMA-ESTUDIO DE MEJORA DEL BIENESTAR EN PERSONAS CON PROBLEMAS GRAVES DE SALUD MENTAL (PGSM) MEDIANTE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO FÍSICO CONCURRENTE

**PROGRAM-STUDY TO IMPROVE WELL-BEING IN PEOPLE WITH
SEVERE MENTAL HEALTH PROBLEMS (PGSM) THROUGH A
CONCURRENT PHYSICAL TRAINING PROGRAM**

Autores:

Pau Peset Ferrer (Psicólogo y Educador Social CRIS Vinaròs). Avd. Gil de Atrocillo s/n.12500 Vinaròs (Castellón).
ppeset@vinaros.es

Jesús Javier Rienda Jimena (Terapeuta Ocupacional Fundación SASM). Camino les cendroses s/n. 46410 Sueca (Valencia).
jrienda@fundacionsasm.org. <https://orcid.org/0000-0003-1138-3003>

Jorge Belmonte Sánchez (CAF yD y Gerente de Fitnessone Center). Ctra. San Mateo,11 Local 2B. Benicarló (Castellón).
jorgefitnessone@gmail.com

RESUMEN

Tal y como aparece en el sport for community development handbook (2016), la práctica deportiva tiene características exclusivas que le permiten contribuir a los procesos de desarrollo de una manera eficiente y eficaz.

Por otro lado, los programas de ejercicio físico facilitados por profesionales especializados, mejoran la percepción de la calidad de vida, la capacidad cardiorrespiratoria, la fuerza muscular y la sintomatología clínica en personas con trastornos mentales graves (TMG)¹.

Las personas con TMG presentan estilos de vida sedentarios y poco saludables², lo que les afecta negativamente en su salud física y en su propia enfermedad; por eso, conociendo los beneficios que aporta la práctica regular del ejercicio físico, tanto para el estado emocional como el bienestar personal³, pretendemos demostrar las consecuencias de un tratamiento coadyudante como un programa de entrenamiento físico en personas con trastorno mental grave.

Palabras clave: Salud mental, trastorno mental grave, salud física, deporte, ejercicio físico, entrenamiento, bienestar.

ABSTRACT

As it appears in the sport for community development handbook (2016), the practice of sport has exclusive characteristics that allow it to contribute to the development processes in an efficient and effective way.

On the other hand, physical exercise programs facilitated by specialized professionals improve the perception of quality of life, cardiorespiratory capacity, muscle strength and clinical symptomatology in people with severe mental disorders (SMD)¹.

People with TMG present sedentary and unhealthy lifestyles², which negatively affects their physical health and their own disease; therefore, knowing the benefits of regular physical exercise, both for the emotional state and personal well-being³, we intend to demonstrate the consequences of a coadjuvant treatment such as a physical training program in people with severe mental disorder.

Keywords: mental health, severe mental disorder, physical health, sport, physical exercise, training, welfare.

Terminología relacionada

Con la intención de acordar un lenguaje común, destacamos algunos términos que han servido de base del presente trabajo.

Salud física

El concepto de salud física según la OMS y que recoge Alcántara⁴, la salud física es “un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Asimismo, la Asociación Médica Argentina, AMA (2021) se refiere a la salud física como “la condición del cuerpo en cuanto a sus capacidades de funcionar de manera óptima y libre de enfermedades o lesiones”.

Salud emocional

La asociación Americana de Psicología establece la salud emocional o resiliencia como “la capacidad de una persona para afrontar desafíos y cambios cotidianos, recuperarse de los contratiempos y adaptarse a circunstancias adversas”⁵. Por otro lado, apuntar que según el Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos, la salud emocional se refiere a “la capacidad de gestionar y expresar las emociones de manera adecuada, así como de establecer relaciones interpersonales saludables y manejar el estrés”⁶.

Bienestar personal

Para la OMS el bienestar personal es “un estado en que el individuo realiza su potencial puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”⁵. Y para el NIME el bienestar personal refiere a “un estado de bienestar subjetivo y equi-

librio emocional, que puede ser influenciado por una variedad de factores, como la salud física, las relaciones interpersonales y la satisfacción laboral”⁶.

Fitness

Según la OMS y que menciona Alcántara⁷, el fitness es actividad física y ejercicio que incrementa la fuerza muscular ósea, la potencia, la resistencia y la masa, es decir, como son el entrenamiento de fortalecimiento, el entrenamiento de resistencia o los ejercicios de fuerza muscular y resistencia.

Entrenamiento concurrente

Por otro lado, tal y como comentan Coffey y Hawle⁸, el entrenamiento concurrente en el deporte es la combinación entre el trabajo para la mejora de la capacidad aeróbica y la fuerza en un mismo programa de entrenamiento. Que la actividad física frecuente resulta terapéutica en la población general y en concreto en población afectada por trastornos mentales graves es evidente, pero la intención de este trabajo es cuantificar y validar resultados en la aplicación de programas específicos en población con necesidades específicas. Así, en un futuro poder crear programas de entrenamiento específico adecuado a las necesidades de personas afectadas por problemas de salud mental.

INTRODUCCIÓN

El papel de la actividad física en el TMG ha sido objeto de estudio en multitud de trabajos. La mayoría de los estudios seminales en este sentido, así como también los más recientes, se han realizado en el ámbito de la esquizofrenia, como Vacampfort et al⁹.

Marqués¹⁰ expone diferentes estudios recientes donde plasman los beneficios del deporte en el tratamiento de personas con problemas de salud mental, llegando a conclusiones como que las personas con problemas de salud mental tienen muchas dificultades que afectan a su calidad de vida y tanto el deporte como la actividad física, tienen un papel fundamental en la mejora de estos problemas.

A continuación, nombramos otros autores que han investigado la relación entre la actividad física y la mejoría de estados físicos y mentales en personas afectadas por problemas de salud mental:

- Faulkner y Sparkes, citados por Friedrich y Mason¹¹. Exploraron el impacto del ejercicio físico en personas con enfermedades mentales, incluyendo cómo diferentes tipos de ejercicio pueden beneficiar a esta población.
- Gorczyński y Faulkner¹². Investigaron la relación entre actividad física y salud mental, y aunque su enfoque no es exclusivamente el entrenamiento concurrente, sus investigaciones pueden ofrecer insights sobre cómo integrar diferentes modalidades de ejercicio para beneficiar a personas con trastornos mentales graves.
- Vancampfort et al⁹. Han publicado varios estudios sobre el efecto del ejercicio en la salud mental, incluyendo revisiones sistemáticas y meta-análisis que pueden proporcionar evidencia sobre los beneficios del ejercicio en personas con condiciones de salud mental.
- Stubbs et al¹³. Este grupo de investigación ha examinado el impacto del ejercicio en personas con trastornos mentales graves, incluyendo cómo diferentes tipos de ejercicio, posiblemente incluyendo entrenamientos concurrentes, pueden mejorar la salud mental y física.

Partimos de la base de la definición de esquizofrenia. Según la Organización Mundial de la Salud¹⁴, la esquizofrenia es un trastorno mental que conlleva “una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta”. Aunque trastorno no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo¹⁵.

Así pues, las personas con esquizofrenia presentan sintomatología denominada positiva como, ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento desconcertado. También existen otro tipo de síntomas llamados síntomas negativos (afectividad aplanada, alogia, abulia o anhedonia). Además, hay un estilo de vida sedentario que llevan muchas de estas personas que afecta a la salud física que, comparada con la población general, es peor. Los estudios actuales proporcionan datos que hablan de que entre un 40 y 80% de las personas que toman medicación antipsicótica experimentan ganancias de peso de un 20% o más por encima de su peso ideal^{16,17}. Respecto a las personas que padecen esquizofrenia se sabe que no solo la medicación tiene impacto en el riesgo cardiovascular; los pacientes con esquizofrenia fuman más, tienen malos hábitos de alimentación y un estilo de vida más sedentario que la población general. Asimismo, su esperanza de vida es aproximadamente 20 años menor que la de la población general¹⁸.

Uno de los principales motivos que se utilizan para explicar la disminución de la esperanza de vida es el llamado síndrome metabólico¹⁹. En este síndrome se asocian un conjunto de factores de riesgo (obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, concentración baja de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad – más conocido como colesterol bueno, presión arterial elevada y glucosa sérica en ayunas elevada)²⁰ que pueden conducir a cardiopatía, diabetes y enfermedades por sobrepeso²¹. Además, los pacientes con esquizofrenia son más obesos que la población general²².

Las dificultades explicadas anteriormente, junto con el tratamiento, afectan a la calidad de vida de la persona y tanto el deporte como la actividad física, catalizan la mejora de estos problemas.

En muchos casos nos encontramos en las personas usuarias un ánimo deprimido, unas expectativas de superación y motivación por la mejoría y el avance muy bajo. De tal modo se observa en muchas ocasiones cómo las personas usuarias se han rendido a su circunstancia y al abandono físico y mental.

Uno de los grandes y difíciles objetivos de conseguir en este tipo de actividades es el de ampliar o mejorar la capacidad de esfuerzo y superación

Utilizando el deporte como intervención, se han encontrado resultados significativos tanto en calidad de vida como en sintomatología positiva y negativa²³.

Es importante destacar que, si bien el deporte puede ser beneficioso para la salud mental, cada persona es única y puede experimentar diferentes efectos.

Además, el deporte no es una solución única para todos los problemas de salud mental y en algunos casos puede ser necesario combinarlo con otros enfoques terapéuticos, como la psicoterapia o la medicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

La muestra está compuesta por un total de 21 personas con trastorno mental grave (TMG) que provenían de la Unidad de Salud Mental (USM) de Vinaròs (Castellón) y del Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS) de la misma localidad. De los cuales 18 fueron hombres (85%) y 3 mujeres (15%). Las edades oscilaron entre los 22 y los 56 años (M=42,90). Todas las personas participantes tienen asignadas en su Programa Individual de Rehabilitación (PIR) un tratamiento rehabilitador estructurado en diversas áreas y talleres semanales.

Instrumentos

Para la valoración de la efectividad del programa, se han incluido instrumentos que miden composición corporal, condición física, así como otros que evalúan el funcionamiento social, muy utilizados en diversos estudios que tienen que ver con el Trastorno Mental Grave, junto con un registro de asistencia. A continuación, se describen los mismos:

Medición de la composición corporal. La composición corporal indica que está formado por materiales similares a los que se encuentran en los alimentos. En el caso de un hombre joven sano de unos 65 kg de peso está formado por unos 11 kg de proteína, 9 kg de grasa, 1 kg de hidratos de carbono, 4 kg de diferentes minerales, 40 kg de agua y una cantidad muy pequeña de vitaminas²⁴. El análisis de la composición corporal determina qué parte de tu cuerpo es grasa y cuál no lo es, lo que ayuda a diseñar la estrategia de un plan deportivo y nutricional en función de la necesidad de perder grasa, construir músculo o ambos. En el presente estudio se ha empleado para la recogida del peso una báscula TANITA BC-730. Se trata de un monitor corporal que utiliza la tecnología de análisis de impedancia bioeléctrica (BIA) de TANITA para garantizar un alto nivel de precisión. La impedancia bioeléctrica se utiliza para el cálculo del agua total del cuerpo, masa grasa y masa libre de grasa. Este método se basa en el principio de que la conductividad del agua del cuerpo varía en los diferentes compartimentos, así este método mide la impedancia a una pequeña corriente eléctrica aplicada a medida que pasa a través del cuerpo²⁵. Así obtuvimos lecturas de Peso, % Grasa corporal, Masa muscular, Complejión Física, Masa ósea, Grasa visceral, y Edad metabólica.

Escala GENCAT de calidad de vida²⁶. Instrumento de evaluación objetiva diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo²⁷. Evalúa el bienestar emocional, el bienestar físico, el bienestar material, las relaciones interpersonales, la inclusión social, el desarrollo personal, la autodeterminación y los derechos. Baremación de las puntuaciones estándar (M= 10; DT= 3) de cada dimensión de Calidad de Vida, percentiles e Índice de Calidad de Vida.

Escala de autoestima de Rosemberg²⁸. La escala explora la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Cuenta con 10 ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos (ejemplos, sentimiento positivo: “creo que tengo un buen número de cualidades” sentimiento negativo: “siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí”). Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”²⁹.

Escala Senior Fitness Test (SFT)³⁰. Este instrumento ayuda a al examinador a evaluar los componentes clave de la fuerza, flexibilidad, velocidad, destreza, resistencia y equilibrio, agilidad, tiempo de reacción y potencia. La SFT incluye fuerza de la parte superior del cuerpo, flexibilidad de la parte superior del cuerpo, fuerza de la parte inferior del cuerpo, flexibilidad de la parte inferior del cuerpo, prueba de 8 pies y 6MWT. Los seis componentes de esta prueba tienen una buena fiabilidad y validez³¹.

Registro de asistencia. Registro diseñado para la presente investigación donde se anotaba la asistencia o no de los participantes a cada sesión.

Valoración de satisfacción con la actividad. Registro de autopercepción diseñado para la presente investigación donde los participantes valoraban antes y después de cada sesión el grado de satisfacción con la actividad, y consigo mismo.

Procedimiento

Este estudio se ha realizado con un grupo de personas mayores de edad con TMG, que no consumen tóxicos y necesitan apoyo comunitario para reincorporarse en la comunidad.

El objetivo de este estudio es comprobar si el ejercicio físico puede ser una estrategia terapéutica efectiva para mejorar la función física en personas con TMG. Es decir, aplicar un programa de salud que fomente un ejercicio específico que mejorará la condición física general de los participantes, aumentará la autoestima y

como consecuencia mejorará la percepción de calidad de vida.

Por lo que objetivos subyacentes a este programa son establecer hábitos de vida saludables, mejorar rutinas de descanso, aumentar la autoestima, mejorar la calidad de vida, fomentar la socialización. Además, vinculado al propio ejercicio físico, se pretende conseguir reducir el peso, aumentar el nivel de intensidad/esfuerzo en las actividades deportivas, mejorar la condición física de los participantes y las principales capacidades físicas (fuerza, velocidad, resistencia y flexibilidad).

El programa consta de 16 sesiones, a razón de dos por semana de 1h de duración cada una, con un total de 8 semanas de ejercicio físico efectivo para mejorar el estado de salud física, emocional y el bienestar percibido de pacientes con TMG. Dichas sesiones de fitness siguieron una metodología concurrente con combinación de ejercicios de fuerza y capacidad aeróbica, así como una estructura y planteamiento de sesión altamente motivador.

Las sesiones se inician con un calentamiento completo con ejercicios de movilidad estática y dinámica, seguidos de una combinación de ejercicios de fuerza y aeróbicos, así como actividades con cierta exigencia cognitiva, buscando el estímulo integral de la persona.

Todos ejercicios van a ir encaminados a desarrollar las habilidades motrices básicas:

1. Locomotrices: Andar, correr, saltar, variaciones del salto, galopar, deslizarse, rodar, pararse, botar, esquivar, caer, trepar, subir, bajar.
2. No locomotrices: Su característica principal es el manejo y dominio del cuerpo en el espacio, pero no se realiza ninguna locomoción, lo ejemplos que podemos encontrar son: balancearse, inclinar-se, estirarse doblarse, girar, empujar, levantar, tracciones, colgarse, equilibrarse.
3. De manipulación y contacto de objetos: podemos encontrar los siguientes movimientos, recepcionar, lanzar, golpear, atrapar, rodar, driblar.

Y las capacidades condicionales físicas básicas son fuerza, resistencia, flexibilidad, velocidad y destreza.

Análisis de datos

Todos los participantes en el estudio, están vinculados en mayor o menor medida a los programas de rehabilitación psicosocial del CRIS (Centro de rehabilitación e inserción social) dónde participan entre otros de programas de actividad física.

La participación en el programa es libre y cabe destacar que conlleva un coste económico para sufragar los gastos derivados de la actividad profesional, uso de material e instalaciones etc... así como un desplazamiento en vehículos propios o transporte público dos veces a la semana para asistir a las sesiones.

En un primer momento se realiza una evaluación inicial de las personas que intervienen en el estudio. Se dividen los participantes en dos grupos: G1 (grupo experimental) formado por los participantes que posteriormente llevarán a cabo el programa específico de entrenamiento y G2 (grupo control) aquellos que mantendrán la dinámica de actividad habitual descrita en su PIR. Esta división de los grupos no se lleva a cabo de forma aleatoria, sino que los participantes se inclinan por un grupo u otro en base a su motivación previa y a su propia elección. El total de los dos grupos de participantes son 21 personas (n=21).

El grupo experimental (G1): Estaba formado por 11 personas usuarias del CRIS motivadas por el interés en la realización de más ejercicio físico e interesadas en mejorar su condición física. Dichas personas decidieron participar en la propuesta de actividad de entrenamiento de fuerza- funcional en el gimnasio Fitness One de Benicarló.

El grupo control (G2): Estaba formado por 10 personas en cuyos itinerarios de rehabilitación se contempla los objetivos de mejora física y participan semanalmente en una o dos actividades de movilidad corporal en el CRIS bajo las indicaciones del educador social.

A ambos grupos y durante todo el estudio, se les facilitaron propuestas de mejora de la alimentación y fomento de vida saludable, así como se facilitó el apoyo de las familias de referencia y la generalización de hábitos.

Además, se ha cuantificado el tamaño del efecto para conocer el grado de dependencia entre las variables (se ha trabajado con el estadístico fijado para esta prueba no paramétrica: r para Wilcoxon). Los análisis fueron realizados con el programa estadístico SPSS versión 22.0.

RESULTADOS

En una primera evaluación a las 21 personas participantes y atendiendo al IMC, se observa que el 49% de los sujetos evaluados presenta obesidad, el 10% obesidad mórbida, el 24% sobrepeso, y sólo el 17% se mantiene en normo peso. A su vez los índices de grasa corporal en el 80% de los participantes en el estudio, señalan obesidad (+28% de grasa corporal).

Todo esto, arroja un promedio de estimación de complexión física en el grupo estudiado categorizado como obeso (exceso de grasa con niveles estándar de musculatura), lo que puede conducir a problemas de salud muy graves.

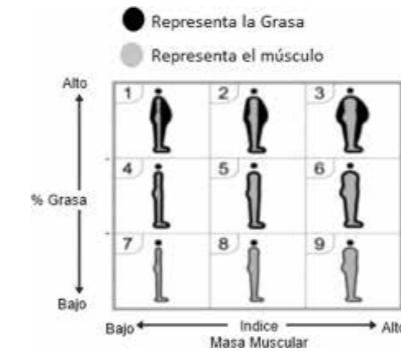


Imagen extraída del propio fabricante de la báscula.

Además, conscientes de ello, todos los participantes en el programa con ese exceso de grasa, manifiestan tener como objetivo prioritario, perder peso.

Diferencias entre el post y el pre

Se detectan ligeras diferencias tanto en el grupo control como en el grupo experimental en cuanto a la disminución del peso y al IMC. Sí se observa un aumento en la variable % musc. de un 5 % en el grupo experimental, frente a un 2 % del grupo control. También se aprecia una importante disminución en la variable % grasa, disminuyendo un 7 % en el grupo experimental, frente al 5 % del grupo control.

En la complexión también se observa una importante variación de un aumento de 1 punto en el grupo control, frente al ligero 0,2 del otro grupo.

En cuanto al test de Rosemberg, no hay datos significativos.

A tenor de los datos obtenidos, observamos que la valoración respecto a la autoestima no ha variado con esta horquilla temporal de 8 semanas. Probablemente es muy poco tiempo para esta variable se modifique, pero si hemos observado cambios en la motivación intrínseca

Se observa un incremento medio de 3 puntos a lo largo de las sesiones (en una escala de medición propia de satisfacción con el desarrollo de la actividad y de uno mismo de 1-10) que pensamos puede afectar positivamente a la autoestima, ya que sabemos que la autoestima varía en función de la experiencia de las personas.

Si el grupo valora positivamente la experiencia, cabe esperar efectos positivos en su autoestima, aunque no hayan sido detectados por su sutileza a tan corto plazo.

Tabla 1. Coeficiente correlación IMC y % musc. (elaboración propia).

	Columna 1	Columna 2
Columna 1	1	
Columna 2	0,35697827	1

Tabla 2. % grasa y complejión (elaboración propia)

RESUMEN	Cuenta	Suma	Promedio	Varianza
Fila 1	2	95,8	47,9	1085,78
Fila 2	2	59,2	29,6	1171,28
Fila 3	2	96,2	48,1	633,68
Fila 4	2	91,2	45,6	1076,48
Fila 5	2	84,6	42,3	968
Fila 6	2	112,3	56,15	1830,125
Fila 7	2	84,8	42,4	380,88
Fila 8	2	112,5	56,25	2003,445
Fila 9	2	91,3	45,65	894,645
Fila 10	2	87	43,5	557,78
Fila 11	2	78,8	39,4	1132,88
Columna 1	11	744,7	67,7	118,876
Columna 2	11	249	22,6363636	48,5585455

Tabla 3. Análisis de varianza de dos factores con una sola muestra por grupo (elaboración propia)

ANÁLISIS DE VARIANZA				
Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F
Filas	1108,39273	10	110,839273	1,95845461
Columnas	11169,0223	1	11169,0223	197,349032
Error	565,952727	10	56,5952727	
Total	12843,3677	21		

Tabla 4. Calidad de Vida (en percentil) grupo experimental.

PRE	CV	POST	CV
p1	16	p1	9
p2	38	p2	57
p3	97	p3	98
p4	38	p4	89
p5	16	p5	83
p6	69	p6	73
p7	25	p7	84
p8	62	p8	75
p9	57	p9	71
p10	67	p10	21
p11	21	p11	11
Promedio	46	Promedio	61

Tabla 5. Calidad de Vida (en percentil) grupo control.

PRE	CV	POST	CV
g1	2	g1	3
g2	25	g2	25
g3	45		
g4	9		
g5	95	g5	95
g6	33	g6	38
g7	29	g7	84
g8	79	g8	45
g9	45		
g10	53		
g11	91	g11	92
g12	6	g12	40
g13	33	g13	40
g14	75	g14	75
Promedio	44	Promedio	54

Finalmente, en cuanto al análisis de la calidad de vida, se observa una clara mejora en los participantes del grupo experimental frente a los participantes del grupo control. Son 7 puntos de diferencia en promedio, lo cual indica esa percepción en cuanto a la mejora en la calidad de vida. Si bien es cierto, hay 4 participantes en el grupo control que abandonan el estudio, lo cual nos reafirma en los datos obtenidos.

DISCUSIÓN

Tras 8 semanas de realización del programa se encuentran mejorías significativas, particularmente en el grupo experimental, en variables que tienen que ver con la pérdida de masa grasa y el aumento de masa muscular. Como resultante de estas variables, se mejora la complejión física general. Todo esto, al fin y al cabo, redundará en una mejora en la salud de las personas usuarias y en su calidad de vida. Lo mismo ha ocurrido con los cambios en la percepción de la calidad de vida valorada antes y después del experimento. Se observa cómo ambos grupos han mejorado en cuanto a la percepción de calidad de vida (cabe destacar que el programa se desarrolló en época estival que podemos pensar es una época del año donde el ánimo mejora "per se"), pero en el caso del grupo experimental dicho aumento ha sido de un 40% mayor que en el grupo control.

Destacar que, concretamente en el indicador de "bienestar físico" en el caso del grupo control la percepción es inferior tras las 8 semanas, mientras que en el grupo experimental se percibe un aumento del bienestar físico percibido.

Además se destaca un aumento mayor en el grupo experimental en los factores "relaciones interpersonales" y "bienestar emocional".

En este sentido, en coherencia con lo defendido por numerosos autores sobre los beneficios que se derivan de la práctica programada y regular de ejercicio físico, estas mejorías son más significativas en aquellas personas que asistieron al programa experimental de forma regular.

Aún así, las diferencias que se aprecian son mínimas debido al poco tiempo de entrenamiento, y cabe esperar diferencias más significativas en programas más extensos.

La aceptación del programa entre los participantes también fue elevada, hecho observable por:

- Elevada asistencia (92% de participación media del grupo) a pesar de las dificultades por transporte, dificultades económicas, y condicionantes propios de la enfermedad mental grave y crónica.
- Las únicas faltas de asistencia durante el desarrollo del programa se produjeron por causas de fuerza mayor.
- Demanda, del 100% de los participantes del grupo experimental, de continuidad del programa a la finalización del mismo, además de la demanda expresa de participantes pasivos (grupo control) de participar en el programa en futuras ediciones.

- Todos los participantes del grupo experimental, han verbalizado un alto grado de satisfacción.

En definitiva, se puede comprobar que el programa ESPECÍFICO DE ENTRENAMIENTO FÍSICO se ha mostrado eficaz para mejorar estas variables. Sin embargo, debido a la gran importancia que la actividad física aporta a esta población y las barreras frecuentes que se encuentran para su realización, sería conveniente seguir investigando los beneficios que programas de este tipo aportan a estas personas, así como solventar las limitaciones de este estudio.

También sería muy importante ampliar la muestra, no sólo con usuarios de Vinaròs o de recursos ambulatorios, sino también de otras regiones y tipología de recursos para comprobar la validez de los resultados.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos, se pueden extraer diferentes conclusiones. La primera de ellas es que el desarrollo de un programa de actividad física en personas con TMG es un componente muy importante de cara a su salud física. De este modo, parece importante fomentar este tipo de programas en los programas habituales de rehabilitación social con estas personas usuarias.

Por otro lado se verifica cómo, a pesar de las dificultades que presentan las personas con TMG a nivel físico, se obtienen sin embargo mejoras importantes a las pocas semanas de realizar el programa, con lo que se pueden observar ya beneficios a corto/medio plazo. Esas mejoras se producen no sólo en el plano físico sino que también en el plano emocional y de percepción de calidad de vida.

Límites en el estudio

En la realización de este programa nos hemos encontrado con una serie de hándicaps que han dificultado el proceso y que en futuras ocasiones se deberían resolver o minimizar en la medida de lo posible, como ha sido, participantes que caen del estudio por ingresos, o desestabilización clínica. No olvidemos que la población diana se encuentra en situación activa de tratamiento por enfermedad crónica, que en ocasiones puede presentar brotes y/o recidivas.

Además, la falta de continuidad en el programa por condicionantes económicos, traslado hasta el lugar de realización de la actividad, y otras circunstancias personales, puede trabar la evolución del programa.

Como punto a mejorar, destacar la posibilidad en un futuro estudio, ampliar la valoración al plano cognitivo pre y post, ya que, tras la mejora en los ámbitos físicos y relacionales de los participantes en el grupo experimental, cabría la posibilidad de que se pudiera observar mejoría en las capacidades cognitivas.

Además, existe un factor no aleatorio en la elección del grupo, ya que elegir en qué grupo estar puede condicionar el resultado. Esta división de los grupos no se lleva a cabo de forma aleatoria, sino que los participantes se inclinan por un grupo u otro en base a su motivación previa y a su propia elección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tabanera T. Análisis de la efectividad de una intervención deportiva practicada en un centro de rehabilitación psicosocial en personas con trastorno mental grave. Universitat Jaume I 2019 <http://hdl.handle.net/10234/186221>
2. Huizing E, Padilla L, Fernández L, Jimeno V, Zurita I, Muñoz J, de la Fuente R. Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave: análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física. Sevilla. Consejería de Salud 2011
3. Mullor D, Gallego J, Cangas AJ, Aguilar-Parra JM, Valenzuela L, Mateu JM, López-Pardo A. Efectividad de un programa de actividad física en personas con trastorno mental grave. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Universidad Autónoma de Madrid 2017; 17(67):507-520
4. Alcantara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. Revista Universitaria de Investigación 2008; 9(1):93-107 Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
5. APA. Camino a la resiliencia. American Psychological Association 2011 <https://www.apa.org/topics/resilience/camino>
6. NIME. El cuidado de la salud mental. National Institute of Mental Health 2022 <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/espanol/el-cuidado-de-su-salud-mental/el-cuidado-de-su-salud-mental>
7. OMS. Mental health: strengthening our response 2022 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
8. Coffey VG, Hawley JA. Concurrent exercise training: do opposites distract?. The Journal of physiology 2017; 595(9):2883-2896.
9. Vancampfort D, Probst M, Helvik L, Catalán-Matamoros D, Lundvik-Gyllensten A, Gómez-Conesa A. Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. Phys Ther 2012; 92(1):11-23. DOI: <https://doi.org/10.2522/ptj.20110218>
10. Marqués D. Efectos del fútbol en el proceso de recuperación de personas con trastorno mental grave. Universidad de Valencia 2023
11. Friedrich B, Mason OJ. Applying Positive Psychology Principles to Soccer Interventions for People with Mental Health Difficulties. Psychology, 2018; 9(3). ISSN Online: 2152-7199
12. Górczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004412.pub2>
13. Stubbs B, et al The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. The Lancet Psychiatry 2019 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4)
14. OMS. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization 2012. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
15. Gallego JM, Valmisa E. Principales cambios diagnósticos de la CIE-11 en los trastornos afectivos. Psiquiatría.com 2021; 25.
16. Masand PS, Blackburn GL, Ganguli R, Goldman LS, Gorman J, Greenberg I, et al. Weight gain associated with the use of antipsychotic medications. Journal of Psychiatry Audiograph 1999; 2
17. Umbricht DSG, Pollack S, Kane JM. Clozapine and weight gain. The Journal of Clinical Psychiatry 1994; 55(Suppl B):157-160
18. Beguiristain A. Efectos del Deporte y Actividad Física en Personas con Esquizofrenia. NeuroRehabNews 2021. <https://doi.org/10.37382/nnr.Octubre.2019.547>
19. Davidson M. Risk of cardiovascular disease and sudden death in schizophrenia. Journal Clin Psychiatry 2012; 63: 511
20. Grundy S, Cleeman J, Merz N, Brewer H, Clark L, Hunninghake D. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education, Arterioscler Thromb Vasc Biol 2004; 24:149-61
21. Bralet M, Yon V, Loas G, Noisette C. Cause of mortality in schizophrenic patients: prospective study of years of a cohort of 150 chronic schizophrenic patients. Encephale 2000; 26:32-41
22. Allison D, Fontaine K, Heo M, Mentore J, Cappelleri J, Chandler L. The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia. Journal Clin Psychiatry 1999; 60:215-20
23. Battaglia G, Alesi M, Inguglia M, Roccella M, Caramazza G, Bellafiore M, Palma A. Soccer practice as an add-on treatment in the management of individuals with a diagnosis of schizophrenia. Neuropsychiatric disease and treatment 2013; 9: 595-603.
24. Carbajal A. Tablas de composición de alimentos. Guía de prácticas. 20 ed. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, SA). 20ª ed. revisada y ampliada 2022. ISBN: 978-84-368-4657-7.
25. Costa O, et al. Métodos de evaluación de la composición corporal: una revisión actualizada de descripción, aplicación, ventajas y desventajas. Arch Med Deporte 2015; 32(6):387-394
26. Verdugo MA, Arias B, Gómez LE, Schalock RL. Escala GENCAT: manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida 2009. ISBN 9788439379287
27. Schalock RL, Verdugo MA. Quality of life for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation [traducido al castellano por M. A. Verdugo y C. Jenaro. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza] 2002/2003
28. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C, Rosenberg F. Global self-esteem and specific self-esteem. Amer Socio 1995; 60:141-56.
29. Rojas-Barahona C, Zegers B, Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev Méd Chile 2009; 137:791-800. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>
30. Rikli R, Jones, C. (2001) Senior fitness test manual. Estados Unidos de América. Human Kinetics.
31. Naushin Q, Shweta M, Annamma V. Physical fitness in community dwelling elderly and institutionalized elderly using senior fitness test (SFT). Int J Physiother 2017; 4(3):152-159



YONOMBENZO: UNA ESTRATEGIA COMUNITARIA EN MOLINA DE SEGURA PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE BENZODIACEPINAS

YONOMBENZO:

A COMMUNITY STRATEGY IN MOLINA DE SEGURA FOR THE PREVENTION OF
BENZODIAZEPINE CONSUMPTION

Autores:

Jorge Lahoz-Cazón. Psicólogo Sanitario. Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial.

Isabel Contreras-Cano. Psicopedagoga, Educadora Social. Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial.

RESUMEN

El consumo de benzodiazepinas en España se ha incrementado significativamente en las últimas décadas, convirtiéndose para los organismos sanitarios en una preocupación de salud pública. Es particularmente preocupante en la población juvenil, donde el 5% de las personas jóvenes españolas han utilizado benzodiazepinas en el último año, con un uso predominante en contextos no médicos. Esta tendencia subraya la importancia de programas educativos y preventivos dirigidos a esta franja de edad, ya que las personas jóvenes son especialmente vulnerables a los efectos adversos y a la dependencia.

Este escenario, donde parece que se ha “medicalizado la vida”, es lo que ha impulsado el desarrollo y la implementación del Programa Comunitario YoNoMeBenzo en Molina de Segura (Murcia). Este programa surge como propuesta del Consejo Municipal de Salud del Excmo. Ayuntamiento de Molina de Segura y se realiza en colaboración con la Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial, la red de farmacias comunitarias de Molina de Segura y los Centros de Salud de Atención Primaria del municipio. El programa se basa en una estrategia comunitaria sólida, que incluye la colaboración de diversos actores públicos, sociales, sanitarios, así como el tejido asociativo local.

Palabras clave: Benzodiazepinas, clonacepam, loracepam, medicalización, salud mental, programas comunitarios, ansiedad, insomnio, estrés, adicción, prevención, dependencia.

ABSTRACT

Benzodiazepine consumption in Spain has increased significantly in recent decades, becoming a public health concern for health organizations. It is particularly worrying in the youth population, where 5% of young Spanish people have used benzodiazepines in the last year, with a predominant use in non-medical contexts. This trend underlines the importance of educational and preventive programs aimed at this age group, since young people are especially vulnerable to adverse effects and dependence.

This scenario, where life seems to have been “medicalized”, is what has driven the development and implementation of the YoNoMeBenzo Community Program in Molina de Segura (Murcia). This program arises as a proposal from the Municipal Health Council of the City Council of Molina de Segura and is carried out in collaboration with the Murcian Association for Psychosocial Rehabilitation, the network of community pharmacies in Molina de Segura and the Primary Care Health Centers of the municipality. The programme is based on a solid community strategy, which includes the collaboration of various public, social and health actors, as well as the local associative network.

Keywords: Benzodiazepines, clonazepam, lorazepam, medicalization, mental health, community programs, anxiety, insomnia, stress, addiction, prevention, dependence.

INTRODUCCIÓN

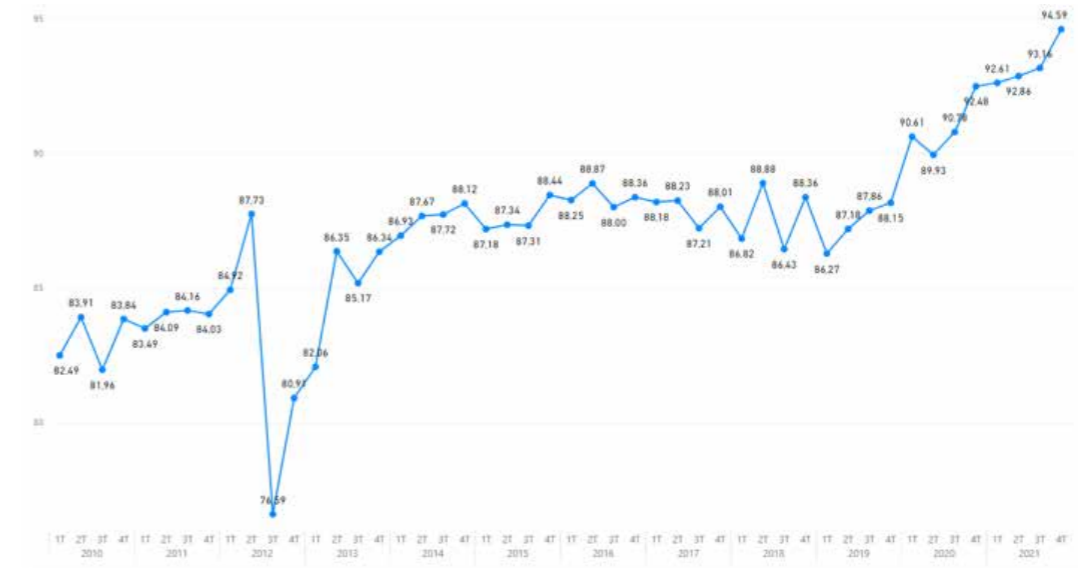
El consumo de benzodiazepinas en España se ha incrementado significativamente en las últimas décadas¹, convirtiéndose para los organismos sanitarios en una preocupación de salud pública. De hecho, España es uno de los países con mayor consumo de benzodiazepinas para la resolución de situaciones cotidianas que pueden producir estrés, ansiedad o insomnio, con un consumo de benzodiazepinas de 96 Dosis por 1000 Habitantes Día (DHD), según el último informe publicado por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes en marzo de 2023.

Los datos ponen de manifiesto el incremento de consumo año tras año, y más significativamente en los últimos años, tras la pandemia Covid 19, destacando el aumento del fármaco diazepam en un 110%.

En este contexto, es importante tener presente que la Organización Mundial de la Salud, en 1996, ya estableció la recomendación de no superar la dosis de 40 DHD.

Las benzodiazepinas son prescritas con frecuencia, siendo utilizadas principalmente para tratar la ansiedad y el insomnio, de hecho, su consumo se ha normalizado, hasta el punto que alto consumo por parte de la población nos sugiere que pueden ser utilizada como una solución de primera línea para problemas de ansiedad y sueño. Las estadísticas^{2,3} revelan que en España cerca de 4 millones de personas han consumido benzodiazepinas en algún momento del último año. De esta población, una proporción significativa no sigue las recomendaciones médicas en cuanto a dosis y duración del tratamiento, lo que aumenta el riesgo de dependencia y efectos secundarios graves como problemas cognitivos y caídas en personas mayores. Su uso prolongado y sin control adecuado puede llevar a la dependencia y a efectos adversos para la salud.

Según datos más recientes del Ministerio de Sanidad, aproximadamente el 11% de la población española consume benzodiazepinas. Este consumo de benzodiazepinas afecta a una amplia gama de personas, incluyendo adultos jóvenes, adultos de mediana edad y personas mayores, siendo especialmente prevalentes en mujeres, quienes tienen una mayor probabilidad de recibir prescripciones de benzodiazepinas en comparación con los hombres. Este hecho puede atribuirse a una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y trastornos del sueño en mujeres, así como a diferencias en las respuestas fisiológicas y psicológicas a estas sustancias.



DHD global de benzodiazepinas por trimestres 1T 2010 – 4T 2021. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios³

Es particularmente preocupante en la población juvenil, donde el 5% de las personas jóvenes españolas han utilizado benzodiazepinas en el último año, con un uso predominante en contextos no médicos. Esta tendencia subraya la importancia de programas educativos y preventivos dirigidos a esta franja de edad, ya que las personas jóvenes son especialmente vulnerables a los efectos adversos y a la dependencia.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, ha emitido repetidas alertas sobre la necesidad de limitar el uso de estas sustancias a corto plazo y bajo supervisión médica estricta. A pesar de estas recomendaciones, el consumo inadecuado persiste, evidenciando la necesidad de intervenciones efectivas.



Fuente: Ministerio de Sanidad. Ficheros de facturación de recetas médicas CCAA (sin Mutualidades) INE: Población Padrón Municipal a 1 de enero de cada año⁴.

Este escenario, donde parece que se ha “medicalizado la vida”, es lo que ha impulsado el desarrollo y la implementación del Programa Comunitario YoNoMeBenzo en Molina de Segura (Murcia). Este programa surge como propuesta del Consejo Municipal de Salud del Excmo. Ayuntamiento de Molina de Segura y se realiza en colaboración con la Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial, la red de farmacias comunitarias de Molina de Segura y los Centros de Salud de Atención Primaria del municipio.

El programa se basa en una estrategia comunitaria sólida, que incluye la colaboración de diversos actores públicos, sociales, sanitarios, así como el tejido asociativo local.

PROGRAMA YONOMBENZO: ESTRATEGIAS Y TALLERES

El Programa YoNoMeBenzo se articula a través de diversas estrategias y talleres que tienen como objetivo prevenir, reducir y/o eliminar el consumo de benzodiazepinas mediante la educación, la psicoeducación, facilitación de recursos personales, así como la creación de redes de apoyo comunitarias. El programa destaca por su enfoque integral y colaborativo, involucrando al ayuntamiento, profesionales de la salud, organizaciones comunitarias y el tejido asociativo de Molina de Segura.

1. Escuela Municipal del Sueño

Uno de los pilares del programa YONOMBENZO es la Escuela Municipal del Sueño, diseñada para facilitar información a la población sobre hábitos saludables e higiene del sueño, así como alternativas no farmacológicas para manejar el insomnio.

La Escuela Municipal del Sueño no solo ofrece formación teórica, sino que también proporciona un espacio para compartir experiencias y estrategias entre los participantes, fomentando así una red de apoyo y solidaridad. El modelo de atención, que es transversal a todo el programa es el modelo centrado en la persona, que implica el desarrollo de un plan de atención individualizada que se concreta en al menos dos sesiones individuales, preferiblemente presenciales, aunque la metodología es flexible y se adapta a las necesidades de cada participante. Así como al menos tres sesiones grupales. De manera que la escuela municipal del sueño implica una intervención de al menos cinco sesiones, dos individuales y tres grupales.

2. Talleres de Psicoeducación (Mente en Equilibrio)

Con variación de nombres a lo largo del tiempo y actualmente bajo el nombre Mente en Equilibrio, este taller grupal aborda la gestión del estrés y la ansiedad a través de técnicas de relajación, mindfulness y terapia cognitivo-conductual.

También se realiza atención psicológica individual, para aquellos casos que requieran de esta atención, y talleres grupales donde se facilita información, herramientas y experiencias que sirven para las y los participantes tengan alternativas a las benzodiazepinas.

Se enfocan en técnicas de higiene del sueño, ejercicios de relajación y terapia cognitivo-conductual, para que adopten hábitos de sueño saludables y reducir la dependencia de las benzodiazepinas. Las personas usuarias en los grupos de autoayuda descubren que no son los únicos que se encuentran en esa circunstancia, facilitando ayuda mutua desde sus vivencias y recursos sociales y personales, es una experiencia única y muy enriquecedora para las y los participantes.

Estos talleres son esenciales para facilitar herramientas a los y las participantes de gestión emocional y facilitar alternativas ante el consumo de benzodiazepinas.

Cómo última y efectiva novedad se ha implementado para los usuarios y usuarias, una acogida, dónde en una primera entrevista presencial con los psicólogos del programa, se informa del contenido y se hace una primera vinculación para romper la resistencia inicial a la participación en los talleres grupales.

3. LocalizaSalud

LocalizaSalud⁵ es un componente importante del programa. Es una aplicación informática sencilla que pone el Ministerio de Sanidad a disposición de los municipios adheridos a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, para visibilizar y hacer accesible recursos y actividades que contribuyen a la salud y bienestar, facilitando tanto de la ubicación como de los recursos locales disponibles en Molina de Segura, cómo información precisa de cada actividad, cumpliendo con la función de facilitar activos en salud cómo estrategias no farmacológicas, conectando a los pacientes con recursos comunitarios, desde grupos de apoyo hasta actividades recreativas, que fomentan una vida más activa y saludable.

<https://localizasalud.sanidad.gob.es/5>

CONCLUSIONES

Impacto del Programa y Perspectivas Futuras

Desde su desarrollo e implementación, el programa YoNoMeBenzo ha demostrado ser una intervención al-

tamente efectiva para reducir el consumo de benzodiazepinas en Molina de Segura. A través de una serie de estrategias comunitarias, el programa está logrando involucrar a la población en actividades educativas y terapéuticas que promueven un uso más racional de estos medicamentos, así como a la comunidad sanitaria y farmacéutica, ya que son agentes principales en el desarrollo de este programa.

Uno de los logros más significativos lo encontramos en los datos comparativos con un municipio de control de características similares a los de Molina de Segura, que indican una disminución significativa en el uso de benzodiazepinas, lo que implicaría un menor riesgo de dependencia y efectos adversos asociados, así como también una mejora en la calidad de vida y bienestar psicológico de la ciudadanía.

Actualmente, el programa está consolidado como estrategia de salud comunitaria de Molina de Segura. En el año 2024 se crea un grupo de trabajo formado por profesionales de los siguientes ámbitos:

- Concejalía de Salud de Molina de Segura.
- Centros de Salud De Molina de Segura del Servicio Murciano de Salud.
- Red de Farmacias de Molina de Segura y Colegio Oficial de Farmacéuticos.
- Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial (ISOL), que pone a disposición del programa un equipo de trabajo formado por una coordinadora y dos psicólogos sanitarios.

En este marco, el programa se ve reforzado por la colaboración activa entre profesionales de la salud, médicos/as y enfermeros/as de atención primaria, todas las farmacias del municipio (18), asociaciones locales, el ayuntamiento y la comunidad en general. Esta colaboración ha permitido un enfoque multidisciplinario y holístico que aborda no solo los síntomas del consumo de benzodiazepinas, sino también sus causas subyacentes.

Mirando hacia el futuro, el grupo de trabajo YoNoMeBenzo, anteriormente señalado, desarrolla un plan de cuatro años, hasta 2027, generando un compromiso renovado para seguir evaluando rigurosamente, mejorando y adaptando las intervenciones a las necesidades cambiantes de la comunidad con el fin de mantener su efectividad y garantizar que sigan estando basadas en la evidencia.

Molina de Segura se perfila así, como un modelo destacado de cómo las iniciativas comunitarias pueden marcar una diferencia significativa en la salud pública, ofreciendo una hoja de ruta para otras localidades que enfrentan desafíos similares.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Informe anual 2022. Recuperado el 25 de marzo de 2023, de https://www.incb.org/documents/Annual_Reports/Annual_Report_2022/AR_2022_S.pdf.
2. Ministerio de sanidad, Medicamentos con capacidad adictiva: ansiolíticos e hipnosedantes. Datos y hechos sobre benzodiazepinas y otros ansiolíticos e hipnosedantes. https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/agoraDGPNSD/2023/Agora16/231010_XVI_AGORA_Cristina_Teruel.pdf.
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe consumo DHD global de benzodiazepinas por tiempo (trimestres), 2022.
4. Ministerio de sanidad, Medicamentos con capacidad adictiva: Datos y hechos sobre benzodiazepinas y otros ansiolíticos e hipnosedantes. Recuperado el 10 de junio de 2024, https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/agoraDGPNSD/2023/Agora16/231010_XVI_AGORA_Cristina_Teruel.pdf
5. LocalizaSalud <https://localizasalud.sanidad.gob.es/>
6. Organización Mundial de la Salud, WHO Programme on Substance Abuse. (1996). Rational use of benzodiazepines. World Health Organization.
7. Socidrogalcohol. (2019). Guía Socidrogalcohol. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.



EL SERVICIO DE PROMOCIÓN DE AUTONOMÍA PERSONAL (SPAP) EN GRAN CANARIA

THE PERSONAL AUTONOMY PROMOTION SERVICE (SPAP) IN GRAN CANARIA

Autores:

Gabriel Méndez-García¹, Elora González-Miranda¹, Sara García-Luján¹, Lorena González-Sastre¹, Nereinda Brito-Domínguez¹, Dunia Sánchez-Santana², Adonai J. Santos-López³.

¹Técnico Superior en Integración Social.

²Psicóloga.

³Trabajador Social.

RESUMEN

El Servicio de Promoción de Autonomía Personal (SPAP), inicialmente conocido como Atención Domiciliaria Especializada (ADE), se estableció en 2018 para atender a personas con Trastornos Mentales Graves (TMG). Se inició con perfiles profesionales con experiencia en diversos programas de salud mental. Desde su inicio, el SPAP ha priorizado la voluntariedad y el respeto en sus intervenciones domiciliarias, reconociendo siempre la sensibilidad de este entorno íntimo. Se centra en el desarrollo de Planes Individualizados de Rehabilitación y en la colaboración con recursos comunitarios para promover la seguridad y autonomía de los usuarios. El servicio se distingue por su temporalidad, con un enfoque en la evolución de los usuarios hacia la independencia, evitando la cronificación de la intervención. Los usuarios participan activamente en su proceso de recuperación, comprometiéndose con las intervenciones semanales y adquiriendo herramientas para mejorar su calidad de vida. El SPAP también se enfoca en la prevención de ingresos hospitalarios, detectando pródromos con prontitud y promoviendo la identificación de señales de alerta por parte de los usuarios. Testimonios de los usuarios destacan el impacto positivo del servicio en su bienestar emocional y en la adquisición de habilidades para la vida diaria.

Palabras clave: Servicio de Promoción de Autonomía Personal (SPAP), Trastornos Mentales Graves (TMG), Atención Domiciliaria Especializada (ADE), voluntariedad, respeto, planes de rehabilitación, recursos comunitarios, temporalidad, independencia, participación activa, prevención de ingresos hospitalarios, pródromos, bienestar emocional, habilidades para la vida diaria.

ABSTRACT

The Personal Autonomy Promotion Service (SPAP), initially known as Specialized Home Care (ADE), was established in 2018 to care for people with Serious Mental Disorders (SMI). It began with professional profiles with experience in various mental health programs. Since its inception, SPAP has prioritized voluntariness and respect in its home interventions, always recognizing the sensitivity of this intimate environment. It focuses on the development of Individualized Rehabilitation Plans and collaboration with community resources to promote the safety and autonomy of users. The service is distinguished by its temporality, with a focus on the evolution of users towards independence, avoiding the chronification of the intervention. Users actively participate in their recovery process, committing to weekly interventions and acquiring tools to improve their quality of life. The SPAP also focuses on the prevention of hospital admissions, detecting prodromes promptly and promoting the identification of warning signs by users. Testimonials from users highlight the positive impact of the service on their emotional well-being and the acquisition of skills for daily living.

Keywords: Personal Autonomy Promotion Service (SPAP), Serious Mental Disorders (SMI), Specialized Home Care (ADE), voluntariness, respect, rehabilitation plans, community resources, temporality, independence, active participation, prevention of hospital admissions, prodromes, well-being emotional, daily living skills.

HISTORIA

El Servicio de Promoción de la Autonomía Personal (SPAP), dedicado a personas con Trastornos Mentales Graves (TMG), dio inicio el 23 de marzo de 2018, bajo el nombre original de ADE (Atención Domiciliaria Especializada). Esta iniciativa surgió de la colaboración entre profesionales con amplia experiencia en diversos programas de la Red de Salud Mental, como la Unidad de Tutelas y Curatelas, el Subprograma de Alojamiento Alternativo, Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial y Plan de Acceso al Empleo. La diversidad de conocimientos de nuestro equipo en programas relacionados con los TMG resultó crucial para emprender esta nueva empresa. Sin embargo, pronto nos dimos cuenta de que el aprendizaje constante y la disposición para abandonar antiguas prácticas eran igual de importantes que la experiencia acumulada.

Desde el principio, reconocimos la importancia de la apertura y la voluntariedad en la participación de las personas usuarias en el SPAP, dado que nuestro servicio se adentraba en el ámbito más íntimo, el de sus hogares. Conscientes de la sensibilidad de este espacio, nos propusimos mostrar el máximo respeto en cada intervención.

Por entonces, nos enfrentamos a la incertidumbre de lo que estaba por venir y aceptamos que debíamos adaptarnos a lo desconocido. Dada la naturaleza personal de nuestro servicio, era fundamental un enfoque centrado en el respeto y la colaboración voluntaria.

La credibilidad se convirtió en una prioridad, ya que nuestro objetivo era ofrecer una perspectiva psico-social que se integrara de manera experta con los recursos comunitarios, fomentando la seguridad y la autonomía de las personas en su

contexto de pertenencia.

En cuanto a la intervención, desde el inicio, el SPAP se distinguió por ser un servicio temporal. Al igual que otros programas, desarrollamos un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) con cada persona, con el objetivo de establecer metas y permitir que, llegado el momento, las personas usuarias continúen su camino sin depender de nuestro apoyo. Comprendimos la importancia de ser un programa que creyera en el proceso evolutivo de cada persona, comprometiéndonos a evitar la cronificación de la intervención y estando abiertos a considerar el alta de aquellos que hayan alcanzado sus objetivos. En cualquier caso, nos reconforta saber que nuestra puerta siempre estará abierta para quienes necesiten regresar.

A lo largo de nuestra evolución, hemos llegado a la conclusión de que somos un equipo humano que fomenta y proporciona las herramientas necesarias para que las personas aprendan a cuidar de sí mismas.

Contexto comunitario

El profesional está inmerso en la realidad de la persona usuaria, tratándose de unas intervenciones de mínima distancia. El contexto en el que se sitúa depende de muchos factores y situaciones, el profesional accede a domicilios, conoce la economía doméstica, interviene con la unidad familiar, observa si existe adecuada administración de medicación y adecuados seguimientos de citas con especialistas médicos, percibe la relación de la persona usuaria con el resto de la comunidad, contempla rutinas personales, así como averigua el manejo de los recursos públicos, entre otros. A través de este análisis de la realidad del contexto, se detectan también, diferentes necesidades que pueden no formar parte de las competencias del SPAP, en cuyo caso trabajamos en la línea de motivar y vincular con otros recursos presentes en la comunidad.

Los profesionales y sus Objetivos

Independientemente de cuál sea la vía por la que las personas llegan al SPAP, la primera intervención siempre se realiza con el fin de explicar en qué consiste el Servicio y las condiciones adheridas a él, momento en el que es de suma importancia hacerle a la persona la pregunta que lo comenzó todo: “¿qué podemos hacer por ti?”; esta pregunta no solo da a entender al individuo que su voluntad de participar es imperativa para nosotros, sino que también sienta las bases de las intervenciones, asegurándonos desde el principio que la persona sepa que sus deseos y preferencias son tenidos en cuenta a la hora de seleccionar los objetivos a trabajar, expresándole que, como no podría ser de otra forma, son los protagonistas de su propio proceso.

De esta manera, desde el primer contacto con el equipo ya se comienza a trabajar la alianza terapéutica. En la etapa inicial en la que priorizamos el construir esta alianza, la llamamos Fase de Alianza Terapéutica, cuya temporalidad varía según el ritmo que marque la persona, es decir, se respeta en todo momento el tiempo que requiera la persona para realizar los cambios deseados y la elección de dichos cambios; este respeto se mantiene a lo largo de toda la estancia de la persona en el SPAP, el rol del profesional en este caso es observar en función de la evolución, si es necesario retroceder en los objetivos, afianzarlos o avanzar a otro nuevo, pero es una realidad que una vez conseguida la alianza, se ha construido una confianza suficiente con la que es más plausible apoyar de una manera más cercana.

Desde nuestra perspectiva, consideramos que el mayor esfuerzo viene por parte de las personas usuarias, éstas forman equipo con sus Técnicos en Integración Social (TIS) de referencia, quienes dedican la mayor parte del tiempo a la atención directa.

Como es de esperar, cada profesional tiene su manera particular de trabajar, pero se rigen por una misma filosofía que nos sirve de paraguas bajo el cual todas las intervenciones ofrecen el mismo grado de calidad profesional. Las características principales que deben presentar cada TIS son: respeto y empatía, que resulta hasta redundante hacerlo ya que es una característica básica que empapa todas las tareas que se realizan en el SPAP; flexibilidad y ser resolutivo, para adaptarnos a los constantes cambios naturales que se dan en la dinámica del día a día de la persona y encontrar soluciones creativas a los problemas que nos podamos encontrar; humildad, entender cuál es nuestro cometido en la vida de las personas usuarias y no sobrevalorar la necesidad de nuestra presencia, muy al contrario, si algo tiene claro el equipo del SPAP es que la mejor señal de que estamos realizando un buen trabajo es que las personas ya no nos necesiten para continuar con su vida; profesionalidad, los integrantes del equipo están especializados en el colectivo de Salud Mental y continuamente siguen formándose y aprendiendo de su propia experiencia y la de sus compañeros, asimismo, toda intervención está planificada y guiada según unos objetivos, al término de ésta, es evaluada con una escala que contempla las distintas áreas de las que nacen dichos objetivos.

El papel del usuario

El usuario participa en el servicio a través de la derivación de los profesionales de las Unidades de Salud Mental, tras una valoración previa que trata de medir la voluntariedad de la persona a la participación de su propio proceso de recuperación, procedemos a la firma de su Contrato Terapéutico.

Las personas usuarias se comprometen a cumplir con las intervenciones que se les pautan semanalmente, en cualquier caso, nos mostramos absolutamente flexibles a la hora de cancelar la intervención por tener planes con su familia o alguna gestión o que no precise de acompañamiento.

Los usuarios y usuarias del SPAP, son los principales protagonistas, siempre serán partícipes de las actividades que se planteen o las gestiones que surjan. Por ejemplo: que realicen la compra, que realicen alguna gestión en el banco, que pidan sus citas médicas, etc., con apoyo o supervisión si así lo requieren.

Nuestro fin es el de proporcionar las herramientas que propicien la participación activa en su proceso de recuperación, lograr que sean lo más autónomos posible y aumentar la calidad de vida. Todo trabajo que realice el TIS forma parte siempre de un entrenamiento con objeto de alcanzar tales objetivos.

Las personas usuarias una vez adquieren las herramientas que se dotan en tales entrenamientos, son instauradas en su vida creando nuevos hábitos, que no tenían o que se perdieron en las diferentes áreas que trabajamos, como por ejemplo las Actividades Básicas de la Vida Diaria o las del Desarrollo de la Vida Diaria.

La motivación de los usuarios y usuarias juega un papel importante. En ocasiones, nos enfrentamos a la sintomatología negativa propia de los Trastornos Mentales Graves que suelen derivar en conductas tales como apatía, desgana, anhedonia, etc. Sin embargo, contamos con un equipo de profesionales que poseen habilidades que combinan a la perfección el respeto al ritmo y el trabajo incansable por el logro de objetivos. También, en determinados momentos, somos conscientes que debemos retroceder, volver a trabajar objetivos que ya se habían logrado, ello se debe a que la evolución de las personas no es lineal ni ascendente, sino que se traza sobre una línea de evolución involuación.

Uno de los logros del SPAP, de los más importantes, es evitar ingresos. Gracias a la alianza y el trabajo en el entorno más íntimo del usuario, conseguimos detectar pródromos con inmediatez. Esto junto a la estrecha comunicación con las USM y su rápida contención de la situación evita en la mayoría de los casos, que los usuarios y usuarias empeoren en su psicopatología. Del mismo modo, en aras de fomentar la autonomía, trabajamos la importancia de que las personas aprendan a identificar dichos pródromos, ya que, de cara al alta del servicio, sean ellos y ellas quienes informen sobre cómo se sienten en sus USM de referencia.

Por todo, el SPAP se define por ser un servicio temporal, por ello, una vez que alcanzamos y afianzamos los objetivos planteados en el PIR de cada persona nos vamos retirando de manera progresiva. Bajamos la intensidad del apoyo, pasamos a supervisión telefónica y si todo continúa adecuadamente, se procede al alta por objetivos alcanzados.

Gracias al dinamismo de estas altas, continuamente se generan nuevas plazas, bien para usuarios nuevos o para usuarios que precisan retornar. Todo esto en favor de una gran reducción en las listas de espera en caso de haberlas.

No queremos dar por finalizado este artículo sin antes dar voz a los verdaderos protagonistas que conforman el SPAP, consideramos que no hay mejor descripción del Servicio que el que pueden hacer las personas que participan en él, por esta razón hemos querido recoger sus opiniones y presentarlas aquí. Hemos preguntado a las personas usuarias: ¿Qué te aporta el SPAP? Estas son algunas de sus respuestas:

L. A. C.: "Saca de mi aquello bueno que pensé que había perdido y estabilidad."

F. P. M.: "Nunca fallas, siempre estás conmigo y no me siento sola, siempre hay comida y dinero en casa, gracias al SPAP."

R. J. S.: "Me siento acompañada, sacas sonrisas y me siento bien."

M. C. C. L.: "Me aporta salir a la calle, coger confianza para salir sola y no desconfiar, tengo menos miedo a la vida y me he atrevido a coger la guagua sola."

B. G. M.: "Compañía diferente, comprensión ante mi situación sin juzgarme, contigo aprendí a ser autónoma en la cocina porque no tengo a nadie más."

G. R. G.: "Me dan vida, me hacen sobrevivir. Ya no me veo viviendo sola sin compañía ni monitor. Me aportan la alegría de los monitores y contagian positividad."

J. F. T. S.: "Gratitud. Compañía y contagian alegría."

N. V. R. C.: "Una labor inmensa. Muy agradecido, una salvación. Me dan disciplina y me han ayudado en todo. Me aportan compañía y me motivan."

C. S. O.: "Estoy contenta cuando salgo y es bueno para mí."

S. D.: "Distracción, y he conseguido limpiar la habitación solo y coger la guagua."

D. V. T.: "Me ayuda a distraerme y a relacionarme con la gente."

A. R. R.: "Me aporta salidas de ocio e integración social."

A.C. O.: "Ganas de levantarme, caminar, motivación y apoyo."

M. L. G. R.: "Mucha gratitud, atención, mucho apoyo. Me ha beneficiado mucho al contar mis problemas, he recibido mucha atención."

U. A. A.: "Salir por ahí, hablar y distraerse."

C. S. C.: "Seguridad y confianza."

E. P. B.: "Es bueno, me ayuda a salir de la casa."

E. M. M.: "Estoy agradecido y me ayudaron en mi recuperación."

C. M. J.: "Acompañamiento y apoyo."

R. E. H. A.: "Me han dado compañía, sentirme bien cuando están a mi lado, seguridad, pero no siempre, porque no me agarras. He conseguido ir sola en guagua y puede ser porque no me has agarrado."

K. D. N. M.: "Me siento seguro cuando estoy contigo, comprendido, me haces sentir mucha felicidad y buen rollo, hacen que salga de casa."

M. F. M.: "Me hacen sentir bien, se preocupan por mí, siempre están pendiente de que me ponga el inyectable, me siento muy agradecido de que estén conmigo".

R. S. G.: "Me han ayudado a arreglar papeles, nos hemos pegado nuestros cortados, compañía, que me hagas reír, animarme a ir al inyectable, me siento muy bien contigo y con todos los que han pasado, me has ayudado a que no cometa ninguna locura, te considero algo más que una trabajadora, eres muy importante en mi vida, me siento feliz de que estén en mi vida."

G. B. R. N.: "Me siento muy bien contigo, me divierto mucho, me ayudas a subir mi autoestima."



FRANCO ROTELLI (In Memoriam)

Si hay una figura significativa de la gran reforma conceptual propuesta por la psiquiatría italiana de la postguerra, justo al lado de Franco Basaglia, su icono fundamental, es Franco Rotelli.

Rotelli nació en 1942, casi 20 años después de Basaglia. Era hijo de una familia con tradición de fuerte sensibilidad social. Su padre, Pietro, se había significado en la postguerra italiana como líder de cooperativas de pequeños agricultores. Rotelli, como Basaglia, estudió medicina en Padua, y se especializó en psiquiatría.

Su primer puesto como responsable de una institución fue en 1969, a la edad de 27 años, como director del Hospital Psiquiátrico Judicial de Castiglione, con 100 internos, convictos de graves crímenes. Es lo que yo llamaría comenzar fuerte.

Desde el principio mostró una clara iniciativa transformadora, orientada confesamente, al igual que la de Basaglia, por la idea de Maxwell Jones de Comunidad Terapéutica. Los que conocieron su desempeño en Castiglione relatan que destacó su determinación en mejorar las condiciones de vida de los internos, incluso favoreciendo medidas que aumentaban su grado de libertad, sin dejar de apelar también a su responsabilidad. Describen otra interesante característica de su modo de trabajar, que vino a ser una constante en el estilo de Rotelli como gestor: su extraordinaria habilidad para crear condiciones de buena colaboración con otros profesionales o instituciones. En este caso, en una quizás improbable buena sintonía con el Magistrado responsable de la vigilancia de la entidad. Esta experiencia debió llamar la atención de Basaglia, entonces ya una figura significativa de la incipiente reforma psiquiátrica italiana. Basaglia, tras su breve e intensa experiencia en Gorizia, desde su cargo de entonces en la provincia de Parma, lo llamó para colaborar con él como director del hospital psiquiátrico.

Cuando en 1973 el político democristiano Michele Zanetti llamó a Basaglia para encomendarle los servicios psiquiátricos de Trieste, garantizando al fin los medios y apoyos necesarios para establecer su modelo, Rotelli lo siguió, entró a formar parte de su equipo cercano, y aceptó el encargo de responsabilizarse de una parte significativa de la organización del servicio. Entonces contaba con sólo treinta años.

Así comenzó su relación con Trieste: un largo periodo en el que una rara combinación de tenacidad, firmes convicciones y talento para la organización forjaron la reputación de Rotelli como la figura que se asocia al afianzamiento, continuación y profundización de las reformas en Trieste. Cuando en 1979 Basaglia deja Trieste para aceptar un nuevo puesto en Roma, hace constar su expreso deseo de que Rotelli le sustituya. Queda así sellada su vinculación a Trieste, que de una forma u otra, viene a durar casi 50 años. Toda una vida de impulso, coherencia y adhesión radical a la reforma.

Tras la inesperada enfermedad y temprana desaparición de Basaglia en 1980, Rotelli mantiene su posición de liderazgo en el desarrollo de los cambios iniciados en Trieste, logrando poco a poco una completa reforma del antiguo manicomio. Lo reforma, derribando más que simbólicamente los muros del manicomio, hasta convertirlo en un dispositivo permeable e integrado en la ciudad, abierto todos los días y también por las noches. Deconstruye los servicios antes manicomiales, los reinterpreta. Reasigna hábilmente los recursos económicos. Crea apartamentos en la ciudad para necesidades residenciales, para que el lugar donde vivieran los usuarios fuera un hogar y perdiera toda referencia al hospital. Tomó en cuenta las necesidades de inclusión social, creando una gama de recursos imaginativos de ingeniería social, que incluyó la participación de pacientes codo a codo con artistas profesionales en actividades artísticas y recreativas. Abordó la inclusión laboral creando un repertorio de dispositivos institucionales completamente innovadores, cuyo estandarte serían sus amadas cooperativas sociales.

En su recorrido profesional participó o fue testigo en primera fila de eventos de primera magnitud, como la promulgación de la mítica Ley 180 de 1978, ley por la que Italia desterró formalmente los manicomios. Se le asocia también al movimiento Psiquiatría Democrática, impulsado por Basaglia y colaboradores, en 1973.

En 1995 extiende su responsabilidad a la dirección de la Azienda Sanitaria de la Provincia de Trieste, entidad responsable territorial de gestión de servicios sanitarios, con ámbito de responsabilidad más allá de la psiquiatría: en la organización de la asistencia sanitaria en general, introduciendo reformas conforme a la filosofía del modelo comunitario. Su prestigio como reformador y gestor le granjeó la invitación para liderar el proceso de reforma de la provincia de Caserta, donde trabajó entre 2001 y 2004.

Rotelli fue consciente de la trascendencia de la reforma en Trieste en el mundo psiquiátrico y no perdió ocasión de difundirla. En 1986, bajo su dirección, se creó el Centro di Studi e Ricerche Salute Mentale, que más tarde se convertiría en un centro colaborador de la OMS. Su trabajo fue ampliamente reconocido fuera de Italia. Fue invitado a aportar su experiencia en numerosos procesos de reforma en Europa y Latinoamérica.

La obra intelectual de Rotelli es inseparable de la del gran movimiento reformador y revolucionario encabezado por Basaglia, sin olvidar a los muchos colaboradores que merecerían ser mencionados con él: Franca Ungaro,

Peppe Dell'Acqua, etc. Rotelli, como Basaglia, en su periodo de formación, se inició en el estudio de los autores de la psiquiatría de su tiempo, si bien no tardó en mostrar su espíritu crítico hacia ésta. En un temprano pero significativo escrito, disiente claramente de la aproximación intelectual a la psiquiatría de Kurt Schneider, discípulo de Karl Jaspers. Ambas eran sólidas y respetadas figuras en su momento y en la historia de la psiquiatría que, con las herramientas filosóficas de su tiempo, andaban explorando la posible ontología de las enfermedades mentales. En su lugar, Rotelli abrazó una perspectiva nada ontológica, inspirada en la filosofía de Sartre: la de una psiquiatría pensada como un encuentro radical con el otro. Rotelli instala su punto de vista en valores de razón práctica, los mismos que entendería un campesino de la Toscana italiana: ya que no terminamos de comprender qué es la locura, procuremos al menos resolver decentemente los problemas de la gente que la sufre. Ésto, según cuentan quienes le conocieron bien, sin ceder un centímetro en su adhesión radical a un encuentro con el paciente basado en respeto a la libertad.

Rotelli nos ha dejado cinco libros. Algunos son compilaciones de escritos o entrevistas, editados en Buenos Aires, Río de Janeiro y Trieste. Su pensamiento y escritos, siempre orientados en la lucha contra el manicomio en todas sus formas, reflejaba sin disimulo la consciencia de las contradicciones de la psiquiatría, que abordaba sin rastro de ingenuidad y con plena convicción de su complejidad. Su obra es una prolongada elaboración sobre la puesta en práctica de ese encuentro en libertad con el otro que sufre, que empieza cuando el técnico aprende a colocarse como una persona ante el paciente, y prosigue a través de toda clase de creaciones de ingeniería social. Quienes han visitado Trieste, o pasaron allí parte de su formación, saben a qué me refiero: se llevaron de allí la experiencia de ese tipo de encuentro con el otro que Basaglia, Rotelli y sus compañeros fueron capaces de crear.

Rotelli nos visitó en España en 1994, invitado por la AMRP para nuestro segundo congreso. Todo estaba por hacerse en la España de entonces. Eran tiempos en que se trataba de ver cómo se desarrollaría el mandato de la Ley General de Sanidad de 1986. Tiempos políticos de discrepancia y polarización en cuanto a la forma en que debía procederse. Los jóvenes que le fuimos a escuchar estábamos deseosos de reformas y quizás de poder protagonizarlas.

Recuerdo con gran respeto su presencia algo distante, enérgica, su amable disposición a la discusión, que no disimulaba la gran firmeza de sus convicciones. A nosotros, jóvenes profesionales de entonces, ya nos parecía un claro referente de la innovación psiquiátrica para nuestro tiempo. Su prestigio como reformador le presentaba ante nosotros como un faro mítico ante la vertiginosa sensación de las reformas que se debían implementar en Madrid y en España, y nuestra naciente sensación de responsabilidad generacional ante ellas.

Su conferencia en Madrid, no fue complaciente. Nos llamó, nada menos, que a “rehabilitar la rehabilitación”. Ante una audiencia entusiasta, deseosa y necesitada de encontrar el camino propio de la rehabilitación psicosocial en España, enfatizó idea, ya intuida por muchos de nosotros, de la necesidad de estar permanentemente atentos al fundamento esencial: como conectar de verdad con la persona, como estar atentos a escuchar o percibir sus verdaderas necesidades, y no confundirlas con las demandas sociales, las necesidades de los servicios o las tradiciones institucionales. Y por supuesto en la idea de acabar con lo que quedaba en España del manicomio, que aún era mucho. Una encomienda que recibimos con agrado. Nos animó a ser valientes y creativos, a no temer ensayar recursos institucionales innovadores, en la línea de sus queridas Cooperativas Sociales. Y, a renglón seguido, ante cierta perplejidad de un auditorio instalado ya en el modelo de “rehabilitación psicosocial”, y por ende convencido de estar en el lado correcto de la historia, nos llamó a considerar la necesidad de “rehabilitar la rehabilitación”. No se puede negar que nos dejó pensando.

Benedetto Saraceno, Director que fue de Salud Mental de la OMS, lo conoció y trató desde que él mismo era un joven médico iniciándose en la psiquiatría en Trieste. En evocadoras palabras de Saraceno, Franco Rotelli: combinó el sentido común administrativo de su hermano Carlo, con el sutil criterio de Gian Giacomo, su hermano jesuita. Estos dones forjaron su extraordinaria capacidad para construir colaboraciones prácticas entre personas e instituciones. Su discernimiento, que su hermano jesuita definió como “una negativa a someterse a la esclavitud del temor a tomar decisiones, y una conciencia de no ser capaz de confiar en una serie de normas y comportamientos preconcebidos”, fue el complemento indispensable de su radical sentido de la libertad.

Franco Rotelli falleció el 16 de marzo de 2023. Su obra le sobrevive.

Ricardo Guinea.
Presidente WAPR 2015-18.



Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)
www.fearp.org