

Rehabilitación Psicosocial

Publicación oficial de la Asociación de Rehabilitación Psicosocial - FEARP
www.fearp.es

20 años
Aniversario
2004-2024

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)
Alejandra Reboveda (Galicia)
Cristina Gisbert (Cataluña)
Margarita Hernanz Manrique (País Vasco)
María Asunción Garay Arostegui (País Vasco)
Carolina Mogollón Rodríguez (Extremadura)
Daniel Navarro (Madrid)
Juan Lázaro (Valencia)
Daniel Pinazo (Castellón)

Consejo asesor
Presidentes de las asociaciones autonómicas de FEARP
Luis Pelegrín Calero
Presidenta FEARP
Carolina Mogollón Rodríguez
Vicepresidenta FEARP
Francisco Villegas
Vicepresidente FEARP
Isabel Contreras
Secretaría FEARP
Mónica García
Vicesecretaria FEARP
Alicia de la Calle
Vocal Formación FEARP
Ricardo Guinea
(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 Mental 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

Imágenes
Licencia de Contenido de Pixabay
Diseño de Freepik

ISSN: 1696-9936

CONTENIDOS

CONTENTS

6	EDITORIAL EDITORIAL
	Veinte años de la Revista de Rehabilitación Psicosocial: 2004-2024. Twenty years of the Journal of Psychosocial Rehabilitation: 2004-2024.
10	REIMPRESIONES REPRINTS
20	La atención a personas inmigrantes con trastorno mental sin hogar desde una perspectiva cultural. Care for homeless immigrants with mental disorders from a cultural perspective. Recalde-Iglesias F. Año 2022; Volumen18, número 2.
26	La rehabilitación psicosocial: apuntes para la reflexión y el debate. Psychosocial rehabilitation: notes for reflection and debate. Fdez-Blanco J.I. Año 2020; Volumen 16, número 2.
32	Desistitunalización 2.0. De-institutionalization 2.0. Villegas F. Año 2020; Volumen 16, número 2.
40	Inserción laboral de jóvenes con problemas de salud mental. Vocational recovery in young people with mental ill-health. Barrios-Morilla C, Villegas. F. Año 2019; Volumen 15, número 2.
50	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. Mas-Expósito L, Rubio R. Año 2024; Volumen 20, número 1.
56	Investigación en Rehabilitación Psicosocial: Investigaciones posibles, Repercusiones posibles. Research in psychosocial rehabilitation: possible research, possible, repercussions. Saiz J, Rosillo M. Año 2023; Volumen 19; número 1.
66	Intervención con personas sin hogar con trastorno mental grave y crónicos en Europa. Intervention with homeless patients with grave and chronic mental disorders in europe. Muñoz M, Perez E y Panadero S. Año 2004; Volumen 1; número 2.
82	La Rehabilitación Psicosocial en Europa. Psychosocial Rehabilitation in Europe. Guínea R. Año 2014; Volumen 1, número 1.
92	Análisis funcional de la interacción terapéutica: una propuesta clínica y metodológica. Functional analysis of the therapeutic interaction: a clinical and methodological proposal. Frojan-Parga MX, Ruiz-Sancho E, Cortines-Mayorga A, Saiz-Galdos J., de Frutos-Alonso G. Año 2015; Volumen 12, número 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. Navarro D, Ballesteros F, Cristina R, González J, Lafuente S, Manredo J, Núñez M, Ruiz A, Ruiz T, Rullas M. Año 2024; Volumen 20, número 1.

EDITORIAL

EDITORIAL

Veinte años de la Revista de Rehabilitación Psicosocial: 2004-2024

Este año, en el marco del VI Congreso Nacional de FEARP 2025 en Valencia, celebramos los 20 años de la Revista de Rehabilitación Psicosocial (2004-2024) con la publicación en papel de una reedición de artículos seleccionados por un panel de expertos colaboradores de la Revista.

La FEARP se fundó en 2002 por el impulso de un grupo de profesionales liderados por Ricardo Guinea, primer presidente de FEARP. Dos años más tarde, en 2004, nació la Revista de Rehabilitación Psicosocial, dirigida por Martin Vargas. La Revista marcó un punto de inflexión en el campo de la rehabilitación y de la salud mental en España: por primera vez, una publicación nacional, periódica y especializada abría sus páginas a la reflexión, la práctica y a la investigación sobre la rehabilitación psicosocial desde una perspectiva comunitaria y específica de su campo.

Durante estas dos décadas, la revista ha tenido diversas etapas, fundamentales en su consolidación. Tras el impulso inicial de Martin Vargas le siguieron como directores David Gil (Santander) y Rafael Touriño (Canarias), quienes apostaron por un renovado desarrollo editorial en años de transformación y de maduración profesional del sector.

Desde 2018 tomó el relevo el equipo editorial actual. Desde entonces, se han incorporado nuevas voces y se ha profundizado en el enfoque crítico, interdisciplinar y plural que caracteriza a la revista.

Afrontamos ahora nuevos retos dentro del campo de la rehabilitación psicosocial. Por un lado, hay un cierre de ciclo de figuras históricas, de la primera generación que protagonizó el cambio de enfoque que supuso la filosofía rehabilitadora en salud mental.

En este contexto, abandona el Comité Editorial nuestro compañero Juan González Cases, quien se jubila tras décadas de liderazgo, docencia y compromiso. Juan fue el director del primer CRPS de la Comunidad de Madrid, inaugurado en 1988 en Alcalá de Henares. Allí trabajaron y se formaron muchos profesionales destacados de la Rehabilitación Psicosocial en nuestro país. Además, su contribución a la formación de residentes y su implicación en la expansión del modelo psicosocial en todo el Estado español han sido importantes refuerzos para la evolución del campo de la rehabilitación psicosocial.

Con la salida de Juan del Comité Editorial, se inicia una etapa de renovación con la incorporación de tres nuevos compañeros. Damos la bienvenida a Daniel Navarro, Juan Lázaro y Daniel Pinazo, cuyos perfiles académicos y experiencia profesional aportarán una nueva riqueza a la dirección editorial (pueden ver sus perfiles profesionales en la web deFEARP: <https://fearpcongreso.fearp.es/comite-cientifico/>)

Para conmemorar estos veinte años (2004-2024) de vida de la revista hemos preparado una re-edición en papel de artículos destacados. La selección se ha llevado a cabo mediante una votación entre diez expertos y colaboradores de FEARP para elegir, entre los 145 artículos publicados, los más influyentes de nuestra historia editorial. Esta mirada retrospectiva ha servido para reafirmar el valor de lo recorrido y, al mismo tiempo, para proyectar los desafíos que aún tenemos por delante.

Los artículos votados cubren un amplio abanico de temas, desde estudios longitudinales, propuestas feministas, reducción del estigma, hasta análisis funcionales y desafíos como la desinstitucionalización en el siglo XXI o la atención a colectivos específicos como personas inmigrantes sin hogar, jóvenes, etc.

Las categorías predominantes fueron:

- Evaluaciones longitudinales y seguimiento clínico.
- Perspectiva de género y enfoque feminista.
- Reducción del estigma e intervenciones psicosociales.
- Evaluación de trastornos específicos como el TLP.
- Aportes metodológicos a la intervención terapéutica.
- Modelos restaurativos y atención comunitaria.
- Nuevas miradas sobre institucionalización, postpsiquiatría y atención transcultural.

La Revista ha tenido y tiene como objetivo principal recoger las experiencias de los profesionales de primera línea de intervención. Veinte años después, la Revista de Rehabilitación Psicosocial no solo ha sido testigo del desarrollo del modelo psicosocial en España, sino protagonista activa de su configuración. Ha acompañado la expansión de las distintas redes de dispositivos comunitarios, la transformación de los paradigmas clínicos y psicosociales, y el fortalecimiento de una comunidad profesional comprometida con la inclusión y la recuperación.

Gracias a todas esas personas que han sido parte de esta historia viva (lectores, colaboradores, autores, etc.). Sigamos escribiendo y leyendo juntos los próximos capítulos.

Comité Editorial
Revista de Rehabilitación Psicosocial

Panel de expertos que participaron en la votación:

- Luis Pelegrín, psicólogo, Murcia, presidente de FEARP.
- Carlos Salamero, psicólogo clínico, vocal encargado de las relaciones institucionales de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Psicólogo clínico. Madrid. Junta FEARP.
- Sandra Reboreda, psicóloga clínica, Vigo, Comité Editorial RRP.
- Daniel Navarro, psicólogo sanitario. Especialista en Psicoterapia y Bioética. Responsable Técnico del Área de centros y servicios de Rehabilitación Psicosocial de Grupo5-Clariane España (Madrid). Miembro de la comisión académica del Máster de Rehabilitación Psicosocial en Salud. Comité Editorial RRP.
- Jesus Rienda. Vocal en la Junta de FEARP. Terapeuta ocupacional, FUNDACIÓN SASM, Sueca, Valencia (España).
- Marga Hernanz, Psiquiatra. Ex-Responsable del Servicio de Rehabilitación Comunitaria de la red de salud mental de Álava en Osakidetza. Miembro del Consejo Editorial de la Revista de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). Vitoria. Profesora del curso de experto ‘Bioética socio sanitaria’ de la UPV.
- Alicia de la Calle. Terapeuta ocupacional del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Segovia. Complejo Asistencial de Segovia (SACYL). Vocal de formación Junta FEARP. Vocal de la Comisión Deontológica del Consejo de Colegios de Terapia Ocupacional de España.
- Francisco Villegas, psicólogo, Jefe del Área de Rehabilitación Psicosocial del Grup CHM Salut Mental, miembro del Consejo Asesor del Plan de Salud Mental y Adicciones y Vicepresidente de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial.Barcelona.
- Monica García, Psicóloga clínica Gran Canaria. Tesorera de la Asociación de Rehabilitación Psicosocial-FEARP.
- Jaime A Fernández, Editor de la Revista de Rehabilitación Psicosocial. Psicólogo clínico Gran Canaria.

Consejo Editorial



REIMPRESIONES

REPRINTS

LA ATENCIÓN A PERSONAS INMIGRANTES CON TRASTORNO MENTAL SIN HOGAR DESDE UNA PERSPECTIVA CULTURAL

CARE FOR HOMELESS IMMIGRANTS WITH MENTAL DISORDERS FROM A CULTURAL PERSPECTIVE

Autor:

Fran Recalde Iglesias.
Coordinador Servicio PRISEMI.

Correspondencia; fran@grupoexter.com
Año 2022; Volumen 18, número 2.

RESUMEN

En los últimos años se viene observando un aumento de las personas inmigrantes en situación de calle, muchas de ellas con trastorno mental. Este aumento no es proporcional con el número de inmigrantes en España, sino que puede atribuirse a factores relacionados con su condición de inmigrante: menor posibilidad de acceso a los recursos y prestaciones necesarias, barreras sociales y normativas, carencia de una red de apoyo social y familiar y a dificultades de intervención con esta población por falta de conocimiento de los/as profesionales o por actitudes de rechazo. En este artículo se expone la necesidad de atender a esta población desde la competencia cultural y se proponen algunas acciones de intervención en áreas más influidas culturalmente.

Palabras clave: Personas sin hogar, inmigrantes, exclusión social, competencia cultural, salud mental, rehabilitación psicosocial.

ABSTRACT

In recent years, it has been noticed an increase of homelessness among immigrant population, often linked to mental disorder. This increase does not match with the increase of immigrant population itself, but it is due to their conditions as immigrants; less access to resources and welfare, legal and social barriers, lacking of familiar and social support, as well as the difficulties of interaction with them caused by nonspecific training of professionals or by prejudice. Thus, we focus on the need to assist this population using a cultural approach, planning interaction within their specific cultural environment.

Keywords: Homeless people, immigrants, social exclusion, cultural competence, mental health, psychosocial rehabilitation.



1. INTRODUCCIÓN

El sinhogarismo es, probablemente, el ejemplo más trágico de exclusión a todos los niveles. Por otro lado una casa no es sólo un lugar para guarecerse, es así mismo un espacio vital donde establecemos nuestras relaciones sociales íntimas, donde descansamos, donde realizamos actividades de ocio, nuestros hábitos de higiene, guardamos nuestras pertenencias... en definitiva, un lugar “nuestro”, donde nos sentimos protegidos.

En los últimos años el perfil de las persona sin hogar ha ido cambiando, siendo en la actualidad en su mayoría inmigrantes tal y como indican las memorias de los diferentes centros que atienden a personas sin hogar, o los recuentos nocturnos. El último recuento realizado en Madrid en el 2018 señala que el 61% de las personas que pernoctaban en la calle eran extranjeros. Ciertamente es que ha habido un gran aumento de la inmigración en España, según los datos del INI de julio del 2022 en España había un 11,7% de personas extranjeras pero este porcentaje no puede explicar que más del 50% de las personas sin hogar sean inmigrantes. Si los factores estadísticos no explican este porcentaje tienen que darse otro tipo de variables concretas que expliquen que se multiplique por 10 la probabilidad de estar en la calle de un inmigrante comparado con un español. Finalmente, habría que contemplar el hecho de que existen personas inmigrantes que tienen problemas de salud mental. De los atendidos en los recursos para personas con trastorno mental de la Red de Atención Social de la Consejería de Asuntos Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid en 2020, un 10 % eran inmigrantes, y en uno de los centros que atiende específicamente a las personas sin hogar con trastornos mentales (servicio PRISEMI) los datos de la memoria del 2021 indican que un 53,19 % de las personas atendidas fueron inmigrantes.

COMPETENCIA CULTURAL

La primera premisa de la que partimos es que cada inmigrante es primero y, por encima de todo, un individuo. Ser miembro de otra cultura no le hace automáticamente diferente ni los aspectos culturales han de ser siempre determinantes en su comportamiento. De hecho, en ocasiones, las diferencias entre dos personas de la misma cultura pueden ser mayores que las diferencias entre dos personas de distintas culturas. Sin embargo, ante la evidencia estadística de la sobrerrepresentación de inmigrantes en situación de calle antes referida, tendremos que buscar alguna variable o factor que lo explique. Si descartamos que sea la raza o cualquier factor “biológico” lo que determina estas diferencias tendremos que considerar que son las diferencias biológicas: factores sociales, económicos, estructurales y culturales. Cualquier persona que nace en cualquier lugar del mundo, desde el primero momento de su vida aprende cuándo ha de reírse o llorar, cómo alimentarse, a qué y cómo jugar, a bailar con un determinado ritmo, a asumir una serie de roles según su género, edad o clase social. Aprende a cómo comunicarse verbal y no verbalmente con los demás, a cómo establecer relaciones de pareja, a qué dioses adorar y a qué demonios temer, a cómo vivir su salud y su enfermedad y a cómo buscar su curación y, en definitiva, a mantener los valores acordes a su entorno social y cultural. Todos estos elementos son lo que componen lo que llamamos cultura, no son universales y determinan, en última instancia, nuestra identidad: lo que somos lo que pensamos, sentimos y hacemos. Cuando dos personas que han construido sus identidades en culturas distintas se encuentran, se produce una “interacción cul-

tural” que, en función de las características personales de ambas, de las estrategias empleadas por cada una de ellas y del contexto social y normativo donde se establezca la relación, pueden tener efectos muy dispares. Pueden conducir a un entendimiento e incluso un enriquecimiento de ambas pero también pueden generarse conflictos debido a dificultades de comunicación y entendimiento, a prejuicios, etc. que provocan un aumento de la desconfianza y el miedo al otro/a. Así mismo hay que tener en consideración el hecho de que esta interacción no se produce entre dos partes igualitarias, sino entre la persona inmigrante, carente en muchos casos de derechos y, la persona autóctona que tiene todos los recursos de poder. Esta interacción cultural puede desarrollarse en un ámbito privado; un bar, un comercio, el metro, etc. o bien en un servicio público; educativo, social, sanitario etc. Los servicios públicos deberían garantizar el mejor servicio posible a todos los ciudadanos y estas garantías incluyen igualmente a las personas inmigrantes. Es un hecho la existencia de barreras y dificultades de acceso de la persona inmigrante a diferentes servicios, prestaciones etc. a las que la persona española puede acceder sin problemas. Por tanto, consideramos que la atención a las personas inmigrantes desde una perspectiva cultural no es una opción sino una obligación de cualquier servicio sociosanitario.

Una adecuada intervención con estas personas dependerá de múltiples factores. Primeramente, se deberá atender a la normativa legal ya que condiciona absolutamente los derechos de estas personas para el acceso a múltiples recursos sociosanitarios. Por ejemplo, en muchos casos las personas inmigrantes no tienen derecho a un tratamiento médico o psiquiátrico ni acceso a la medicación que necesitan, no tienen permiso de trabajo o no tienen acceso a prestaciones económicas necesarias. Resulta muy interesante la exposición de Kimlika W. (1) sobre los “ajustes razonables” que pueden hacerse a nivel normativo y legal para facilitar la integración de las minorías y el desarrollo de sus derechos. Un segundo factor a tener en cuenta es el rechazo social por ignorancia, prejuicios o racismo hacia este colectivo, pudiendo estar motivado en estos tiempos por una vuelta a un nacionalismo excluyente y por un populismo que busca chivos expiatorios para los problemas actuales; paro, violencia o falta de coberturas del estado de bienestar, y que parece no ser algo espontáneo sino dirigido y fomentado por unos sectores del poder y la política y de algunos medios de comunicación. Estas actitudes de racismo y exclusión además de edificar barreras e impedir el ejercicio de derechos de las personas inmigrantes, puede aumentar el conflicto social y dificultar la integración y la convivencia intercultural. Finalmente, otro factor a considerar es el desconocimiento de dicha población por parte de los/as profesionales de los recursos sociales y sanitarios donde son atendidas las personas inmigrantes y de las pautas de atención e intervención que puedan ser más adecuadas y efectivas. Desde nuestra perspectiva, planteamos que para realizar una adecuada atención a personas de otras culturas, no siempre sirve hacer lo mismo que se hace con personas de nuestra cultura. Es necesario un “ajuste cultural” de nuestras intervenciones habituales para que sean más útiles y eficaces para poder atender a la población inmigrante con la misma calidad que a la autóctona para ello proponemos como modelo de atención el modelo de competencia cultural.

El origen del modelo de competencia cultural lo encontramos en la necesidad de cuidados en salud a personas inmigrantes (Purnell 1995), en la enfermería transcultural (Leininger, Campinha-Bacote 1999) y la psicología social

(Cohen –Emerique 1984). (2-3). Por competencia cultural entendemos la posesión por parte del/la profesional de unos conocimientos académicos y culturales, unas habilidades interpersonales y unas actitudes de interés, humildad, empatía y respeto que le posibilitan comprender otros mundos y comportamientos distintos y acercarse, interactuar e intervenir con personas que pertenecen a dichos sistemas culturales. (4). La competencia cultural no solo se refiere a la intervención de los profesionales que atiendan a las personas inmigrantes, sino también debe de ser una característica de los recursos y de las administraciones, las cuales deberían adaptarse a las necesidades específicas de estas personas. Consideramos que este criterio debería ser un requisito y un criterio de calidad para los servicios sanitarios (5) Así mismo la incorporación de mediadores interculturales puede ser un importante apoyo a los profesionales y recursos que trabajen con personas inmigrantes para facilitar la comunicación y el entendimiento y prevenir la aparición de conflictos generados por las diferencias culturales.(6). En base a lo comentado anteriormente, sería aconsejable tener en cuenta ciertos factores previos a la intervención con esta población para poder realizarla de la manera más eficaz.

1. En primer lugar los/as profesionales deberíamos mirarnos hacia dentro, realizar un proceso de autorreflexión y autoconocimiento respecto nuestros prejuicios y estereotipos, cuál es nuestra actitud y predisposición a aceptar otras realidades, pensamientos, creencias o comportamientos diferentes e incluso opuestas a las nuestras, ser conscientes de los aspectos de nuestra identidad; políticos, nacionalistas, religiosos, etc. así como de nuestra posición de poder que afectan a la manera de mirar al inmigrante, Nuestra forma de “ser” y nuestra “mirada” van a afectar directamente a la calidad y efectividad de nuestra vinculación y a nuestra intervención.
2. Otro factor es el grado de conocimientos culturales de los/as profesionales. El objeto de la intervención social, la psiquiatría y la psicología es atender a los problemas y dificultades de la vida, que tienen que ver con lo más humano, lo más íntimo e individual de cada persona y que está influido determinantemente por factores de aprendizaje y culturales. Por tanto el/la profesional, para poder realizar las funciones terapéuticas que le competen ha de conocer esos factores culturales que son los que condicionan en gran parte como cada persona vive y manifiesta sus problemas. La ausencia de estos conocimientos produce la tendencia a utilizar estereotipos, los cuales no dejen de ser explicaciones muy simplificadoras de la realidad y en la mayoría de los casos suelen ser falsos. Por tanto, sería útil que los/as profesionales tuviesen conocimientos sobre aspectos relacionados con las migraciones, factores histórico/estructurales como el colonialismo, esclavitud o neocolonialismo, los modelos explicativos de la emigración y sus posibles causas, factores de atracción y expulsión, etc. (7). Así mismo tuviesen también conocimientos mínimos de las diferentes culturas, costumbres, modos de vida, religiones. Conocimientos básicos de antropología, etnocentrismo y relativismo cultural, endoculturación y aculturación. Nociones sobre psicología / psiquiatría transcultural que considera que tanto que los procesos psicológicos básicos; atención, percepción, motivación etc., como las emociones y su expresión, o las características de personalidad, o estrategias de afrontamiento no son universales sino que son propios de

cada cultura. Estos conocimientos deberían formar parte del currículum en las escuelas o facultades que de medicina, psicología o trabajo social o integración social y debería ser ofrecida por los recursos y/o administraciones que tengan que ofrecer algún servicio a esta población. Llegados a este punto y dada la complejidad de esta formación surge el debate sobre lo adecuado o no de ofrecer recursos especializados con profesionales expertos para esta población.

3. Es necesario establecer una adecuada comunicación entre el/la profesional y la persona inmigrante, ya que las habilidades técnicas son inútiles si no hay una buena comunicación. Lo primero es hablar el mismo idioma, lo cual no es siempre posible y hace necesaria la figura de un traductor y resultaría de gran utilidad que se dispusiera en los recursos de documentación escrita y cartelería en varios idiomas. Pero la comunicación no es sólo un intercambio de mensajes sino la construcción de sentido. Desde una perspectiva cultural debemos estar abiertos y comprender otras formas o modos de entender la realidad y aceptar cualquier tipo de información sin prejuzgarla en base a nuestro bagaje cultural, sino entenderla como la forma de explicar y dar sentido a su comportamiento y su problema. Las asunciones e interpretaciones automáticas de los/las profesionales desde su filtro interpretativo sobre lo que quiere decir la persona inmigrante, la significación del lenguaje no verbal, las diferencias en los estilos de comunicación, la significación de determinadas palabras que pueden tener connotaciones opuestas a las que nosotros/as interpretamos conduce a una comunicación ineficaz que puede llevar a graves errores en la comunicación (8). Como en toda relación terapéutica, es imprescindible establecer un engagement, una vinculación, una confianza mutua; crear un espacio seguro donde puedan surgir las cuestiones que le importan al usuario/a y, en la intervención intercultural, esto cobra una mayor relevancia. De ahí la importancia del apoyo de un mediador intercultural.
4. Por último las habilidades culturales: se refieren a disponer de estrategias, técnicas, procedimientos y métodos para evaluar y realizar una intervención eficaz.

INTERVENCIONES EN ÁREAS SENSIBLES CULTURALMENTE

La evaluación e intervención con las personas con trastornos mentales desde la rehabilitación psicosocial, aunque es individualizada, al carecer de perspectiva cultural puede ser incompleta a la hora de intervenir con algunas personas inmigrantes, por lo que creemos que es necesario abordar junto con todas las demás áreas de intervención en rehabilitación psicosocial que también afectan a la población autóctona algunas áreas que están muy influidas por la condición de inmigrante y que en muchas ocasiones, sin esa perspectiva cultural, suelen pasar inadvertidas. Esto requiere generalmente para el profesional más esfuerzo, tiempo y dedicación comparado con la intervención con personas autóctonas. Hemos destacado 9 áreas en las cuales resaltamos algunas acciones relacionadas específicamente con la condición de inmigrante sin abordar otras acciones que son comunes en las intervenciones en rehabilitación psicosocial a todas las personas tanto inmigrantes o autóctonas.

1. Necesidades básicas.

Las primeras atenciones que se realizan con las personas sin hogar, independientemente de si tienen algún trastor-

no mental, sean inmigrantes o cualquier otra característica, es garantizar la cobertura de sus necesidades básicas. Las condiciones en las que viven estas personas son las que determinan en gran medida su estado de salud tanto físico como psicológico y las posibilidades de rehabilitación e integración sociocomunitaria. Será poco efectiva cualquier intervención psicosocial con cualquier persona que no tenga satisfechas estas necesidades por lo que son prerrequisitos imprescindibles y es frecuente que la condición de inmigrante dificulte aún más la cobertura de las mismas especialmente si están en una situación de irregularidad administrativa.

Cuadro 1. Acciones relacionadas con las necesidades básicas
<ul style="list-style-type: none">• Cobertura de necesidades básicas; comida, aseo, vestido, transporte, alojamiento.• Cobertura de necesidades sanitarias; acceso a atención primaria. especialista, ginecólogo, salud mental, acceso a tratamientos farmacológicos.• Situación administrativa; apoyo para la regularización.• Acceso a recursos sociales, de rehabilitación psicosocial y comunitarios.• Percepción de rentas o ingresos económicos.

2. Proceso migratorio

El proceso migratorio depende de múltiples factores que es necesario evaluar; forma de llegada, regular, irregular, expectativas, capacidades, genero, familiares o red de apoyo en el país de acogida, etc. En algunas ocasiones, este proceso puede ser especialmente duro, los inmigrantes que tienen que atravesar varios países a lo largo de meses, cruzar la valla de Melilla o arriesgarse a ahogarse en una patera. En estos casos, abundan los episodios de violencia y en mujeres las agresiones sexuales y violaciones. Hay evidencias de que la mayoría de las personas inmigrantes debuta en el trastorno mental bien durante el proceso migratorio bien a la llegada a España (6).

Cuadro 2. Acciones sobre el proceso migratorio
<ul style="list-style-type: none">• Derivar a los organismos competentes en caso de refugiado/a o víctima de trata de mujeres.• Evaluar / intervenir sobre las situaciones vitales estresantes; traumas; violencia, violaciones,• Potenciar los recursos de afrontamiento personales.• Potenciar estrategias de establecimiento de objetivos y solución de problemas.• Intervenciones respecto al posible duelo migratorio y las pérdidas.• Planificar la devolución de deudas contraídas.• Apoyar los contactos con sus familiares, red social.• Potenciar grupos de iguales; asociaciones, y grupos de ayuda mutua.

3. Aculturación

La aculturación es el proceso que se desarrolla cuando se ponen en contacto varios grupos culturales diferentes y se producen cambios en dichos grupos. El cambio principal se dará en persona inmigrante que necesitará asumir y aprender pautas culturales del país de acogida aunque también el grupo mayoritario de autóctonos puede, y debería, verse afectado por cambios. Hay varios modelos que explican la aculturación, el más conocido es el de Berry aunque se ha propuesto un nuevo modelo que supera algunas de sus limitaciones, como considerar la integración como un todo, denominado de “aculturación relativa” (9) que refiere que hay algunas áreas de la identidad de la persona inmigrante llamadas periféricas, que son más probables de ser asimiladas. Por ejemplo, el sistema político la organización

económica, o el sistema de bienestar social y, sin embargo, existen áreas nucleares que son más probable que la persona inmigrante desee conservar; la religión, roles de género, familia o el concepto de salud y enfermedad.

4. Concepto de salud / enfermedad/ atención

Todas las sociedades y culturas tienen su propio discurso explicativo de la salud y la enfermedad tanto física como psíquica y sobre él han desarrollado sus propios modelos de salud-enfermedad-atención con métodos terapéuticos coherentes con el universo simbólico al que pertenecen. Estas medicinas llamadas tradicionales resultan aparente-

mente incompatibles con el modelo biomédico dominante y hegemónico de las sociedades occidentales. Un intento de abordar el “hecho cultural”, el apéndice de formulación cultural del DSM IV, parte de una perspectiva etnocentrista y la inclusión de síndromes dependientes de la cultura es bastante reduccionista, anecdótica y folclórica por lo que no fue realmente una validación cultural del manual como refiere uno de los colaboradores del mismo, el psiquiatra y antropólogo Arthur Kleinman.

Sería útil para la atención con personas inmigrantes, que el profesional tuviese la capacidad de comprender otros modelos sobre las causas y determinantes de los trastornos mentales, citando a Marino Pérez “los trastornos mentales,

lejos de ser unas supuestas entidades naturales de base biológica, serían entidades construidas de carácter histórico social, más sujetas a los vaivenes de la vida que a los desequilibrios de la neuroquímica”.

Ante la confluencia de diferentes modelos de abordaje del trastorno mental con la persona inmigrante, desde una perspectiva occidental o desde perspectiva tradicional, el reto que se nos presenta es tratar de compatibilizar ambos e integrarlos como recomienda la estrategia de la OMS 2014-2024. Esto nos obligaría a relativizar y contextualizar; a) los síntomas (delirios y alucinaciones), y comprender el sistema “medico” tradicional que tendrá diferentes clasificaciones sobre los síntomas, las causas u orígenes de la enfermedad o los tratamientos. (10) b) los diagnósticos (trastornos de personalidad, trastornos afectivos), c) los conceptos

Cuadro 3. Acciones relacionadas con la aculturación
<ul style="list-style-type: none">• Dotar de un entorno “seguro” ante situaciones sociales de riesgo y vulnerabilidad.• Cuidar los tiempos, es posible que se requiera ir más despacio en la intervención.• Potenciar la adquisición de conocimientos sobre nuestra cultura; costumbres, funcionamiento de las redes sociosanitarias. Priorizar el aprendizaje de castellano.• Explicación de las HHSS como elementos no universales.• Centrarnos más en las capacidades que en las carencias.• Mantener los hábitos de autocuidado.• Trabajar planificación de problemas; expectativas realistas, planificación de objetivos.• Intervenir sobre variables emocionales y afectivas; nostalgia, tristeza, culpa, ideas de muerte, ansiedad, miedo.• Intervenciones sobre el duelo.• Ante el posible rechazo social evaluar e intervenir sobre el estigma y auto estigma.• Actuar en la medida de lo posible ante las barreras que se puedan presentar que dificulten el acceso a los servicios sociosanitarios.• Mantener contacto familiar.• Búsqueda de redes sociales, fomentar contactos con miembros de su cultura, asociaciones.• No imponer la adquisición de normas y valores de nuestra cultura ni rechazar los suyos,• Para evitar la asimilación “no voluntaria” y la pérdida de sus valores, cultura etc. se puede fomentar el contacto con su cultura; cine, exposiciones, libros, música, noticias y el contacto con iguales.

Cuadro 4. Acciones relacionadas con el concepto salud/enfermedad/atención
<ul style="list-style-type: none">• Tener en cuenta las situaciones vitales estresantes en el proceso de inmigración.• Ajustar explicaciones psicoeducativas clásicas: diagnóstico, conciencia de enfermedad, teoría de la vulnerabilidad / biológica, cronicidad.• Intervenciones específicas sobre creencias tradicionales que pueden dificultar el seguimiento de las recomendaciones médicas y/o del sistema sanitario español; inyecciones, extracciones de sangre, vacunación, revisiones médicas y ginecológicas,• Compaginar las acciones sanatorias realizadas desde su marco conceptual, considerar al sanador tradicional como un posible aliado.• Asumir que existen dificultades para acceder a los recursos sanitarios en igualdad de condiciones que los/as españoles/as debido a impedimentos legales, barreras organizativas y al desconocimiento del sistema sanitario por lo que hay que conocer estas dificultades e intervenir sobre ellas.• Intervenir sobre las manifestaciones somáticas por el valor simbólico que puede tener.• Buscar apoyo y asesoramiento de personas importantes de su cultura, religión etc.• Relativizar los diagnósticos y los síntomas (alucinaciones y delirios) que pueden ser congruentes y normalizados en su cultura.

de cronicidad o vulnerabilidad, c) la expresión del malestar y c) el estigma de “enfermo mental, causado por la iatrogenia del sistema (médico/psicológico) y los prejuicios sociales que tiene gran relevancia para la persona afectada. Un menor estigma/autoestigma junto con otros factores como el apoyo familiar o la realización de roles laborales parece que explican el mejor pronóstico de la esquizofrenia en países no desarrollados que en los desarrollados, según los resultados del sorprendente estudio piloto internacional de esquizofrenia, (11). Es en este apartado donde especialmente se hace más importante y necesario llegar a un nivel de confianza y vinculación entre la persona inmigrante y el/ la profesional, basado en la aceptación y el respeto para que la persona inmigrante se exprese y comunique lo que le pasa, lo que siente y le preocupa desde su concepción tradicional de enfermedad sin miedo al rechazo o la burla.

5. Género

La mujer inmigrante ha sido invisible para en la sociedad de acogida hasta los años 80 cuando empezaron a tener relevancia en los procesos migratorios, siendo ellas las que muchas veces inician dicho proceso y arrastran al resto de la familia motivadas por factores económica pero también por

una “huida” o “liberación” de conflictos con la pareja o con el grupo familiar. Las intervenciones podrán encaminarse principalmente en dos direcciones; por un lado salvar las barreras que impiden o dificultan la atención y protección a este colectivo y por otro lado potenciar estrategias de empoderamiento aprovechando las oportunidades que le brinda el cambio de contexto en una nueva cultura al tener una menor presión social y familiar y estar menos atadas a los mandatos culturales tradicionales.

6. Familia

La familia especialmente en sociedades no occidentales suele ser es una institución central y básica muy cohesionada con un gran apego a la tradición y suele ser un garante de la cultura tradicional y un apoyo y protección de la identidad del individuo. La migración puede producir un gran sentimiento de desarraigo y duelo familiar. La sociedad occidental tiende a promover los valores propios de la cultura individualista, al contrario de otros grupos con valores propios de la cultura colectivista donde se le da mucha importancia a la aprobación de la colectividad y de los padres en particular. Por ello, la intervención con personas inmigrantes debería tener en cuenta este tipo de cuestio-

Cuadro 5. Acciones relacionadas con el género

- Evaluar la existencia de violencia sexual, trata y prostitución y derivar a recursos competentes.
- Intervención y mediación familiar especialmente pareja sobre los roles de género.
- Rol de maternidad, posible factor de autorealización personal y de mejora de estatus económico y social.
- Atenciones sanitarios ajustados a su cultura, embarazo, parto y puerperio (12) e informar de los recursos existentes que puedan prestarle atención.
- Fomentar grupos de autoayuda.
- Trabajar estrategias de empoderamiento.
- Asesoría legal/ laboral, regularización, reagrupamiento familiar
- Evaluar/prevenir prácticas tradicionales perjudiciales: ablación, matrimonios forzados, matrimonios menores.
- Fomentar y mantener las redes de apoyo social, autoayuda y familiar no solo en España sino transnacionales.

Cuadro 6. Acciones relacionadas con la espiritualidad

- Fomentar y favorecer sus prácticas religiosas/ espirituales , también en situaciones como una hospitalización, (la legislación española garantiza dicha atención).
- Favorecer que se relacione con personas de su comunidad religiosa.
- Ante sus ceremonias y rituales adoptar una actitud de permisividad a la vez que respeto.
- Compatibilidad sus rituales religiosos en los diferentes contextos (especialmente en los residenciales).
- Utilizar la religión como recurso personal del usuario, fuente de contingencias a sus conductas y agente normativo.
- Utilización de líderes espirituales como recurso de apoyo.

nes a la hora de fomentar por ejemplo comportamientos como la asertividad individualista, o poner trabas al envío de dinero a sus familias, que atenten al modelo familia comunitario. Por otro lado, es prioritario fomentar en todo momento el contacto con la familia que se encuentra en el país de origen.

7. Espiritualidad

En la sociedad occidental la religión se ha convertido en algo casi irrelevante, sin embargo, en ciertas culturas no se entiende el individuo sin la espiritualidad que da su sentido a todas las actividades públicas o privadas. Por tanto, creemos que la importancia de la espiritualidad hace que cualquier intervención psicosocial con personas inmigrantes debería contemplar el hecho religioso como algo relevante. El mundo académico suele contemplar la espiritualidad y religión como factores negativos; delirios religiosos, fanatismo o contemplándolos como aspectos vinculados a la tradición y que impiden el desarrollo individual y el cambio. Los aspectos religiosos habitualmente no se recogen en la historia clínica, lo que impide conocer cómo interviene el hecho religioso en la persona y utilizarlo como elemento explicativo de su conducta y de ayuda en la intervención.

En los últimos años ha habido un intento de estudiar el hecho religioso para determinar su efecto en diferentes

áreas. Al comienzo de la presente década, se llegaron a encontrar 1.200 estudios empíricos al respecto (13), de los cuales cerca del 90 % atestiguaban una influencia positiva de la religiosidad en la salud en diferentes áreas; recuperación de adicciones, sentimientos de bienestar, mayor nivel de satisfacción vital, remisión de la depresión, disminuye la ansiedad, el estrés y la depresión en pacientes con estrés postraumático, menor tasa de suicidio. Así mismo se ha visto la influencia de la religión en el incremento de la autoestima, creación de perspectivas cognitivas positivas y estados emocionales que buscan conducir al sujeto hacia un mayor y mejor ajuste y adaptación frente a sucesos de vida negativo o estresante.

8. Trabajo

En general, los/as inmigrantes que llegan a España son personas jóvenes, sanas y con grandes fortalezas que les han hecho completar con éxito su proceso migratorio y llegar hasta el país de acogida. El motivo principal de la migración es conseguir un trabajo y generalmente las personas inmigrantes están altamente motivadas para ello. Sería necesario que los/as profesionales y recursos, ajusten sus intervenciones a esta prioridad y que no sea incompatible con los, a veces, procesos muy lentos en los recursos de rehabilitación (necesidad de derivar a un CRL etc.).

9. Alimentación.

Todas las culturas dan una gran importancia a la alimentación. Comer es un fenómeno social, cultural y religioso. La biología no consigue explicar la complejidad y diversidad del comportamiento alimentario humano, los alimentos tienen un valor simbólico, están sujetos a tabúes o prohibiciones, preferencias, reglas, normas dietéticas diferentes. La cultura nos dice qué ingredientes utilizar y cuáles no, cuándo y en qué orden se comen, si pueden o no mezclarse y en qué momentos etc. El hombre se alimenta en consonancia con la sociedad a la que pertenece. La cultura define la gama de lo comestible y las prohibiciones alimentarias que eventualmente la diferencian de otros grupos humanos, a veces muy estrictas, como Halal/ Haram para los musulmanes o Kosher/ Terefath para los judíos. La infracción de una norma dietética puede interpretarse en algunas culturas como un atentado contra el orden divino y las leyes que derivan de él y traer consecuencias negativas para el individuo. Sería recomendable que se favorecieran sus pautas de alimentación especialmente en los recursos residenciales (centros de acogida, MR, pisos supervisados etc.) donde viven.

Cuadro 7. Acciones relacionadas con el trabajo

- Favorecer el tipo de regularización que incluya permiso de trabajo.
- Motivar para la formación, vencer la resistencia a hacer cursos o talleres no lucrativos.
- Motivar para el aprendizaje del castellano.
- Tratar de convalidar los títulos o conseguir el certificado de profesionalidad.
- Actuación ante las discriminaciones laborales y de derechos que pueden presentarse.
- Asesoramiento legal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kimlika W. (1996) Ciudadanía multicultural. Ed Paidós.
2. Purnel Larry D. (1999) “El modelo de competencia cultural de Purnell; descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación”. Cultura de cuidados 91. 2º semestre 1999. año III-nº 6.
3. Cohen-Emerique, M. (2013). “Por un enfoque intercultural en la intervención social”. Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa, 54, p. 11-38.
4. Martínez M. F. Martínez J. Calzado V. (2006). “La competencia cultural como referente de la diversidad humana en la prestación de servicios y la intervención social.” intervención psicosocial. vol. 15 n.º 3 págs. 331-350.
5. Fernández Liria F. Pérez P. y col. (2011) “Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en salud mental.” Cuadernos de la AEN. Ministerio de Sanidad, Política Social y Equidad.
6. Recalde Iglesias. F., Gallego Estremera, R., Hornillos Jerez C. (2019) “Análisis descriptivo de la población inmigrante atendida en la red pública de atención social a personas con trastorno mental grave de la comunidad autónoma de Madrid 2014-2016”, (2019) Revista de la asociación madrileña de rehabilitación psicosocial, diciembre año 18, nº33.
7. Giménez C. “introducción al fenómeno migratorio” basado en el texto publicado en que es la inmigración, colección integral de RBA editores . Octubre 2003
8. Raga Gimeno F. (2006) “Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario”, Retos del siglo XXI en comunicación intercultural: Revista española de lingüística aplicada, Vol. Extra 1, 217-229.
9. Navas Luque M. Rojas Tejada A.J. (2010). “Aplicación del modelo ampliado de aculturación relativa”, estudios y monografías 8, Junta de Andalucía.
10. Pérez. P. (2004). “Pícología y Psiquiatría Transcultural, prácticas para la acción” Desclee de Brower, Bilbao.
11. Sartorius N. Gulbinnat W. y col. (1997). “Seguimiento a largo plazo de la esquizofrenia en 16 países. Descripción del Estudio Internacional de la esquizofrenia desarrollado por la organización mundial de la salud,” Revista de neuro psiquiatría 60 (suplemento 1)
12. Raga Gimeno (2009) “Diferencias interculturales en el cuidado de la salud reproductiva”, Conferencia presentada en el Congrés de Comares, 23-25 de abril de 2009. Palma de Mallorca.
13. Valiente-Barroso, C. García Viguera E. (2010). “La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psico geriátrica”. Psicogeriatría 2 (3): 153-165

LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: APUNTES PARA LA REFLEXIÓN Y EL DEBATE

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: NOTES FOR REFLECTION AND DEBATE

Autor:
Juan Ignacio Fernández Blanco.
Director.

Centro de Día de Alcalá de Henares y Equipo de Apoyo social comunitario de Día de Alcalá de Henares.
Año 2020.; Volumen 16, número 2.

RESUMEN:

La rehabilitación psicosocial ha logrado acreditarse como una herramienta útil en la atención al trastorno mental grave (en adelante TMG). A lo largo del artículo se intenta clarificar lo que es y no es rehabilitación psicosocial, y cuáles son los principios y contenidos que de forma esencial la estructuran.

Palabras clave: Rehabilitación psicosocial, trastorno mental grave, deterioro psicosocial, normalización, autonomía, integración comunitaria.

ABSTRACT:

Psychosocial rehabilitation has managed to establish itself as a useful tool in the care of severe mental disorders (hereinafter SMI). Throughout the article, an attempt is made to clarify what psychosocial rehabilitation is and is not, and what are the principles and contents that essentially structure it.

Keywords: Psychosocial rehabilitation, serious mental disorder, psychosocial deterioration, normalization, autonomy, community integration.



INTRODUCCIÓN

La apuesta histórica por desplazar el eje de atención, al trastorno mental grave, de las instituciones manicomiales a la comunidad abre el paso a la Rehabilitación Psicosocial. El impulso desinstitucionalizador provoca que la persona con TMG viva y se relacione en los mismos contextos en los que viven y se relacionan el resto de ciudadanos. Esto exige estar en posesión de las capacidades que habiliten para tal fin, y no todas las personas afectadas lo están. En la búsqueda de respuestas para satisfacer las necesidades de estas personas, encuentra su sentido y su razón de ser la Rehabilitación Psicosocial.

No son pues susceptibles de rehabilitación las personas, con TMG que se desempeñan y manejan, adaptativamente, en los distintos entornos y contextos que estructuran y conforman una comunidad. Sí lo son, por el contrario, quienes no tienen ese desempeño y manejo psicosocialmente adaptativo. En coherencia con esta lógica discursiva, está indicado aplicar programas estructurados, sistemáticos y activos de rehabilitación psicosocial en aquellos casos en los que hay deterioro, pérdida de capacidades y habilidades necesarias para un buen funcionamiento personal y social.

El cierre de los hospitales psiquiátricos, los psicofármacos y la psicoterapia, aunque útiles y mayormente eficaces, no bastan para anular, extinguir o compensar los deterioros y discapacidades asociados a un número nada desdeñable de personas afectadas por un TMG. Por eso, cerca de cinco décadas después de la reforma psiquiátrica, la rehabilitación psicosocial sigue estando vigente y siendo tan necesaria como imprescindible para superar, o compensar deterioros y discapacidades.

Por su acreditado recorrido histórico y por el impacto que ha provocado en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas, la rehabilitación psicosocial de ninguna manera puede ser considerada, como en su tiempo lo fue, poco relevante y de segundo orden. Su prestigio y relevancia no vino de la mano de la laxitud conceptual y el relativismo pragmático. La rehabilitación y lo rehabilitador tampoco encuentran su acreditación ni en el nominalismo, ni en lo institucional. Por eso no todo lo que se hace en nombre de la rehabilitación psicosocial es en sentido estricto rehabilitación, como tampoco puede avalorarse cualquier práctica como rehabilitadora, por el mero hecho de llevarla a término en un recurso de rehabilitación.

Sólo desde la clarificación de lo que es y no es rehabilitación psicosocial podremos avalar praxis y acreditar fundamentos. Ambas cuestiones son capitales para que quienes se dedican a la rehabilitación psicosocial puedan estar seguros de que existe consonancia entre lo que hacen y lo que dicen hacer. A esta labor clarificadora se dedicarán los siguientes apartados.

¿QUÉ ES REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL?

Si existe confusión, o duda, sobre lo que la Rehabilitación Psicosocial es, no será porque, a lo largo de su historia, no se la haya definido con suficiencia y concisión. Así, encontramos definiciones a situar en la pre-historia de la rehabilitación psicosocial que se centran en el concepto de restauración¹. Definiciones que pudiésemos llamar fundacionales, como las de Anthony², Watts y Bennett³ o Liberman⁴. Estos autores, pioneros, hablan de recobrar el mayor desenvolvimiento social e instrumental autónomo, mediante procesos de aprendizaje de habilidades y capaci-

dades, o de una reubicación, tan normal y adaptativa como sea posible, al contexto social utilizando óptimamente las capacidades residuales.

Después han venido otros muchos autores⁵⁻⁸ que han seguido pensando y repensando el concepto, el sentido y el propósito de la Rehabilitación Psicosocial. De uno u otro modo casi todos, por no decir todos sus planteamientos giran en torno a la adquisición, mediante procesos de aprendizaje, de habilidades, capacidades y competencias.

Con el paso del tiempo tal vez no hayamos asistido al asentamiento conceptual esperado, ni a la fundamentada coherencia de las prácticas proclamadas como rehabilitadoras. Tal vez no haya que cejar en el empeño. Máxime cuando se piensa que una atención eficaz y de calidad descansa en una conceptualización severa, y en una práctica con fundamento sólido.

Sabido es que en muchas ocasiones, no en todas, las personas que sufren trastornos del espectro de la psicosis, pierden o, en los casos más benignos, ven deterioradas las habilidades y capacidades que necesitan para desenvolverse de forma normalizada en su día a día. Esas pérdidas o deterioros psicosociales van mermando notablemente, o incluso anulando, la autonomía personal y llegan a problematizar el normal desenvolvimiento cotidiano colocando a la persona, si no se pone remedio, en riesgo de exclusión y marginalidad. La rehabilitación psicosocial ha demostrado ser, por eficaz y pertinente, un componente esencial y prioritario para remediar, o compensar, tales dis-capacidades.

Re-habilitación alude a re-habilitar que no es más que hacer capaz (capacitar) a una persona en el desempeño de los retos de la vida diaria. La rehabilitación es un proceso de superación o compensación de hándicaps y limitaciones para hacer posible, y altamente probable, que la persona se desenvuelva con éxito en las relaciones con los demás, la integración comunitaria, los autocuidados, el ocio o el trabajo. La palabra rehabilitación también significa conjunto de métodos (técnicas y estrategias) de intervención, cuyo fin es la re-adquisición de una actividad o función perdida o disminuida en relación con las áreas vitales de la persona. No debiera haber duda. Estos son los parámetros en los que con propiedad debe situarse la rehabilitación. En ellos encuentra su razón de ser y desde ellos se construye su naturaleza genuina. Lo que no se sitúe en este ámbito, lo que no se concrete en estos términos, podrá ser pertinente o no, eficaz o no, pero no es rehabilitación psicosocial.

Quien diga dedicarse a re-habilitar, si no quiere ser incongruente, ha de poner en marcha procesos activos, estructurados y sistemáticos que, de un modo individualizado e integral consigan que la persona dis-capacitada psicosocialmente pueda vivir, adaptativa y autónomamente, su cotidianeidad. Para ello deberá adquirir los repertorios conductuales imprescindibles para el pleno desenvolvimiento social e instrumental.

Hablar de rehabilitación psicosocial es hablar de filosofía y de praxis, de principios y de acciones. Acciones (praxis) y principios (filosofía) no son dos partes de un mismo proceso, son en sí el proceso. Por tanto la rehabilitación psicosocial es un proceso de intervenciones (praxis) enmarcado, inspirado, guiado e interpolado permanentemente por ciertos principios y valores (la filosofía de la rehabilitación).

¿QUÉ NO ES REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL?

Es necesario responder a esta pregunta no sólo por una

razón práctica, sino también porque no hacerlo sería tanto como validar que todo es rehabilitación. Vayamos a ello.

La labor clínica no puede ser considerada en sentido estricto rehabilitación psicosocial. No cabe duda que una y otra se necesitan, se emparentan, se interpolan, pero no son lo mismo. Simplificando, lo clínico se centra principalmente en los síntomas positivos o en aquellas cuestiones que no tienen directa y esencialmente que ver con el deterioro psicosocial (síntomas negativos). Esto no quiere decir que una misma persona, un mismo equipo, un mismo recurso no pueda hacer una labor rehabilitadora y clínica. Que lo pueda hacer, no iguala ambos procedimientos, lo clínico y lo rehabilitador, no los hace indistintos.

Muchas veces también se confunde la rehabilitación psicosocial con los paradigmas psicológicos, las técnicas o los procedimientos utilizados para lograrla. La modificación de conducta, el acompañamiento terapéutico, las narrativas, etc. no son distintos modelos de rehabilitación psicosocial. En el mejor de los casos serían los medios, las herramientas que se utilizan, a lo largo del proceso rehabilitador, para conseguir el fin de rehabilitar. Una cosa es el proceso y su finalidad, y otra los medios utilizados.

Y qué decir de lo ocupacional. Si alguna relación tiene con lo rehabilitador es como su forma prístina. Se podría decir que lo ocupacional es la pre-historia de la rehabilitación psicosocial.

Todo aquello que al fin y a la postre sea una suerte de hacer por hacer, o de hacer para entretener nada tiene que ver con lo rehabilitador. Ocupar el tiempo de las personas con un programa estándar de actividades realizadas dentro de los centros por todos los allí atendidos no es rehabilitar, es asilar. Rehabilitar es individualizar los procesos, adaptar la vida de los recursos y sus procedimientos a cada persona. Que cada actividad realizada tenga una proyección comunitaria. Cuanto menos tiempo pasen las personas en los centros y más tiempo pasen integradas en la comunidad mucho mejor. Rehabilitar no sólo es fomentar la adquisición de habilidades y capacidades sino también su uso en el entorno comunitario. No se rehabilita para que las personas funcionen y se desenvuelvan en los centros, se rehabilita para los espacios y contextos públicos, y privados, en los que los ciudadanos organizan y comparten su día a día.

El acompañamiento no ha de ser el eje, lo que nuclee y menos aún defina la rehabilitación. Rehabilitar es mucho más que acompañar. Es más, quienes mejor, y de forma más normalizada, pueden hacerlo son los miembros de la red social de apoyo de la persona afectada. Decir red social de apoyo es decir compañía. El acompañamiento es una propiedad natural y consustancial a las redes sociales. Cuando los profesionales, por norma, acompañan a las personas que atienden en su transitar comunitario y supervisan por sistema lo que allí hacen no rehabilitan, sobreprotegen y tutelan. La labor del rehabilitador es promover y estimular la autonomía, no custodiar. Rehabilitar es conseguir que la persona se desenvuelva y opere autónomamente en su vida cotidiana. Rehabilitar es lograr que la persona desempeñe roles socialmente útiles y para ella valiosos.

Superar el déficit o deterioro que dificulta o impide acometer, con funcionalidad adaptativa, los asuntos que conforman y dan sentido a las áreas vitales, es normalizar la vida. La rehabilitación va ineluctablemente unida a la normalización. Normalización entendida como restablecimiento de la normalidad. Normalidad entendida como ajuste prag-

mático a lo que es común o normativo en el ambiente, la cultura o el contexto socio-histórico de la persona.

CONCLUSIONES

Los principios o contenidos que estructuran de forma esencial y propia la Rehabilitación Psicosocial, podrían resumirse en: Individualización, integración comunitaria, autonomía y normalización. Ni se afirma que en estos cuatro principios queden agotados todos los posibles, ni mucho menos se pretende excluir otros que aquí no se hayan mentado. Si decir que estos cuatro no pueden ser excluidos, ni obviados, ya que nuclean y estructuran el sentido propio de la rehabilitación psicosocial.

La individualización como un continuo adaptar procedimientos, métodos, técnicas y sistemas organizativos a las particularidades de la persona y a lo que es propio en su entorno. Se trata de buscar la singularidad frente a la generalidad, de acomodarse a los matices y peculiaridades de cada persona huyendo de la estandarización.

La integración comunitaria guiará de continuo cada una de las prácticas rehabilitadoras. Se trata, desde un proceder individualizado, de promover, favorecer, facilitar y consolidar la ocupación y participación activa y autónoma de la persona atendida en distintos espacios públicos, y privados, de interacción, intercambio y convivencia ciudadana.

La autonomía tiene que ver con la facultad de la persona para con sentido, propiedad y pertinencia, disponer de su tiempo y con sensatez proponer acerca de su vida. La persona autónoma está (re)habilitada para custodiar su libertad sin necesitar una libertad custodiada. Apoyada por su red social, ha conseguido, en el transcurso del proceso rehabilitador, tutelar por sí misma su vida para esquivar una vida tutelada.

La normalización propicia pautas comunes de vida como expresión de un plan normativo que se ha entre-tejido colectivamente. Dispone las condiciones que posibilitan una forma de estar que se aproxime, lo más posible, al estilo de vida vigente en la sociedad a la que pertenece la persona. Se trata de hallarse en congruencia, o en equilibrio, con las pautas, leyes, reglas, normas, tradiciones y cultura que vertebran, y conforman colectivamente, a una comunidad de ciudadanos.

Por eso la rehabilitación psicosocial es un proceso individualizado que de forma integral pretende que la persona adquiera, o recupere, las capacidades necesarias para, de forma autónoma, integrarse con normalidad en su entorno socio-comunitario. Rehabilitar, entonces, tiene tanto que ver con suprimir o compensar déficit y con recuperar capacidades y habilidades, como con reforzar y preservar las competencias y fortalezas de la persona. Es más, cómo suprimir o compensar lo deficitario, o recuperar capacidades y habilidades, al margen de las destrezas y las facultades de la persona. A partir de ellas, desde ellas, se estructuran los procesos de aprendizaje y modificación de conducta que posibilitan la recuperación, la rehabilitación, la integración comunitaria.

No es entonces extraño que desde su origen se haya explicado y caracterizado la rehabilitación tanto como un proceso que ha de centrarse en las carencias y pérdidas, como en las competencias conservadas. Avalan lo dicho las palabras de Rotelli⁸, “la acción habilitativa debe consistir en producir en la persona capacidad de ejercer sus derechos plenamente”; o la definición de Sánchez⁹, rehabilitar es ex-

tinguir deterioros y limitaciones funcionales para conseguir la integración autónoma. Huelgan pues controversias sobre si la rehabilitación se centra sólo en lo que la persona ha perdido y la recuperación en lo capaz que es la persona. Rehabilitar, a quien sufre un TMG, recuperarle, exige superar y compensar los deterioros desde las competencias que la persona conserva. Valorar y tomar en consideración las potencialidades y capacidades de la persona no exige ignorar, y mucho menos despreciar, aquello que ha perdido o de lo que carece. No conviene olvidar que tanto la génesis como el sentido histórico de la rehabilitación psicosocial tienen que ver con dar una respuesta eficaz al deterioro psicosocial que sufren algunas personas con TMG para que así puedan participar, como lo hace cualquier otra persona, de los asuntos comunes y corrientes de la vida cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA

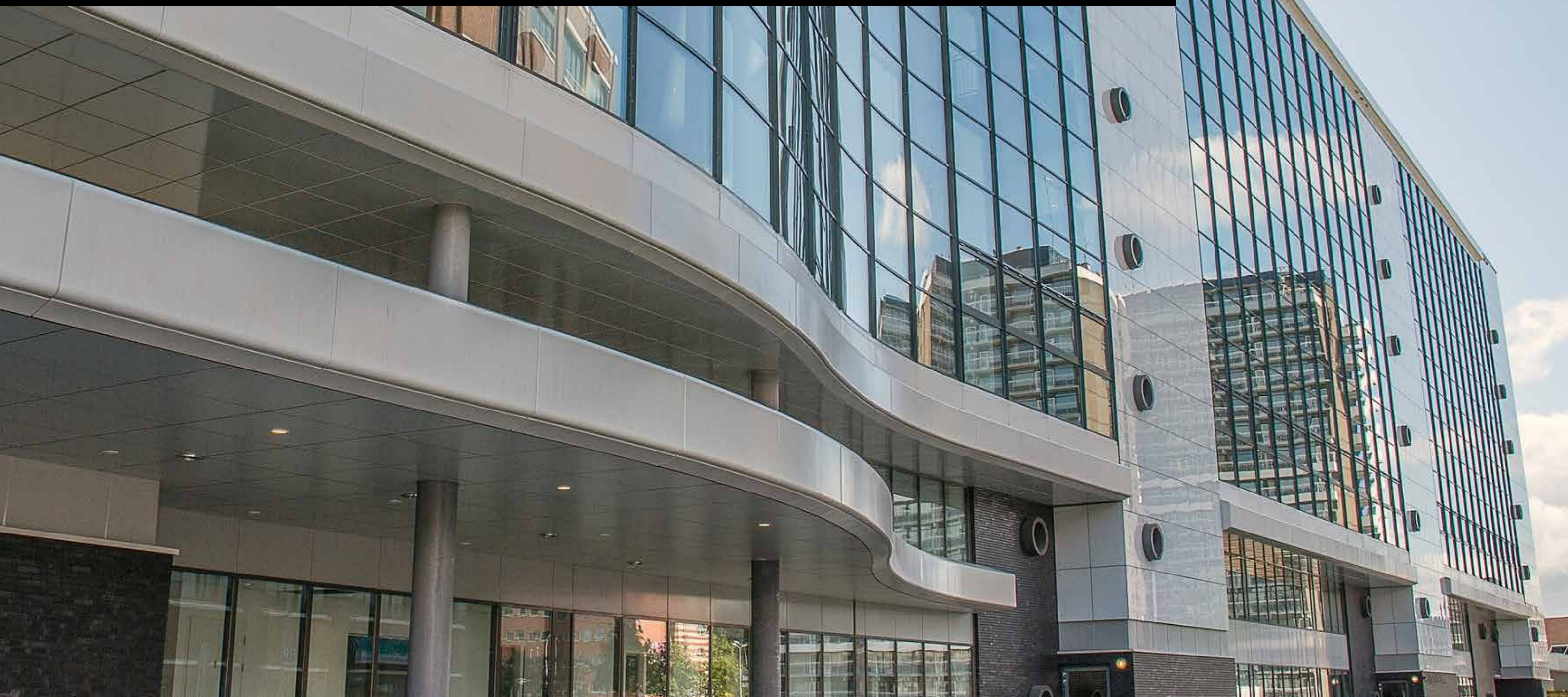
1. National Council on Rehabilitation: Symposium on the processes of rehabilitation, The Council, New York, 1944.
2. Anthony, W. A. Psychological Rehabilitation. A concept in need of a method. American Psychologist. 1977; 32 (8): 658-662
3. Watts F. y Bennett D. Rehabilitación psiquiátrica. México, D. F.: Limusa; 1983/1990.
4. Liberman R. La rehabilitación del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca; 1988/1993.
5. Pilling, S. Rehabilitation and Community Care. London Routledge; 1991.
6. Alanen, Y. O. et al. Tratamiento y rehabilitación de las psicosis esquizofrénicas: El modelo finlandés de tratamiento. Boletín Informativo de Salud Mental. 1992; 3: 9-46.
7. López, M. Atención Comunitaria, Rehabilitación y Apoyo a Personas con Trastorno Mental Severo. En: Lara, L, López M, editors. Integración Laboral de Personas con Trastorno Mental Severo. Sevilla: Faisem ; 2003.
8. Rotelli, F. Tiempo de rehabilitación. Boletín AMRP. 1995; 4, (2): 3-8.
9. Sánchez, A. E. Consideraciones en torno a la rehabilitación. Psiquiatría Pública. 1992; 4, (3): 130-134.

Autor:

Francisco Villegas Miranda.
Grup CHM Salut Mental, Barcelona, España

francisco.villegas@chmcorts.com
Año 2020; Volumen 16, número 2.

DESINSTITUCIONALIZACIÓN 2.0



1. LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN HOSPITALARIA Y EL AUGE DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL RPS

Es interesante recordar la prehistoria de la RPS a la hora de hacer balance de donde estamos y de los logros conseguidos.

Con los estados modernos, se generalizaron las instituciones de internamiento con un objetivo ambiguo: cuidar de las personas afectadas y, a la vez, separarlas de la comunidad bajo la idea de proteger a la propia comunidad. Esta política condujo a la creación de instituciones muy grandes que, en condiciones materiales casi siempre precarias, cumplían su función de custodia, pero eran ineficaces para ofrecer alguna mejora y resultaban, en realidad, deteriorantes.

Los modelos de prescindencia promovían como solución para el problema que representaban las personas con enfermedad mental, la marginación (como es el internamiento asilar) o, incluso, la eugenesia. Suecia, por ejemplo, esterilizó a 230.000 personas entre 1935 y 1996 en el marco de un programa basado en razones de “higiene social y racial”. La esterilización se imponía sobre todo a las mujeres como condición para salir del hospital después de un internamiento psiquiátrico. Y era Suecia.

La comprensión de la enfermedad mental que acompañaba estas prácticas es que se trataban de enfermedades crónicas incurables con tendencia al deterioro, en que la desinstitucionalización no era una opción. Ahí tenemos a Kraepelin y su *dementia praecox*.

Fue también dentro del marco de esos hospitales psiquiátricos donde se iniciaron las actividades rehabilitadoras como un intento de humanizar el internamiento y desarrollar actividades ocupacionales que paliaran el deterioro propio de la institucionalización. Eran modelos para hacer más vivible el enclaustramiento, no para buscarle alternativas. Procesos parecidos se operaban en las instituciones carcelarias.

Incluso la psicoterapia institucional o el modelo de comunidad terapéutica, que caracterizaron un proceso de reformas institucionales marcadas por la adopción de medidas administrativas democráticas y participativas, fueron predominantemente restringidas al hospital psiquiátrico, y por tanto hospitalocéntricas.

A partir de los años 70-80 se produjo en los países occidentales, con distintas intensidades, un proceso de desinstitucionalización consistente en el cierre de los hospitales manicomiales y su sustitución por recursos de apoyo comunitario. Este cambio, que se produjo en un contexto de lucha por los derechos civiles y de desarrollo del modelo de salud mental comunitaria, se vio favorecido por los avances farmacológicos. Pero también ayudó al cierre de hospitales el alto coste que representaba su mantenimiento para los sistemas sanitarios y también al valor urbanístico que tenía el suelo que ocupaban sus extensos, y ya céntricos, solares.

El cierre propicia el gran auge de la RPS. La necesidad imperiosa era la adaptación del ex-interno a las demandas y exigencias del entorno exterior en que iba a vivir. La RPS, desarrollada a partir de un modelo

medico-psicológico, se pone al servicio de la inclusión social. Ahora se concibe que las evoluciones de los trastornos son heterogéneas y que pueden verse afectadas por el tipo de atención que recibe quien padece un trastorno psiquiátrico.

Surgen en este contexto los primeros modelos formalizados de RPS: los módulos de Liberman (para capacitar a los ex internos en el manejo de la medicación, las AVD, las habilidades sociales y la ocupación) y la psicoeducación (para las familias, que habían pasado a ser convivientes y cuidadores del familiar afectado). Todo ello con una atención especial a la prevención de recaídas. Son en general modelos con una visión poco global, descontextualizada y que ven a las personas atendidas como receptores pasivos del entrenamiento y la educación.

2. SURCANDO PARADIGMAS Y MODELOS

Desde el inicio de ese proceso, la rehabilitación psicosocial en España ha experimentado un gran crecimiento, navegando en estos años entre cuatro grandes paradigmas: el paradigma medico-psicológico (que se acabó transformando en la yuxtaposición bio-psico-social), el paradigma de la discapacidad (un potente conglomerado de tendencias monopolísticas), el paradigma de la recuperación y el modelo de la atención a la dependencia (que aportó confusión). Se ha nutrido de ellos, los ha alimentado, y también ha tenido que diferenciarse de ellos para no ser engullida. Ha atravesado una gran crisis económica y atraviesa ahora la crisis de la pandemia y sus derivaciones, aun desconocidas.

La Gran Guerra y las legislaciones laborales modificaron la forma de entender la deficiencia: los impedimentos físicos y mentales comenzaron a entenderse como enfermedades que podían recibir tratamientos. Los inicios de la RPS, como ya se ha mencionado, han estado muy ligados al paradigma médico. Anthony definía la rehabilitación como una disciplina específica que integra los principios de la rehabilitación física con técnicas psicoterapéuticas derivadas del conductismo.

El modelo Médico también ha evolucionado. El crecimiento constante de la esperanza de vida y el consiguiente incremento de la cronicidad de muchas patologías y de las situaciones de dependencia, están planteando a los sistemas de salud a pasar de la curación a los cuidados. Es dentro de este contexto donde adquiere fuerza la noción de continuidad asistencial, que se complementa con el modelo de la Atención centrada en la persona en el ámbito social. Se propugna la integración de las intervenciones sanitarias y sociales desde modelos de atención integral.

Desde el paradigma de la Discapacidad, el modelo social de la diversidad funcional, que tiene sus orígenes en el movimiento de Vida Independiente, pretende dejar atrás el modelo médico o rehabilitador. Desde este nuevo modelo, la “discapacidad” es una manera más de expresión de la diversidad humana, igual que la orientación sexual. La discapacidad estaría compuesta por los factores sociales que restringen o impiden el desarrollo personal, poniendo el acento en los apoyos necesarios para superarlos. La

persona ya no es objeto de políticas asistencialistas, sino sujeto de derecho que toma decisiones sobre su propia vida.

La versión heavy de esta visión identifica a la RPS como algo propio del modelo médico, que a su vez se equipara al modelo patriarcal. Plantea que la perspectiva en primera persona es la Perspectiva. La perspectiva profesional queda desvalorizada y resulta fácilmente sospechosa de autoritarismo, aunque sea un paternalismo: Se puede llegar a considerar la definición de un objetivo en un PIR como un acto coercitivo sobre la persona. Hay en esta visión un cierto negacionismo del trastorno, reducido a una cuestión de barreras del entorno, que conlleva un desinterés por las técnicas.

Es necesario remarcar que discapacidad y trastorno mental (o el eufemismo que queramos usar en su lugar) no son lo mismo, aunque en algunas personas el trastorno mental conlleva discapacidad. La discapacidad implica un reconocimiento administrativo como discapacitado (con diferentes grados). Hay que tener en cuenta que en algunos lugares, el certificado es un requisito para acceder a servicios de función rehabilitadora. El certificado de discapacidad pretender reconocer un derecho a la protección, pero en el caso de la persona con trastorno mental es el resultado de un largo proceso de duelo, de reconocimiento de la pérdida de capacidades. Esto hace que muchas personas afectadas sean refractarias a lo que implica la identidad de discapacitado (definida por el déficit) y su tramitación. Aún más en personas jóvenes (y en sus familias) con trastornos psicóticos en fases iniciales, que confían en una recuperación plena, y que no entienden que el camino de su recuperación empiece por la declaración de discapacidad.

En la exuberancia económica previa a la crisis del 2008, se gestó la ley de la Dependencia, pensada para atender al deterioro de ancianos o discapacidades severas. Desde algunos profesionales de la salud mental y familiares se hizo hincapié en conseguir que el trastorno mental entrara en el sistema de dependencia. Existía la creencia, bastante ingenua como se ha visto después, de que al tratarse del reconocimiento de un derecho ya no sería graciable y la asistencia estaría garantizada. Pero además, la dependencia es un estado de carácter permanente, en que se han agotado las vías terapéuticas o rehabilitadoras. Para recibir la prestación hay que reconocer una especie de irreversibilidad de la situación, algo que se contradice con el paradigma de Recuperación.

De los paradigmas citados, el que más sintoniza con la RPS comunitaria es el de recuperación, quizás la palabra más citada en nuestros escritos y debates. Recuperación no significa curación en el sentido de desaparición de síntomas, o vuelta niveles de funcionamiento homologables a los previos al trastorno, aunque esta opción es posible como se evidencia en la recuperación de primeros episodios psicóticos. La recuperación promueve el proyecto vital de la persona y enfatiza la posibilidad de vivir una vida satisfactoria a pesar de los grados variables de disfuncionalidad y sufrimiento presentes. La implicación de la persona y su responsabilización en las decisiones relacionadas con su tratamiento y su vida (empoderamiento) son aspectos clave del proceso de recupe-

ración. La RPS es una herramienta de ayuda en los procesos de recuperación.

3. EL BIG BANG DE LA RPS

Cuando hablamos de RPS podemos hacerlo en un sentido restringido o en sentido amplio:

- En sentido restringido se refiere al conjunto de técnicas que se aplican para mejorar la funcionalidad y el bienestar emocional de la persona con trastorno mental y de su entorno.

- En un sentido amplio, abarca los servicios, programas y recursos de rehabilitación, apoyo a las familias, gestión de vivienda asistida y apoyo a la vida autónoma, apoyo a la inserción laboral, integración comunitaria. Incluye también los programas rehabilitadores que se realizan en contextos de hospitalización, orientados a la vida comunitaria. Son aquellos escenarios definidos por Saraceno en los que se desarrolla la ciudadanía: La casa el bazar y el trabajo.

La implosión de la RPS en España se produce en los noventa y se realiza de manera diferente según la comunidad autónoma. Ha habido esencialmente dos estilos en este desarrollo:

- El modelo, llamémosle, Madrid, en el que se crea una red especializada, de nuevo cuño, con una única dependencia administrativa, diferenciado de otros sistemas de prestación, organizada en un plan y un presupuesto, con dotación de diferentes tipos de servicios que abarcan todas las áreas viales de la persona atendida.

- El modelo de conversión y agregación, en el que se parte muchas veces de la conversión de hospitales psiquiátricos para crear otro tipo de servicios comunitarios, como centros de día o pisos tutelados, reutilizando muchas veces el mismo personal. Se agregan también servicios sociales inspirados en la discapacidad, como los centros ocupacionales. Existían por último un variopinto conjunto de iniciativas orientadas a la inserción laboral o comunitaria, promovida por asociaciones de familiares o por otras entidades sociales.

Los primeros servicios de rehabilitación se nutrían en gran medida de las técnicas rehabilitadoras y de las tradicionales actividades ocupacionales, realizadas con más entusiasmo que rigor técnico. La atención se hacía mayoritariamente en formato grupal, la organización de la actividad del servicio se hacía con los horarios semanales de actividad, y en ellos se distribuía a los usuarios. La psicoterapia no era una práctica muy instaurada porque se seguía considerando una potestad de los centros de salud mental, de los que en muchos lugares los servicios de rehabilitación eran espacios subalternos.

No existía especialización profesional, nadie había estudiado en la facultad técnicas de RPS, y eso provocaba una gran avidez de publicaciones, formación e intercambio, de lo cual la génesis de FEARP es una muestra. La multiprofesionalidad es un rasgo de los servicios. A los (pocos) psiquiatras y psicólogos, se añaden trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, profesionales de enfermería, educadores so-

ciales y una variación de profesionales de atención directa.

Si entendemos la rehabilitación comunitaria como el conjunto de técnicas y recursos profesionales que tienen como objetivo mejorar la capacidad (de la persona) y generar oportunidades (en el entorno) para apoyar el proceso de recuperación, entonces los servicios de rehabilitación requieren disponer de una cartera de servicios que recoja las necesidades de la persona y que este abierta al cambio. Sabemos que fácilmente se cronifican las actividades que los servicios de rehabilitación realizan. También a veces el criterio de elección de las intervenciones coincide curiosamente con las preferencias e intereses de los profesionales que integran el equipo. O se ve muy influido por las modas, como el mindfulness nos deja extendida constancia.

Siendo esta diversidad inevitable y beneficiosa como vía de desarrollo de la innovación, sería a la vez adecuado y equitativo que los servicios tuvieran un mínimo común de prestaciones, ofrecidas con suficiente garantía de calidad. A los tradicionales ámbitos de la atención al entorno de personas convivientes (familia) y a las AVD (en general con lo que tiene que ver con mejorar la integración comunitaria y la funcionalidad, incluyendo el ocio significativo), se han ido añadiendo otras: La rehabilitación neurocognitiva (apoyada en las evaluaciones de las personas y desarrollada con rigor técnico), la promoción y cuidado de la salud (no solo de la salud mental, sino también de la somática), la psicoterapia (los servicios de rehabilitación pueden ofrecer formas variadas de intervenciones psicoterapéuticas, incluidas las terapias por el arte, de forma intensiva y continuada en el tiempo) y los programas de apoyo a la formación (especialmente útiles en la atención a población joven).

Otro cambio al que los servicios han tenido que ir adaptándose, con grandes dosis de empirismo, ha sido a la diversificación de franjas de edad y de perfiles psicopatológicos. Por una parte tenemos el envejecimiento de la población que ya estábamos atendiendo y por la otra la incorporación de la población más joven, que requiere encuadres e intervenciones innovadoras, tanto en los contenidos, como en las formas. Llegan pocos jóvenes, y los que llegan no sienten demasiado acogedores los centros de rehabilitación orientados a la cronicidad. En cuanto a los perfiles psicopatológicos, del inicial perfil de personas con psicosis cronicada, hemos ido cada vez más atendiendo nuevos perfiles que se corresponden con trastornos de personalidad y con depresiones no psicóticas.

Pese al gran incremento de la potencia de acción de la RPS, es muy común la impresión de que las personas son derivadas con retraso a los programas rehabilitadores o que muchos ni siquiera llegan. A pesar de que ahora se acepta que la enfermedad mental puede tener una evolución favorable, muchos clínicos, afectados y familias se resignan a la idea de que las personas con trastorno mental estén sentenciadas a una vida de discapacidad con pocas expectativas de participar de forma activa en la sociedad. Por igual razón, los afectados pueden negar el trastorno y evitar los tratamientos, los familiares caer en la desesperanza y el entorno social, en la desconfianza.

za. Este pesimismo hace que los procedimientos terapéuticos y rehabilitadores no se apliquen con la intensidad y rigurosidad con que se aplica en los estudios en los que han demostrado evidencia.

Treinta años después, se ha llegado a un desarrollo bastante completo de las redes de recursos rehabilitadores (aunque existen aun muchas inequidades territoriales). El reto ahora es, además de continuar innovando, como evitar la fragmentación asistencial entre los, a veces numerosos, dispositivos por los que transitan las personas con trastorno mental y como mejorar la continuidad asistencial. La tradicional coordinación de equipos es necesaria, pero no suficiente. Son necesarias fórmulas de trabajo transversal, que se orienten a aquello de que los servicios se han de organizar en torno a la persona.

4. DESINSTITUCIONALIZACIÓN 2.0

El modelo basado en atención residencial (que en su día fue en la atención al trastorno mental, una de las alternativas a las hospitalizaciones de larga estancia) estaba en revisión ya antes de la pandemia, con el objetivo de transformarse en un modelo de apoyos comunitarios, en lo que representaría la puesta en marcha de un nuevo proceso de desinstitucionalización, una desinstitucionalización 2.0.

Las evidencias muestran que el modelo de atención residencial ofrece resultados inferiores en términos de calidad de vida, a los que ofrece el modelo de atención comunitaria. Por eso en los últimos años muchos países han impulsado un proceso de transición hacia este nuevo modelo. Sin embargo, este proceso, como pasa con todas las grandes transformaciones, va lento y es incompleto. La Comisión Europea publicó informe “Report on the transition from institutional care to community-based services in 27 EU member states”, que tiene como objetivo analizar los obstáculos relacionados con la reforma de la atención institucional y ofrecer recomendaciones para la implementación definitiva de la atención comunitaria. Denuncia la lentitud de la instauración del nuevo modelo a pesar del compromiso de todos los estados en adoptar medidas para acabar con la institucionalización en sus territorios. En casi todos los países, la falta de viviendas sociales asequibles es una de las principales barreras para ampliar la vía comunitaria. Los expertos recomiendan promover la atención individualizada y centrada en la persona para garantizar la plena inclusión y participación en la comunidad.

Pero no se trata solo de cambios arquitectónicos, como en su momento no se trato solo de cerrar hospitales. En este contexto hay que elaborar una propuesta orientada a priorizar los servicios de atención en el lugar de vida de la persona, los apoyos a la inclusión comunitaria efectiva y los sistemas alternativos a la hospitalización convencional, que incorpore los valores de la atención centrada en la persona. Hay que tender a integrar mediante diferentes fórmulas, la atención social y la sanitaria. La aportación de la RPS a este nuevo paradigma asistencial tiene que pasar por revisar críticamente nuestro modelo.

El cuestionamiento del modelo residencial afecta a la atención a personas con trastorno mental. Hay que

invertir el triangulo residencia/pisos con apoyo/servicios de apoyo domiciliario: no es que no hagan falta residencias, sino que hay que incrementar decididamente los pisos asistidos y aun mas los equipos de apoyo domiciliario especializados para mantener al máximo la vida independiente en el entorno comunitario.

En el ámbito del apoyo a la inserción laboral, se ha operado un cambio desde la opción del empleo protegido en centro especial de empleo (que es útil para muchas personas, pero que es una alternativa segregacionista) a las opciones de capacitación laboral e inserción laboral en el mercado ordinario. El modelo de Empleo con apoyo ha servido de inspiración a muchos de estos programas.

En los servicios de RPS podemos preguntarnos si el formato más habitual, el de centro-de-actividades-grupales, es el que más garantiza el trabajo individualizado, ese del que hacemos bandera con los Planes Individualizados de Rehabilitación. Excepto en técnicas concretas, no hay evidencia de que la intervención grupal sea más eficaz que la individual. Es una cuestión de tradiciones, como lo es que en los centros de salud mental la atención individual es la norma y la grupal la excepción. Hacer las cosas en grupo, permite establecer vínculos, y eso es parte de la acción rehabilitadora. Pero deberíamos afinar más en cuando está indicado o cuando es la inercia.

Si insistimos en que la RPS ha de estar al servicio de la inclusión comunitaria, ¿Por qué nos cuesta tanto salir a trabajar fuera de los despachos y salas?. La rehabilitación cognitiva, las AVD, el contacto con la familia.....no serian más eficientes en los contextos en que la persona desarrolla su existencia?. En definitiva: intervenciones más individualizadas y en los contextos naturales donde viven las personas usuarias.

INSERCIÓN LABORAL DE JÓVENES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

VOCATIONAL RECOVERY IN YOUNG PEOPLE WITH MENTAL ILL-HEALTH

Autores:

Carme Barrios-Morilla.
Directora técnica del Servicio de Inserción Laboral . Grup CHM Salut Mental. Barcelona.
carme.barrios@fchmcorts.com

Francisco Villegas-Miranda.
Jefe de Área Psicosocial . Grup CHM Salut Mental. Barcelona.
francisco.villegas@chmcorts.com
Barcelona, 28/12/2019.
Año 2019; Volumen 15, número 2.

RESUMEN

La evidencia muestra que las personas jóvenes con problemas de salud mental (independientemente del grado de su psicopatología) pueden trabajar si cuentan con el apoyo adecuado, con una intervención específica y flexible. Suponen un reto para los equipos profesionales y para las políticas asistenciales. El abordaje estrictamente sanitario (farmacológico y psicoterapéutico) es en muchos casos insuficiente y se convierte en una de las causas de abandono de los jóvenes.

El artículo plantea una serie de cuestiones relativas a la especificidad de las necesidades y características de la inserción laboral y formativa de jóvenes con problemas de salud mental, que presenta retos específicos que obligan a revisar los modelos tradicionales de la práctica profesional de este tipo de servicios.

Se tratan aspectos tales como la variación en el perfil de usuarios, la accesibilidad, los mecanismos de mejora de la continuidad asistencial, las innovaciones metodológicas y la incorporación del trabajo transversal entre servicios.

Palabras clave: inserción laboral, joven, trastorno mental, empleo con apoyo.

ABSTRACT

Evidence shows that young people with mental health ill-health (regardless of the degree of their psychopathology) can work if they are adequately supported, with a specific and flexible intervention. They are a challenge for professional teams and for care policies. The strictly sanitary approach (pharmacological and psychotherapeutic) is, in many cases, insufficient and becomes one of the causes of abandonment of young people.

The article raises a series of questions regarding the specificity of the needs and characteristics of the labor and training insertion of young people with mental health problems, which presents specific challenges that make it necessary to review the traditional models of professional practice of this type of services.

Aspects such as the variation in the user profile, accessibility, mechanisms for improving care continuity, methodological innovations and the incorporation of cross-cutting work between services are discussed.

Keywords: Vocational recovery; Young people ; mental health trouble; supported employment



1. ALGUNAS PREGUNTAS Y ALGUNAS CERTEZAS

¿Qué necesitan las personas jóvenes cuando acuden a los servicios de inserción laboral especializados en salud mental? ¿Por qué llegan las que llegan? ¿Y las que no llegan?

¿Cómo quieren que les ayudemos? ¿Son eficaces nuestras fórmulas? ¿Estamos usando métodos y formas obsoletas? ¿Incorporamos los itinerarios formativos? ¿Es necesario contemplar en los programas componentes que van más allá de lo laboral? ¿Tiene sentido desarrollar programas específicos?, o basta con los programas generalistas que existen para jóvenes?

¿Cómo afecta la exigencia de certificado de discapacidad que mantienen algunos programas en la accesibilidad de personas jóvenes?.

Los sistemas de coordinación con los servicios sanitarios ¿funcionan? ¿Qué relación hay con los servicios generalistas de apoyo a la inserción laboral? ¿Cómo afecta el rotulo “salud mental” en la relación con las empresas? ¿Cuál es el papel de las familias en los itinerarios de personas jóvenes?

Éstas y muchas otras preguntas rondan a los equipos de inserción laboral que trabajan con jóvenes en el ámbito de la salud mental. Además de dudas, hay algunas certezas:

- Estudios epidemiológicos recientes han mostrado que un 75% de los trastornos mentales graves se inician antes de los 25 años. Más de la mitad de los jóvenes a los 21 años, han podido experimentar uno o más síntomas psicóticos, aunque la consistencia entre presentar síntomas y desarrollar un trastorno psicótico es baja. El suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes, que va ligado a la desesperanza en poder acceder a una vida satisfactoria.
- Las tasas de paro son particularmente altas en jóvenes con ciertas formas de trastornos mentales, como son los trastornos psicóticos y afectivos. Si un primer episodio de psicosis persiste y se hace crónico, las tasas de paro se elevan al 70-92%.
- La formación protege del desempleo en todas las fases de los ciclos económicos y en todos los momentos del ciclo vital de los trabajadores.
- El perfil de las personas usuarias de servicios de salud mental ha cambiado en los últimos años. El concepto “paciente/enfermo crónico” ha dado paso a otras formulaciones más amplias, como por ejemplo “persona con malestar psicológico”. Estas formulas, aun a riesgo de resultar excesivamente abarcativas, abren la atención a personas en las que la problemática de salud mental esta aun incipiente o poco consolidada. Por otra parte se asiste también a incrementos significativos de ciertos diagnósticos, que reflejan más que un cambio en la población, un cambio en la mirada de los profesionales. Por ejemplo en los

servicios de SM infantil de Catalunya, el diagnóstico que más ha crecido es el de Trastorno del Espectro Autista TEA, con un incremento del 24,5% en dos años.

- En consecuencia, llegan a los servicios, o necesitarían llegar a los servicios, personas más jóvenes. Su situación vital y su integración social pivotan en itinerarios formativos o en los de inserción laboral.
- Los jóvenes que tienen por objetivo poder trabajar o estudiar, a pesar de padecer un trastorno de salud mental, topan frecuentemente con el pesimismo de médicos, amigos y familiares.
- El modelo tradicional de atención al trastorno mental, basado sobre todo en el control de síntomas, ponía el acento en la adaptación del “paciente” al modelo asistencial. Se esperaba que el paciente adquiriera “conciencia de enfermedad” y que mantuviera la “adherencia al tratamiento”. Sin desvalorizar la importancia del control de síntomas, no son estos parámetros del modelo de Recuperación, que incide en el empoderamiento de la persona.
- Las administraciones públicas han ido priorizando la atención a jóvenes, lo cual ha permitido a las entidades desarrollar programas específicos, aunque son de duración limitada y financiados con subvenciones.
- No hay suficientes estudios sobre la incidencia e impacto de los programas de inserción laboral en general, ni en jóvenes en particular. Las evaluaciones se orientan a menudo, por exigencia de los financiadores, a indicadores relacionados con el número de contrataciones conseguidas.

2. AMPLIACIÓN DE PERFILES

Evidentemente las situaciones y características personales de los jóvenes que padecen algún tipo de trastorno mental son muy variadas. Pero podemos dibujar dos grandes grupos, que se pueden diferenciar en base a la edad de comienzo y la gravedad psicopatológica.

- Personas jóvenes con largos historiales psiquiátricos, a veces con origen desde la infancia. Han estado muy vinculados, ellos y sus familias, a los servicios asistenciales a lo largo de su desarrollo. Son personas a las que el trastorno ya ha desarraigado de sus cauces naturales de crecimiento, que mantienen alta dependencia de la familia y que tienen dificultades para definir una identidad adulta. Su red social tiende a extinguirse o a mantenerse en relaciones con otras personas usuarias de servicios de salud mental.
- Este perfil es el que clásicamente se ha atendido, aunque habitualmente las intervenciones rehabilitadoras o de inserción laboral han llegado bastante tarde porque no se suelen incluir en la visión más estrictamente medica

de la atención. La atención que se les ha ofrecido ha sido desde el marco construido para la atención a personas con trastornos crónicos de edades mas avanzadas, que tienen intereses y estilos propios de otro momento del ciclo vital.

- Jóvenes en fases previas del trastorno psicótico (conocidos como estados Mentales de Alto Riesgo) o con trastornos de personalidad que provocan significativos efectos en su vida relacional y funcionalidad.
- Son personas que no siempre están diagnosticadas, ni tratadas, ni mucho menos acreditadas con un certificado de discapacidad. Son reacias a acudir a servicios de salud mental. En algunos casos han sido atendidos en algún servicio de salud mental durante la adolescencia, pero la vinculación se rompe cuando cambian a la red de atención a la población adulta: según datos del Observatori del Sistema de Salut de Catalunya 2017, 4 de cada 10 pacientes con trastorno mental grave no realizan la transición de centro de salud mental de atención a infancia al de atención adulta a los 18 años.

De manera general, las características que aparecen habitualmente en jóvenes con problemas de salud mental en relación a sus itinerarios de inserción formativa /laboral son:

- Itinerarios formativos interrumpidos y experiencias de fracaso escolar. Esta circunstancia limita el acceso a trabajos de baja cualificación.
- Nula o escasa experiencia profesional. Falta de objetivo profesional y desmotivación.
- Diversos grados de impacto psicopatológico, que puede afectar incluso al rendimiento neurocognitivo.
- Aislamiento y dificultades en las relaciones interpersonales. A veces se acompaña de trastornos de conducta, que generan rechazo y conflicto con su entorno.
- Comorbilidad con adicciones, en diferentes grados que van del consumo a la adicción.
- Resistencia a acceder a servicios especializados en salud mental. En los casos en que se ha producido un ingreso psiquiátrico, que suele ser en un contexto de crisis, la experiencia marca un antes y un después. Significa para el joven, y también para su entorno, la evidencia de la irrupción del trastorno mental.
- Reacios a tramitar la certificación de discapacidad.
- El seguimiento de tratamientos psicofarmacológicos implica lidiar con efectos secundarios que afectan a aspectos claves en este momento de la vida, como son a su imagen corporal, su sexualidad o su activación cog-

nitiva.

- Convivientes, y dependientes, de su entorno familiar. La familia puede ser un factor de estímulo a la autonomía o, en otros casos, un freno derivado de actitudes sobreprotectoras desarrolladas ante la vulnerabilidad de los hijos. Trabajar puede valorarse como una exposición excesiva al riesgo de recaídas.
- Hay algunos factores de complejidad, menos habituales, pero que pueden ser muy relevantes. Es el caso de jóvenes migrantes, especialmente sin entorno familiar de apoyo, o de jóvenes tutelados.

Se revisan a continuación algunas de estas cuestiones y las respuestas que los equipos de inserción laboral pueden desarrollar ante las necesidades detectadas.

3. MEJORAR LA ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN

¿Por qué llegan las personas jóvenes que llegan? Prioritariamente llegan derivadas de los servicios sanitarios, lo cual implica el sesgo de la gravedad, puesto que suelen ser casos detectados, diagnosticados y tratados, en muchas ocasiones con una larga evolución, en centros de salud mental y a veces con experiencias de hospitalización.

Es indispensable mejorar la promoción y prevención de la salud mental, así como los programas de detección precoz. Existen en nuestro ámbito de actuación programas, que deberían poder extenderse más, de promoción de la salud mental en escuelas e institutos, experiencias de formación en alfabetización y primeros auxilios en salud mental 1 y programas específicos de intervención en psicosis incipiente. 2

Quizá hay que replantearse las vías de acceso de los jóvenes a los servicios donde poder consultar sobre sus problemas psicológicos y conflictos emocionales. Más allá de los servicios sanitarios, hay muchas más personas jóvenes posiblemente no diagnosticadas, ni tratadas pero con necesidad de un apoyo especializado. Son recientes algunas experiencias de apoyo psicológico a jóvenes en espacios comunitarios desarrollados por el Ayuntamiento de Barcelona. 3 También empiezan a haber experiencias de servicios de inserción laboral y formativa especializados en salud mental ubicados en espacios comunitarios, más frecuentados que nuestros despachos y mucho más normalizadores. Un ejemplo de ello es el programa Aprop Jove de Barcelona Activa. 4 Poder trabajar desde programas que no están encuadrados en servicios de salud mental ofrece también ventajas en la prospección empresarial. Sabemos que el trastorno mental es una de las vulnerabilidades que acarrearán más desconfianza entre los empleadores, aunque esto no se reconozca abiertamente. A la vez, el hecho de que los candidatos a un puesto de trabajo no vengán orientados desde un servicio de salud mental ayuda a respetar mejor la privacidad de los jóvenes en busca de inserción.

Otra reflexión en torno a la accesibilidad es la necesidad de incidir en las políticas públicas para replantear los criterios de acceso a algunos programas y subvenciones que exigen por ejemplo, disponer del certificado de discapacidad o tener vinculación a la

red de salud mental. La realidad es que éstos criterios son muy reduccionistas entre la población a la que atendemos y especialmente en el caso de las personas jóvenes y acaban suponiendo programas para los que es necesario buscar jóvenes que se adapten a ellos, en vez de programas que se adapten a las necesidades de las personas jóvenes.

Desde la perspectiva de facilitar el acceso a servicios especializados de inserción laboral de jóvenes con TM es necesario que sean de libre acceso, sin exigir derivaciones desde otros dispositivos y reduciendo las exigencias administrativas al mínimo.

4.REFORZAR LA CONTINUIDAD

Y los jóvenes que llegan a los servicios, ¿siguen? Es habitual que la discontinuidad y el absentismo sean norma de la vinculación del joven con los servicios asistenciales. La desmotivación, la desilusión, el cambio rápido de intereses o la búsqueda de soluciones mágicas forman parte también de sus itinerarios.

Los momentos del apoyo profesional a la inserción laboral, que se pueden considerar etapas del itinerario (no lineal) del joven, son:

- acceso al programa de apoyo
- evaluación competencial y psicosocial orientada a definir perfiles profesionales
- orientación formativo-laboral,
- preparación competencial
- búsqueda de empleo
- acompañamiento en toda la post inserción, así como tras la eventual pérdida del empleo.



Continuidad significa poder acompañar en esos diferentes momentos.

La capacidad de acompañamiento de los centros de salud mental es limitada. En los servicios de Catalunya en 2017, las personas con diagnóstico de esquizofrenia, que es el diagnóstico con una media de visitas más elevado, recibieron una media de 13,4 visitas al año, prácticamente una visita mensual. El acompañamiento que requiere un itinerario de inserción laboral ha de ser necesariamente más intensivo para garantizar la continuidad suficiente, que tendría que ser indefinida en el tiempo. Si se acepta que el apoyo farmacológico pueda ser indefinido, no se justifica

que no lo pueda ser el apoyo psicosocial.

Conseguir un trabajo no es el fin del itinerario laboral. Muchos trabajos son de corta duración y requerirán volver a la búsqueda de empleo al acabar el contrato. A veces es una crisis de la persona la que impide la continuación del trabajo y es particularmente importante la recuperación posterior y el retorno al ciclo laboral. También se tienen que contemplar el deseo de promoción profesional de la persona, que no tiene porque quedarse aferrada al empleo que ha conseguido.

Otro ingrediente necesario para facilitar la continuidad es la estabilidad de los referentes profesionales a lo largo del tiempo. Aunque el vínculo de la persona es de alguna forma con todo el equipo, es importante que haya una figura claramente de referencia, a quien pueda dirigirse de manera fácil y accesible, que sea conocedor cercano de las vicisitudes de su itinerario.

Establecer un vínculo de confianza y colaboración con los jóvenes será la base de la atención a personas jóvenes. Requiere que los profesionales asuman un rol de facilitadores, de acompañantes en sus itinerarios, que puedan salir de los despachos y acudir a espacios de la vida de los jóvenes, que sean flexibles en las intervenciones para que éstas sean auténticamente individualizadas. Hay que dar el tiempo necesario para que la persona clarifique y elabore sus intereses y opciones y promover la confianza, evitando actitudes críticas y juicios de valor.

Se ha señalado que es frecuente que los jóvenes carezcan de un claro objetivo, laboral o formativo y en definitiva, sin un proyecto personal. La intervención está ligada a empoderar a las personas jóvenes en la toma de decisiones y reforzar su protagonismo en sus propios proyectos vitales, más allá de la inserción laboral en el sentido clásico.

5.INCORPORAR TAMBIÉN ITINERARIOS FORMATIVOS

Un tema crucial en la atención a jóvenes es la interrupción en muchos casos de sus itinerarios formativos y las experiencias de fracaso que acumulan. El trastorno mental genera siempre alteraciones emocionales que provocan mucho sufrimiento a la persona y desconcierto en su entorno, tanto familiar como social. Los profesionales del ámbito educativo que les atienden, no quedan exentos de estas dificultades y pueden perder también la esperanza en que el joven salga adelante.

El impacto del nivel formativo es clave en las posibilidades de encontrar trabajo. El paro afecta en mayor medida a los individuos con menor nivel de cualificación, en especial en periodos de recesión económica. En España, todos los jóvenes tienen bajas tasas de empleo antes de los 20 años, tanto los de bajo nivel educativo como los de medio y alto. La diferencia está en que, en la etapa adulta, las personas que alcanzan un nivel de cualificación medio y alto presentan tasas de ocupación que llegan a niveles cercanos al 90%. En cambio, las personas con bajos niveles de cualificación apenas consiguen el 60%.

El retorno a la formación no es fácil, especialmente

en la etapa post obligatoria. Los recursos educativos para jóvenes que han abandonado los estudios y tienen más de 16 años son muy limitados y no ofrecen respuestas eficientes a esta población con necesidades educativas especiales. Paradójicamente, una de las iniciativas emblemáticas de la Estrategia Europea 2020 hace hincapié en la necesidad de mejorar la calidad y la equidad en la educación y la formación. Quizá por ello, algunas subvenciones públicas ya valoran como impacto positivo el retorno a la formación, pero en algunos casos solo para determinadas edades, cuando realmente cualquier joven que vuelva a la formación puede ser un paso hacia su recuperación y debería estar así valorado.

De nuevo es necesario en este tema recabar la sensibilización de la administración pública. El retorno a la formación, o la mejora de los niveles que se alcanzaron antes de un abandono prematuro, requiere de unas condiciones adaptadas a las necesidades de personas con trastorno mental, tal como existen para personas con discapacidad. Hay que facilitar unas condiciones de acceso y de desarrollo curricular más flexible, que permita por ejemplo absorber periodos de crisis del joven, sin que esto implique la pérdida del itinerario. La innovación es particularmente necesaria en los sistemas de acreditación de los niveles de titulaciones más básicos, como son los certificados de profesionalidad. Es necesario por ejemplo incorporar métodos de evaluación alternativos al examen escrito, basados en la práctica laboral.

Algunas experiencias alternativas, no específicas para jóvenes con trastorno mental pero útiles para ellos, son las escuelas de segunda oportunidad⁵. Se trata de alternativas educativas para jóvenes que han sufrido una experiencia de fracaso en su escolarización ordinaria, basadas en promover itinerarios flexibles e individualizados que permitan una continuidad educativa y un acompañamiento integral con refuerzo en competencias básicas y laborales. Dan prioridad a la experiencia práctica mediante un vínculo estrecho con el mundo empresarial y una apuesta caracterizada por el trabajo en red. En definitiva, una manera innovadora de hacer que podría ser perfectamente asumida por el modelo de inserción laboral en salud mental.

6.INNOVAR LOS MÉTODOS Y ESTILOS

Los programas tendrán que basarse en la accesibilidad, la individualización, la flexibilización en la atención y exigirá de los profesionales creatividad en el diseño de programas. Hay algunas aportaciones metodológicas que son particularmente útiles en la atención a jóvenes

Aprendizaje y Servicio

La mejora de la empleabilidad ha de contemplar específicamente el refuerzo de las competencias transversales de las personas jóvenes. Una de las metodologías que se están proponiendo para ello es el Aprendizaje y Servicio⁶. Proyectos que permiten que los aprendizajes alcanzados por las personas jóvenes en el marco de los servicios de inserción laboral y formativa sean aplicados en beneficio comunitario. Estos proyectos parten de la implicación de las personas jóvenes en la mejora de su entorno, refuerzan

así el ejercicio de la ciudadanía (convirtiéndose en agentes de cambio), suponen la adquisición de conocimientos (que pueden ser técnicos y profesionalizadores), el refuerzo competencial (como el trabajo en equipo, la responsabilidad, la relación interpersonal, etc) y la colaboración con otros agentes del territorio (para los cuales las personas usuarias son colaboradoras e incluso expertas en las temáticas específicas de los proyectos). Estos proyectos innovadores de Aprendizaje y Servicio dotan de significado para las personas jóvenes, muchas de las acciones que desarrollamos en los servicios de inserción.

Empleo con apoyo

El empleo con apoyo (IPS en su versión anglosajona), desarrollado originariamente en el ámbito de la discapacidad, tiene una serie de características definitorias:

- El objetivo es conseguir un empleo, no contempla por ejemplo actividades estrictamente ocupacionales.
- Apoyo continuado, de la manera más natural posible, y flexible a lo largo de todo el tiempo necesario. El apoyo es flexible porque no siempre se necesita en igual medida, porque se adquieren habilidades, porque se adquiere experiencia, porque puede aparecer una situación personal de crisis.
- Toma en consideración de las preferencias de la persona en las elecciones profesionales, no limitándose a aquellos empleos que son mas accesibles, por ejemplo por la baja cualificación.
- Prioridad en conseguir una colocación, previa al entrenamiento: se trata de aprender el trabajo trabajando.
- Descarte cero, nadie es inempleable. Se dan oportunidades a quienes quieran trabajar, tratando de realizar el mejor emparejamiento posible entre las capacidades y expectativas de la persona y las posibilidades y demandas del puesto.

Una mayoría de jóvenes tienen escasa experiencia laboral. Pero a la vez el acceso a entornos productivos lo antes posible, es un ingrediente eficaz para el acceso al empleo. Los itinerarios de inserción que propongamos desde los servicios deberán tener en cuenta la necesidad de acercar a los jóvenes al entorno productivo, visitar organizaciones, poder analizar diferentes perfiles profesionales y poder hacer prácticas en empresas.

El informe de R.Perkins Working our way to better mental health: a framework for action. Work,

Recovery and Inclusion sugiere que alrededor del 78% de las personas con problemas de salud mental requiere algún apoyo durante los primeros seis meses en el trabajo. Esta cifra cae al 35% después de doce meses y solo 18% después de 24 meses. Pero también hay que asumir que algunas personas requerirán apoyo ilimitado para sostener el trabajo.

Las Tecnologías de la Comunicación e Información (TIC) y los nuevos nichos de empleo.

Recientes artículos plantean que en los próximos años se desarrollarán nuevas profesiones que actualmente no existen. No sabemos cuáles serán los puestos de trabajo del futuro pero sí que muchos de ellos estarán relacionados con la aplicación de tecnologías de la información y la comunicación TIC. También los equipos han de ser creativos, orientando la prospección a nuevos entornos y mercados que puedan suponer nuevos nichos de ocupación para las personas jóvenes, mejorando su ocupabilidad para que puedan acceder a estos trabajos.

Las acciones de apoyo a la inserción han de integrar las TIC, ya no solo para promover la ocupabilidad de las personas jóvenes sino para facilitar el contacto con ellos y para ofrecer un apoyo más cercano. Los equipos profesionales deberían flexibilizar los antiguos procedimientos de contacto o de concertación de visitas, introducir los seguimientos on line o telefónicos y utilizar app como herramientas de apoyo a la inserción y a la formación competencial.

Formación en “primeros auxilios” en salud mental.

Los primeros auxilios en SM ya se han citado antes como una herramienta de valor preventivo a aplicar especialmente en contextos educativos. Se trata de incrementar su capacidad inclusiva, de detección y de sensibilización impartiendo nociones básicas de salud mental tanto a alumnos como profesorado.

Un aspecto importante para mantener a las personas bien integradas en su trabajo es la conciencia de las condiciones de salud mental en la empresa (modelo de empresa saludable) y es probable que sea una parte clave de las habilidades de los gerentes y directivos. Esto hace que la formación en primeros auxilios de salud mental para empleadores y trabajadores en general, especialmente en pequeña empresa, sea una herramienta que podamos ofrecer para fidelizar a las empresas con las que realizamos tareas de prospección.

7.INCORPORAR LA TRANSVERSALIDAD

La fragmentación del sistema de provisión de servicios no ayuda a la continuidad. Los servicios sanitarios de salud mental, los de atención a toxicomanías y los de inserción laboral son diferentes e incluso pertenecen a redes asistenciales no integradas.

El abordaje especializado, integral e individualizado que requiere el apoyo a la inserción laboral exige la interdisciplinariedad dentro de los equipos y la coordinación externa con otros servicios y dispositivos a los que están vinculadas las personas jóvenes (ya sean sanitarios o comunitarios). Esta necesaria complementariedad puede llevarse a cabo de diferentes maneras.

La manera clásica es la coordinación entre equipos basada en reuniones periódicas en las que se revisan algunos casos, aunque en muchos territorios no se alcanza ni este nivel. La participación en las reuniones suele quedar delegada en los profesionales sociales, siendo más escasa la participación de psiquiatras. En este modelo, la preselección de candidatos a

la inserción laboral se hace desde el centro de salud mental, en donde no hay profesionales especialistas en inserción laboral.

Se hace necesario poder avanzar hacia formulas que permitan mayor grado de transversalidad en el trabajo de los equipos. Una de ellas es la aplicación de sistemas de interconsulta entre servicios, que facilita el acceso entre profesionales fuera del marco de las reuniones y contempla la realización de acciones conjuntas entre profesionales de distintos servicios, especialmente servicios sanitarios y de inserción laboral.

REFERENCIAS

1. <http://www.espaijove.net>
2. http://salutintegralbcn.gencat.cat/web/.content/30_ambits/salut-mental-adiccions/Consens-PAE-TPI-DEFINITIU.pdf
3. https://ajuntament.barcelona.cat/ciutatvella/es/noticia/abre-el-espacio-konsultam-un-servicio-de-soporte-psicologico-para-la-juventud_690068
4. <https://treball.barcelonactiva.cat/porta22/es/assetsocupacio/programes/pagina48458/a-prop-jove.do>
5. <https://www.e2oespana.org/>
6. <https://aprendizajeservicio.net/>

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
Año 2024; Volumen 20, número 1.

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 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.

METAANÁLISIS

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

1. 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.
2. 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.
3. 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).
4. 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.
5. 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).
6. 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.
7. National Health Service (NHS). SIGN 50 A guideline developer's handbook. Revised edition. Edinburgh (United Kingdom): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2008.
8. 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>.
9. 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.
10. 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>
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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>
16. 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.
17. 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.
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.
19. 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.
20. 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):11. doi: 10.1186/s12888-017-1278-2. PMID: 28335758; PMCID: PMC5364573.
21. 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>
22. 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.
23. 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 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+.

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++

INVESTIGACIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: INVESTIGACIONES POSIBLES, REPERCUSIONES POSIBLES

RESEARCH IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: POSSIBLE RESEARCH, POSSIBLE REPERCUSSIONS

Autores:

Jesús Saiz¹, Marta Rosillo^{1,2}

¹Departamento de Psicología Social, del Trabajo y Diferencial, Universidad Complutense de Madrid, España.

²Centro de Rehabilitación Psicosocial Los Cármes. Intress. Consejería de Políticas Sociales y Familia, Comunidad de Madrid, España.

Autor de correspondencia: Jesús Saiz. jesus.saiz@psi.ucm.es

Año 2023; Volumen 19 número 1.

RESUMEN

Este texto es un artículo original breve, que pretende generar reflexión en torno al ejercicio de la investigación en Rehabilitación Psicosocial, los diferentes tipos de investigaciones posibles, así como sus repercusiones. Comienza describiendo algunos elementos introductorios, tales como el paradigma de Investigación - Acción - Participación, una epistemología que incluya la subjetividad o algunos métodos de investigación dentro de un enfoque cuantitativo clásico.

En segundo lugar, se describen cuatro posibles motivos para investigar, manteniendo una perspectiva flexible, amplia y aplicada.

Finalmente, se discute en torno a la investigación en el día a día, deteniéndose en el triple acercamiento a la investigación en contextos sensibles, el cual incorpora entre sus supuestos los principios de la recuperación.

Palabras clave: Investigación, Rehabilitación Psicosocial, Recuperación.

ABSTRACT

This is a brief original article, which aims to generate reflection on the exercise of research in Psychosocial Rehabilitation, the different types of possible research, as well as its repercussions. It begins by describing some introductory elements, such as the Research-Action-Participation paradigm, an epistemology that includes subjectivity or some research methods within a classical quantitative approach.

Secondly, four possible reasons for research are described, maintaining a flexible, broad, and applied perspective.

Finally, research is discussed on a day-to-day basis, focusing on the triple approach to research in sensitive contexts, which incorporates among its assumptions the principles of recovery.

Keywords: Research, Psychosocial Rehabilitation, Recovery.

CUESTIONES INTRODUCTORIAS

En la acepción de la Real Academia Española, investigar implica “realizar actividades intelectuales y experimentales de modo sistemático con el propósito de aumentar los conocimientos sobre una determinada materia”. La American Psychological Association, concretando más, propone que investigar consiste en “el esfuerzo sistemático para descubrir o confirmar hechos, ya sea un nuevo problema o tema, o para describir eventos y comprender las relaciones entre variables conocidas, (...) mediante métodos científicos de observación y experimentación (...).”. Ambas definiciones subrayan la importancia de que esta acción sea sistemática y cuyo resultado será la obtención de conocimientos.

En el ámbito de la rehabilitación psicosocial, un elemento clave para la generación de conocimiento es la evaluación de las intervenciones. Así, la evaluación es un “instrumento para intervenir y un proceso interactivo y complejo (multidimensional) impregnado de valores y de intereses”¹. Evaluar es una tarea diaria imprescindible, es parte de la intervención y al evaluar se está interviniendo. Posiblemente, la diferencia entre una intervención profesional y una intervención no profesional, muchas veces inocente y bienintencionada, tiene que ver, entre otras cuestiones, con esta evaluación sistemática.

Desde un enfoque constructivista², la investigación aplicada pretende resolver problemas, utilizando los principios científicos de que dispone la disciplina desde la cual se realiza. En los dispositivos de rehabilitación psicosocial, fundamentalmente, se realizan acciones en línea con una investigación aplicada, planificación y evaluación sistemática de situaciones, así como puesta en marcha de acciones para mejorarlas, a las cuales les siguen otras evaluaciones y nuevos diseños de intervención.

Esta naturaleza circular característica de la investigación aplicada, o cotidiana, en los servicios de rehabilitación, también ha sido reconocida bajo el clásico paradigma de Investigación – Acción, ahora ampliado, al paradigma de Investigación – Acción – Participación. Esta forma de hacer investigación, en consonancia con los principios de recuperación, requiere obligatoriamente de la participación activa de las personas-sujetos en la propia Investigación³.

Por otra parte, dada su complejidad y el hecho de dirigirse hacia personas, sujetos, la investigación en Rehabilitación Psicosocial se puede abarcar desde una “epistemología que incluya la subjetividad”². Esta perspectiva del quehacer científico incorpora el mayor número de estrategias de investigación posible, empleando instrumentos tanto cuantitativos (cuestionarios estandarizados, encuestas, registros, etc.) como cualitativos (entrevistas, historias y relatos de vida, grupos de discusión, grupos nominales, observación participante, etc.).

Todos los resultados de la aplicación de estos instrumentos facilitarán una serie de datos que podrán ser entendidos como “indicadores”⁴, es decir, “unidades elementales de información que aparecen en el curso de la investigación”, no como objetos finales de la investigación, sino como partes que requerirán de una integración, análisis y sentido posterior.

Dentro de los diseños habituales de investigación, bajo un enfoque cuantitativo, podremos hacer uso de los siguientes métodos: a) Experimental, cuando manipulemos variables, pero además seamos capaces de asignar alea-

toriamente los participantes a los distintos niveles de la variable manipulada. Adicionalmente, resulta de utilidad emplear como grupo de comparación a las personas que se encuentran en listas de espera para acceder a ese tratamiento o intervención que se pretende evaluar (diseños con grupo control en lista de espera). b) Cuasi-experimental, cuando tengamos que asignar grupos pre-existentes a los distintos niveles de la variable manipulada. c) Descriptivo-correlacional, cuando no es posible manipular las variables independientes y todas las demás, estas variables se miden y se relacionan. Aunque esto reduce la capacidad de determinar causa o efecto, este método se emplea cuando interesa saber la relación que existe entre diferentes variables, o describir procesos para después realizar cambios o diseñar nuevas intervenciones.

MOTIVOS PARA INVESTIGAR

Dado que en el día a día profesional, se puede llegar a generar evidencia empírica (sistemática y válida), existen una serie de razones por las cuales investigar resulta imprescindible:

- (a) En primer lugar, dado que el objeto de la rehabilitación psicosocial son las personas, en su contexto, y que esta realidad es cambiante y sumamente compleja, la investigación permite comprender, explicar, predecir y, finalmente, operar en este campo con cierta seguridad. La investigación, junto con el marco teórico que le acompaña, permite escudriñar la realidad, categorizarla, sintetizar algunos de sus elementos en variables, para, posteriormente, elegir los objetivos de intervención de la forma más operativa posible.
- (b) Los conocimientos generados de la investigación aumentan la probabilidad de éxito de las intervenciones. Las intervenciones no son guiadas por el sentido común, las buenas intenciones o rutinas de trabajo acumuladas en el tiempo, sino por datos, indicadores de proceso y resultados, que, en manos expertas, son integrados y adquieren un sentido práctico, aplicable, de absoluto valor. Por ejemplo, sin una investigación sistemática no sería posible determinar qué intervenciones son eficaces y cuáles no, con lo cual tampoco tendríamos elementos para decidir cuáles aplicar y en qué circunstancias.
- (c) La investigación posibilita la toma de decisiones en todos los niveles (profesional y político). Permite conocer la eficacia de los recursos y servicios, y planificar con eficiencia el gasto e inversión en los recursos de rehabilitación. Numerosos estudios de coste eficiencia han servido para respaldar importantes apuestas en la creación de servicios en salud mental, como por ejemplo, dispositivos de Housing First⁵ o servicio de Tratamiento Asertivo Comunitario⁶.
- (d) Finalmente, la tarea de investigar es transversal con los cuatro compromisos que adquiere el profesional de la intervención en problemas sociales⁷. Es decir, pone a disposición de la persona atendida las estrategias y herramientas de intervención que mejor se corresponden con sus necesidades. Rentabiliza los recursos del profesional, permitiéndole a este sus propios cuidados. La investigación, cuando posee una perspectiva ecológica, comu-

nitaria y participativa, incluye a diferentes actores con lo que genera impactos amplios y sostenibles. Y, finalmente, contribuye a mejorar el bagaje teórico-práctico existente, repercutiendo positivamente en la mejora de la disciplina científica.

LA INVESTIGACIÓN EN EL DÍA A DÍA. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Durante el quehacer diario, en la cotidianidad del trabajo profesional en rehabilitación psicosocial, la investigación debe tener muy presente el lugar en donde se encuentra, y hacer uso de lo que otros han señalado el triple acercamiento en contextos de investigación sensibles⁸:

1. En primer lugar, la investigación se debe realizar acorde con los principios de recuperación. De esta manera, debe dar apoyo y valor a las narrativas individuales, lo cual incluye tomar en cuenta también aquellas experiencias religiosas y espirituales valiosas para la persona^{9,10} que de otra manera podrían pasar inadvertidas. Además, la investigación fomentará la resiliencia, es decir, el aprendizaje de cada etapa anterior, problema o dificultad superada.

Por otra parte, esta validación de narrativas hará al paradigma participativo prioritario. Apostando por la horizontalidad, considerará a la persona atendida como experto en su vida y en su recuperación, por lo que deberá estar presente en todo el proceso de investigación, diseñando y valorando cada una de las acciones a realizar.

Además, la investigación deberá poseer un sentido para las personas involucradas, y al poner en valor la experiencia y conocimientos de las personas afectadas, transmitirá esperanza y confianza a las mismas.

2. En segundo lugar, la estrategias e instrumentos que vayan a emplearse, independientemente de si con cuantitativos o cualitativos, deberán ser sensibles con posibles experiencias de sucesos traumáticos que puedan evocar o tratar.

Para ello, la selección de los instrumentos a aplicar deberá ser muy cuidadosa. Deberá observarse detalladamente que estas no sean iatrogénicas, ni intrusivas, ni infantilizadoras, y además, que sean respetuosas con la dignidad y el valor de la persona¹¹.

El empleo de métodos creativos, como el photo-voice, la escritura narrativa, el role-play, etc., pueden ser alternativas muy deseables¹², al igual que otras estrategias ya clásicas, como los autorregistros, cuando permitan a la persona mejorar su conciencia de la situación y adquirir una retroalimentación rápida del curso de la investigación.

Los comités éticos deben ser consultados y, siempre que sea posible, estos instrumentos de evaluación deberán haber sido también diseñados o validados por las personas afectadas¹³.

3. Finalmente, la investigación debe huir de cualquier motivación egoísta, exclusivamente academicista, y buscar el impacto colectivo en sus resultados, debe ser lo que autores como Martín Baró llama-

ron “acción libertadora”¹⁴. Para ello es necesaria una perspectiva socio-ecológica, que contemple diferentes actores, y los incluya en todos los procesos. Esta acción libertadora, en lo personal y colectivo, al promover el apoyo mutuo y el asociacionismo, garantizará la sostenibilidad de los resultados. Mientras que, al mejorar la identidad individual y social, a la par que el fortalecer el sentido de pertenencia, fomentará el empoderamiento de los participantes y el colectivo.

Proponer una investigación participante, en la que no sólo los momentos de diseño y evaluación sean compartidos, sino que sus resultados y beneficios recaerán directamente sobre el total de sus integrantes, promete además otros resultados muy deseados. Como la mayor permanencia o adherencia a la investigación e intervención de los participantes, o la garantía de que existirá un cumplimiento con los Derechos Humanos¹⁵.

En definitiva, la investigación en rehabilitación psicosocial es algo que debe llegar a ser cotidiano, habitual en cada servicio y programa, y que, de esta manera, potencie tanto procesos de recuperación individual, como la creación de lugares de encuentro y transformación social científicamente contruidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Vidal A. Manual de psicología comunitaria: un enfoque integrado. Madrid: Ediciones Pirámide; 2007.
2. Gonzalez Rey F. Epistemología cualitativa y subjetividad. Sao Paulo: EDUC; 1997.
3. Jacobson N, Altenberg J, Barnes J, Cusson R, Rowley V, McKinnon B. Recovery in Community: Using Participatory Action Research to Explore Recovery with Alternatives. Canadian Journal of Community Mental Health. 2005 Sep;24(2):85–97.
4. González Rey FL. Investigación cualitativa y subjetividad: los procesos de construcción de la información. México: McGraw-Hill; 2007.
5. Latimer EA, Rabouin D, Cao Z, Ly A, Powell G, Aubry T, et al. Cost-Effectiveness of Housing First With Assertive Community Treatment: Results From the Canadian At Home/Chez Soi Trial. PS. 2020 Oct 1;71(10):1020–30.
6. Lehman AF, Dixon L, Hoch JS, Deforge B, Kernan E, Frank R. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. Br J Psychiatry. 1999 Apr;174(4):346–52.
7. Yela García C. Psicología social de los problemas sociales. Madrid: Sanz y Torres; 2019.
8. Paton J, Horsfall D, Carrington A. Sensitive Inquiry in Mental Health: A Tripartite Approach. International Journal of Qualitative Methods. 2018 Dec 1;17(1):160940691876142.
9. Fallot RD. Spirituality and religion in recovery: Some current issues. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2007;30(4):261–70.
10. Saiz J, Chen-Chen X, Mills PJ. Religiosity and spirituality in the stages of recovery from persistent mental disorders. Journal of Nervous and Mental Disease. 2021;209(2):106–13.
11. Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica: excesos y alternativas en salud mental. Madrid: Grupo 5; 2013.
12. Saavedra J, Pérez E, Crawford P, Arias S. Recovery and creative practices in people with severe mental illness: evaluating well-being and social inclusion. Disability and Rehabilitation. 2018 Apr 10;40(8):905–11.
13. Sampietro HM, Carmona VR, Rojo JE, Gómez-Benito J. Mapping mad maps and recovery tools developed by mental health service users and survivors of psychiatry: a scoping review. BMJ Open. 2022 Jun;12(6):e061692.
14. Martín-Baró I, Chomsky N. Psicología de la liberación. Blanco Abarca A, editor. Madrid: Ed. Trotta; 1998. 374 p. (Colección Estructuras y procesos Serie Pensamiento, Psicopatología y psiquiatría).
15. Forrest R. The implications of adopting a human rights approach to recovery in practice: Of the various interpretations of the recovery model, Ruth Forrest favours the type of support that helps to overcome the power imbalance inherent in the therapeutic relationship. Mental Health Practice. 2014 May 9;17(8):29–33.

INTERVENCIÓN CON PERSONAS SIN HOGAR CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y CRÓNICOS EN EUROPA

INTERVENTION WITH HOMELESS PATIENTS WITH GRAVE AND CHRONIC MENTAL DISORDERS IN EUROPE

Autores:

M. Muñoz, E. Pérez y S. Panadero.

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Correspondencia: M. Muñoz.

Facultad de Psicología.

Universidad Complutense de Madrid.

Campus de Somosaguas, s/n.

29223 Madrid (España).

Correo electrónico: mmunoz@psi.ucm.es

Año 2004; Volumen 1 número 2.

RESUMEN

En este artículo se presenta, en primer lugar, una revisión de algunos de los resultados más relevantes de los estudios sobre personas sin hogar llevados a cabo por el equipo de investigación en España, principalmente sobre salud mental y sucesos vitales estresantes. Además de describir la situación de las personas sin hogar en esas variables, se incluyen también los resultados más destacados de un estudio europeo sobre las características de los servicios dirigidos fundamentalmente a población sin hogar y algunos comentarios sobre la relación de estas personas con los servicios. Por último se realizan algunos apuntes sobre las líneas generales de intervención a seguir con este colectivo.

Palabras clave: personas sin hogar, salud mental, servicios.

ABSTRACT

This paper presents, first of all, a review about the most relevant outcomes of some studies about homeless people in Spain, about mental health and stressful life events. Furthermore to describe the situation of homeless people in those variables, paper includes the most important outcomes of an European study about characteristic of services for homeless people and other commentaries about the relationship between homeless people and the resources. At the end, authors present some commentaries about main ideal characteristics of interventions for homeless people.

Keywords: homeless people, mental health, services.



En el presente trabajo se resumen los datos de algunas de las variables más relevantes de la situación de las personas sin hogar (PSH) en nuestro país, puestas de manifiesto por la línea de investigación seguida por los autores durante los últimos años¹⁻³. Además se incluyen algunos de los principales resultados del proyecto de investigación europeo To Live in Health and Dignity⁴ financiado por la Comisión Europea.

En primer lugar se comentan algunos de los aspectos más interesantes relacionados con la situación de las PSH, concretamente su salud mental y los sucesos vitales estresantes a los que se ven expuestos para, posteriormente, analizar la situación de los servicios dirigidos a esta población. Para finalizar se incluye un comentario sobre las directrices futuras que, a juicio de los autores, deben organizar la intervención psicosocial en este tipo de problemas.

Situación de las personas sin hogar

Salud mental

Dentro de los problemas de salud mental que afectan a las personas en esa situación, lo más destacable hace referencia a la prevalencia del trastorno por consumo (abuso y dependencia) de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Considerando el doble diagnóstico, los trastornos asociados al consumo del alcohol y drogas de uno u otro tipo llegan a afectar casi al 50% de la población de PSH^{5,6}. También aparecen índices elevados de otros trastornos; excluyendo trastornos relacionados con drogas o alcohol, la prevalencia vital de otros trastornos mentales se sitúa en torno al 35%^{5,6}.

Tras comprobar la existencia de la relación entre situación sin hogar (SH) y problemas de salud mental, se intentó clarificar la dirección de dicha relación. Para intentar clarificar el papel que desempeñan los problemas de salud mental en la etiología y mantenimiento de la situación SH se exploró el momento de aparición de los trastornos mentales respecto al momento de llegada a la situación SH. Es decir, se analizó si los trastornos mentales habían comenzado antes, durante (en el mismo año en el que llegaron a la situación SH por primera vez) o después. Los datos mostraron que la mayoría de las PSH, sufrían sus primeras crisis de salud mental, incluidos los problemas de consumo de

alcohol, antes de su llegada a la situación SH. Por lo tanto, el papel de los trastornos mentales en la situación SH, si no es causal, sí por lo menos es importante en cuanto al efecto en la pérdida de la vivienda y de la relación social que tiene la enfermedad mental. Esta información aparece reflejada de una forma bastante evidente en la figura 1. De esta forma parece que la situación SH responde no sólo a un déficit personal, sino a un fracaso de los servicios que tienen la responsabilidad de atender a estas personas. De hecho, se cambia el foco del análisis de la persona a los servicios. No se trata tanto de un fracaso personal, como del fracaso de las instituciones y de los servicios de prevención y atención.

Sucesos vitales estresantes

Otro aspecto relevante en la situación SH son los sucesos vitales estresantes que estas personas padecen a lo largo de su vida. Para determinar la relación entre dichas vivencias y la situación SH, un trabajo de investigación³ llevó a cabo una comparación entre un grupo de PSH, definidas como aquellas personas que dormían en albergues o en la calle, con un grupo de personas que iguala las variables socioeconómicas del grupo anterior, que utilizaban servicios para PSH (comedores, baños públicos, etc.), pero que mantenían una vivienda y que era equivalente al grupo SH en las variables socioeconómicas. En este trabajo se utilizó un instrumento de medida y una estrategia de muestreo muy sofisticada, que incluía una estrategia de muestreo representativa y ponderaciones en función del uso de servicios. A partir de los datos recogidos sobre sucesos vitales estresantes se realizó un análisis evolutivo, que aparece en la figura 2. En esta figura se aprecia en la línea superior los años de la vida de la persona, y se incluyen los sucesos en los que hay diferencias entre los grupos, ordenados según la edad media a la que aparecen en los grupos SH. Observando la figura encontramos que la frase de García Márquez, acerca de que todos estamos condenados a cien años de soledad, es más cierto para unas personas que para otras. En cuanto a la situación de soledad de estas personas se observa que en la primera infancia han recibido malos tratos el 21 % de los participantes de la muestra (que en total incluía a 289 PSH), problemas de drogas en los padres el 24%, abandono el 10%, orfanato el 14 %, y los padres abandonan el hogar en el 11%. Esto afectaría ya a más del 30% de los casos.

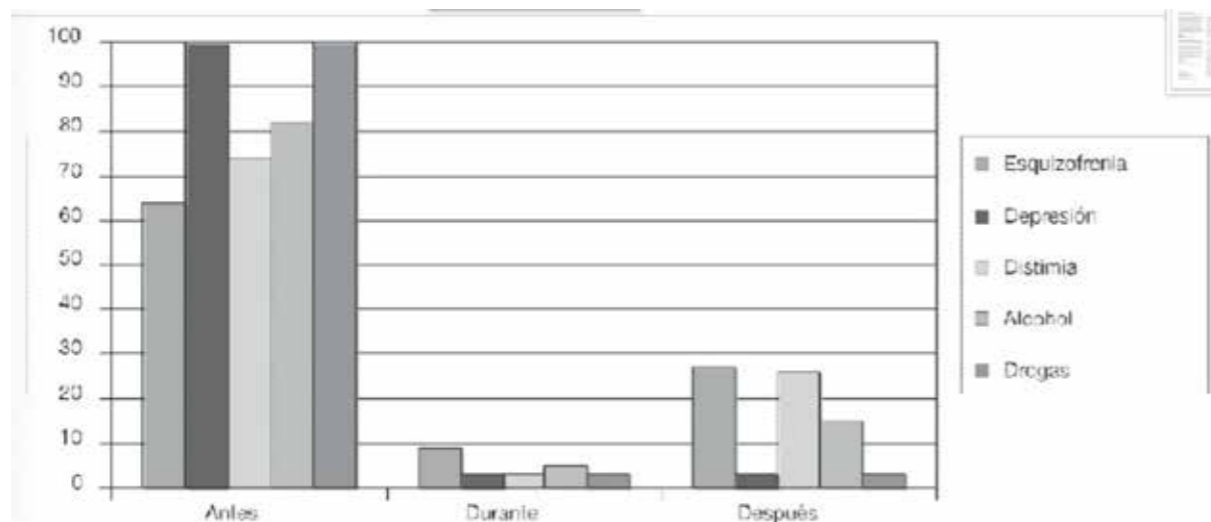


Fig. 1. Trastornos mentales DSM-III-R y momento de aparición de la situación "sin hogar". Rehabilitación psicosocial 2004;1(2):64-72 65

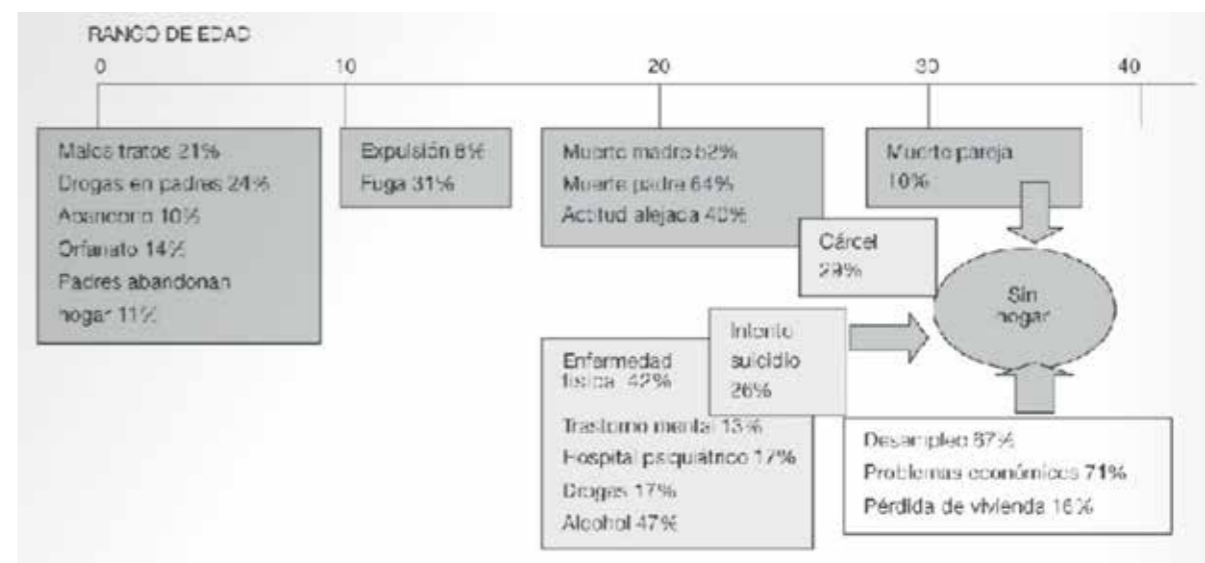


Fig. 2. Sucesos vitales estresantes en personas sin hogar comparándolas con un grupo de riesgo.

En cuanto a la primera adolescencia (concretamente entre los 10 y los 13 años) el 8 % son expulsados de su vivienda y uno de cada tres se fuga. A los 20 años ya han perdido a su madre la mitad de estas personas y a su padre el 64%. La comparación de este grupo (SH) con el grupo de contraste resulta muy interesante, ya que tales pérdidas ocurren en la misma proporción, pero 15 años más tarde. Es decir, estamos hablando de personas que a los 20 años han sido expulsadas de sus casas, han perdido a sus padres y cuando se incorporan al mundo laboral tienen que desplazarse, casi en la mitad de los casos, lejos de su lugar de residencia.

Aquellos que consiguen tener pareja, alrededor de un 10%-15%, la pierden o muere antes de los 30 años. Evidentemente este cúmulo de acontecimientos negativos afecta a la salud tanto mental como general. A los 20 años el 42 % tiene algún problema de salud física más o menos serio, el 13 % ya tiene trastornos mentales diagnosticados, el 17 % ha pasado por el hospital psiquiátrico y el 17 % ha recurrido a las drogas, o uno de cada dos presenta dependencia alcohólica o abuso del alcohol. A los 24 años, uno de cada 4 ha intentado suicidarse. Antes de los 30 años uno de cada tres ha pasado ya por la cárcel. Evidentemente, con esa historia vital, cuando aproximadamente a los 30 años aparecen problemas económicos y laborales serios (el desempleo afecta al 67%, el 71 % se halla en problemas económicos, y un 16% pierde la vivienda por embargos y expropiaciones), entonces aparece la situación SH (aproximadamente a los 32 años).

Lo descrito es un boceto aproximado de la vida de las personas en situación SH. Por supuesto, esto no quiere decir que todas las personas sufran todos los sucesos, pero lo cierto es que la media de sucesos padecidos por los sujetos estudiados antes de los 30 años es de 5 de los que se han mencionado hasta este momento. No constituyen, por tanto, un grupo especial de personas, sino personas a las que les han sucedido a lo largo de su vida adversidades que les han puesto en una situación difícil, tan complicada que los recursos de que dispone la sociedad, desde la familia a los recursos sanitarios, sociales, de vivienda, de empleo, etc., no han sido suficientes para prevenir o reducir el impacto que tales acontecimientos tienen en su vida.

Personas sin hogar y servicios de atención

Servicios para población general. Barreras de acceso

A la hora de empezar a describir los servicios para las personas en situación SH el primer aspecto a destacar son los problemas que tienen éstas para acceder a los mismos. Las barreras se acumulan de forma aún mayor entre aquellos que además de estar en esta situación presentan problemas de salud mental grave.

En primer lugar, existen unas barreras que provienen de los propios problemas que presentan las PSH. Algunas de ellas tienen problemas de salud mental con déficit cognitivos que les impiden acceder a los servicios o estar en disposición de acceder a los mismos; en otros casos la propia falta de conciencia de la enfermedad hace que no acudan a los servicios o que no busquen ayuda, es decir, no se sienten necesitados de ayuda y por lo tanto no la buscan.

Hay también barreras que provienen de la propia pobreza. En todos los estudios sobre pobreza se entiende o se observa que las personas pobres acceden peor a los servicios que las personas de un mayor nivel económico, sea cual fuere el tipo de servicio social.

Un tercer tipo de barreras provienen del propio aislamiento social. En el caso de personas que necesitan atención, muchas veces es la propia familia la que acompaña, convence u obliga a la persona a acudir a los servicios. Pero ¿qué pasa cuando no se tiene familia? Si el apoyo familiar no existe es muy posible que nadie haga esa labor. La ausencia de apoyo familiar, y social en general, es una característica definitoria de la situación SH, por lo que resulta lógico pensar que la mayoría de estas personas encuentran problemas para acceder a los servicios, derivados de su propia falta de apoyo social.

Pero además se debe reconocer que los propios servicios también ponen barreras al acceso de las PSH. En España, y en general en toda la Unión Europea, existe un sistema fragmentado de servicios en el que no hay una única puerta de acceso a los mismos. Ese sistema fragmentado, al que ya es difícil para la mayoría de la población acceder y conocer en detalle, resulta inaccesible para las personas

con problemas cognitivos. Por otra parte, también existe en nuestro país, y en general en todo el mundo, una falta tanto de integración de los servicios sociales y de salud como de comunicación entre los propios servicios. La lucha por las competencias, cuando llega a un nivel de asistencia personal, crea un efecto de “máquina del millón” y “puerta giratoria” unidos, es decir, la persona “rebota” de un lado a otro sin demasiado control sobre su propia trayectoria. Esta situación es especialmente difícil para algunos individuos; por ejemplo, una persona con problemas de abuso de sustancias y depresión: no existe un servicio para ellos. Los servicios de atención a drogodependencias dependen de los Servicios Sociales, mientras que los servicios que atienden a personas con trastornos depresivos dependen de los servicios de Salud Mental. No existe un servicio coordinado para personas con doble diagnóstico, y sin embargo esto sucede en la mayoría de los casos. Para la mayoría de la población general sería posible asistir a los dos tratamientos con el apoyo de la familia, pero ¿qué pasa cuando la persona no tiene familia y está en una situación de deterioro importante?, que la segunda vez que le mandan de un sitio a otro, abandona.

Servicios para personas sin hogar. Situación en la Unión Europea: “Proyecto To Live in Health and Dignity”

A lo largo del año 2000 se desarrolló el proyecto *To live in Health and Dignity*, que pretendía identificar ejemplos de buenas prácticas en servicios para PSH y otras poblaciones en situación de exclusión en diferentes países europeos. Se consideró que un primer paso hacia la mejora de los servicios era la elaboración de un “mapa” de servicios existentes para describir qué actuaciones se estaban llevando a cabo e identificar modelos de buenas prácticas. A continuación se comentan los principales resultados obtenidos por este proyecto al analizar 60 proyectos de lucha contra la exclusión social en 10 capitales europeas.

En primer lugar, como puede verse en la figura 3, los servicios están atendidos por equipos multiprofesionales. En la mayoría de los casos en los programas participan diferentes tipos de profesionales, principalmente de la salud y de formación social. Igualmente se observa la presencia de un número elevado de voluntarios de distinta índole y formación.

En cuanto a la relación entre los diferentes programas todo el mundo afirma trabajar en red, sin embargo la impresión general es que es muy difícil creer que esto sea así. Más bien existe una buena predisposición hacia la colaboración (fig. 4); el 98 % de los servicios afirma que mantiene contactos con otros servicios, pero que no comparte objetivos ni existe una planificación común, que es como debería entenderse el verdadero trabajo en red.

El enfoque de case management es el único que parece poder garantizar el seguimiento de las PSH. Es importante contar con una persona de referencia que capte al usuario desde el principio y que coordine toda su intervención, social, sanitaria, educativa, laboral, etc. El 60% de los programas participantes afirma trabajar según este modelo de intervención, cifra que resulta bastante elevada, pero aún quedaría un 40 % que no lo sigue (fig. 5).

Por lo que se ha comentado anteriormente sobre las barreras de acceso de las PSH a los servicios, la búsqueda activa se convierte en una estrategia necesaria para garantizar el acceso de estas personas a los servicios. La búsqueda activa, acercar el servicio allá donde las personas se encuen-

tran, muy probablemente a la propia calle, sólo se realiza en el 33 % de los servicios, y en la mayoría de los casos de una forma muy tangencial, sin ser la actividad central del servicio (fig. 6).

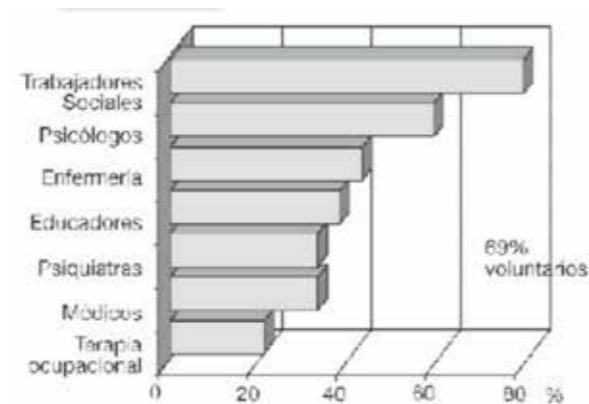


Fig. 3. Profesionales de los servicios.

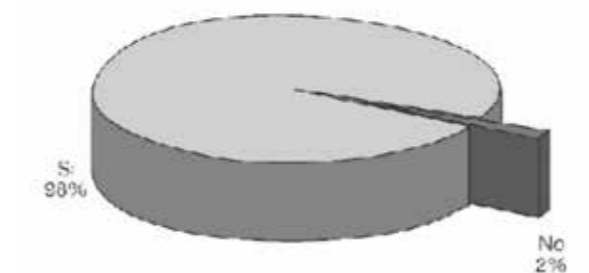


Fig. 4. Trabajo en red.

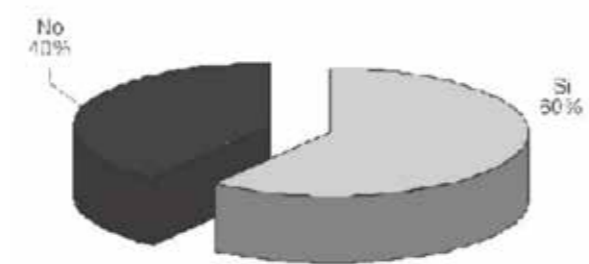


Fig. 5. Enfoque de case-management o seguimiento de caso.

En cuanto a acciones de vivienda, y se está hablando probablemente de los 60 mejores programas europeos, casi el 100% ofrecen información o trabajan en red (sólo tres no ofrecen ningún tipo de servicio de vivienda, ni siquiera información al respecto); aproximadamente uno de cada dos programas ofrece acciones directas relacionadas con la vivienda (fig. 7).

Algo parecido se observa en las acciones encaminadas a la reinserción laboral, muy necesarias en este colectivo en el que la inmensa mayoría están desempleados (el 97 % de las personas que participaron en este estudio no tenían empleo); la mayoría de los servicios no incluyen actuaciones hacia la reinserción laboral (fig. 8).

Además de las carencias relacionadas con la vivienda y con la situación laboral, existen en este colectivo problemas de salud importantes. En el caso de promoción y tratamiento de la salud, encontramos que en los programas que participaron en el estudio hay una mayor dedicación a la promoción de la salud que al tratamiento propiamente dicho.

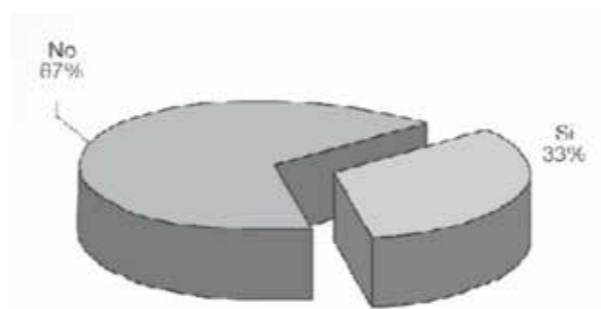


Fig. 6. Búsqueda activa.

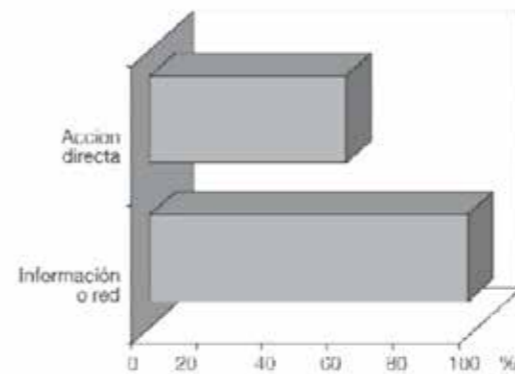


Fig. 7. Porcentaje de programas que incorporan acciones relacionadas con la vivienda.

Además se observa un menor número de programas de tratamiento para los problemas de drogas y alcohol, que son los que más afectan a esta población. De hecho, en algunos casos parece existir un cierto desencuentro entre los servicios ofrecidos y las necesidades de la población (fig. 9).

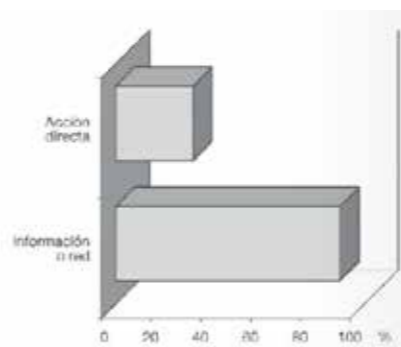


Fig. 8. Porcentaje de programas que incorporan acciones relacionadas con el empleo.

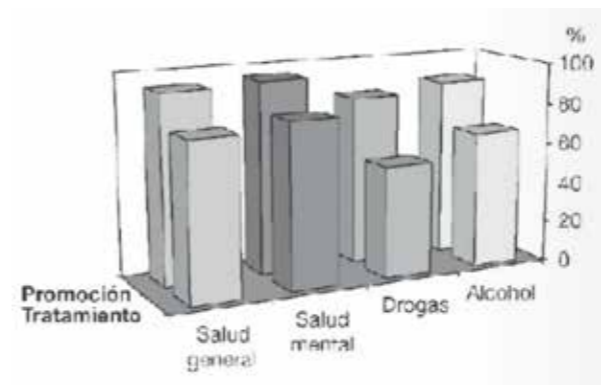


Fig. 9. Porcentaje de programas que incorporan acciones de promoción y tratamiento de la salud.

Consideraciones sobre los recursos para personas sin hogar

Ejes de la intervención: la dignidad y los derechos humanos

La vulneración de los derechos de las PSH es algo frecuente en nuestra sociedad. La consecuencia final de la exclusión en el ejercicio de diferentes derechos (vivienda digna, empleo, etc.) es el de la puesta en peligro de los derechos humanos fundamentales de mayor importancia: la dignidad y la igualdad. Dignidad e igualdad son dos conceptos básicos en la vida de todos los seres humanos. Sin embargo, hasta el momento no han despertado mucho interés en el mundo de la investigación sobre la situación SH, ni en la Psicología en general, con contadas excepciones⁷. Normalmente la investigación sobre PSH se ha centrado en comprender las causas, las necesidades de servicios y características demográficas, pero no sobre el centro de la vida de estas personas y en cómo experimentan su mundo⁸.

La igualdad viene representada por el ejercicio de los derechos fundamentales y a menudo refleja una situación ciertamente desalentadora. Por otro lado, la propia Constitución Española reconoce la importancia de la dignidad de la persona en su artículo 10 en el que proclama que la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes y el libre desarrollo de la personalidad son fundamento de la paz social. El estigma social que acompaña a la situación SH y las condiciones de degradación y deshumanización que conlleva pueden comprometer gravemente la dignidad de la persona que vive esa situación. Ser PSH afecta a la dignidad esencial del ser humano, deteriorando la capacidad de ser vistos y verse a sí mismos como personas valiosas⁹.

Pero ¿qué implica la dignidad de la persona? Reconocer la dignidad de una persona es reconocer su valor como ser humano independientemente de su estatus o rol en la sociedad. La dignidad hace referencia a lo que somos, no a lo que tenemos. La experiencia de dignidad depende tanto de cómo nos vemos nosotros mismos como de cómo somos vistos y tratados por los demás. La experiencia de dignidad es, pues, una interrelación de los individuos con su ambiente⁹, que se configura a través de percepciones personales de dignidad que permiten y facilitan los sentimientos de identidad personal, y las valoraciones de la propia persona acerca de su contexto y de sí mismo. Las personas sólo se perciben como personas valiosas si se ven y se tratan a sí mismos con dignidad y si, a la vez, son tratados por los demás como personas valiosas.

Las PSH a menudo carecen de roles, ocupaciones o relaciones sociales que les proporcionen el estatus de contribuir y ser “miembros valiosos” para la sociedad. En su lugar, las PSH tienden a ser percibidas por la sociedad como personas de poca utilidad social o escaso valor. Esta invalidación de la dignidad personal conlleva la aparición de sentimientos de minusvaloración, pasividad y depresión. Estos sentimientos pueden suponer un factor de sostén importante de la propia situación ya que provocan, al disminuir la autoestima y aumentar la desesperanza, una merma importante en la motivación de la persona para salir de su crisis. Para terminar de describir la situación, encontramos cómo las humillaciones y desprecios personales, con más frecuencia de lo esperable, no finalizan al llegar a los servicios. Como nos hace ver de forma muy clara el filósofo israelí Avishai Margalit, “una sociedad decente es aquella que no humilla a las personas que se benefician de sus servicios.

Una sociedad decente es aquella en la que sus miembros no se humillan unos a otros”. En esa misma línea podemos añadir que incluso cuando una sociedad ofrece todos los servicios todavía puede humillar a sus ciu- dadanos⁴. Dife- rentes aspectos de los propios servicios pue- den afectar de forma grave a la dignidad de las personas atendidas por los mismos. Miller y Keys⁸ señalan como las más importantes las siguientes:

1. Ser tratados impersonal y negativamente por los tra- bajadores de los servicios especializados y prácti- camente anulados de los servicios sociosanitarios ge- nerales.
2. Ser ignorados y evitados por la gente que pasa cerca de ellos por la calle.
3. Sufrir una falta de privacidad en los lugares en los que “habitan” (calle, albergues, etc.).
4. Existencia de normas excesivas. Además de la notoria institucionalización que supone, el exceso de normas y los límites de elección provocan también la sensación de que la persona no resulta fiable para los demás y no posee el de- recho de controlar su propia vida.

Todo lo anterior provoca reacciones de indefensión, su- misión y falta de iniciativa en las personas, lo que llega a comprometer todos los esfuerzos de intervención de cualquier tipo. Por otra parte, el mantenimiento de la dignidad aumenta la autovaloración y motivación para salir de la situación SH. De esta forma, es fácil suponer que la dignidad es el elemento crítico y básico sobre el que cons- truir cualquier intento de ayuda a las personas que se en- cuentran en esta situación. Desde nuestro punto de vista, el tomar como eje de todas las intervenciones con PSH la dignidad personal, obliga no sólo al imprescindible respeto a la persona, sino al fomento de la propia dignidad perso- nal como elemento rehabilitador. Desde un enfoque de potenciación (empowerment) y crecimiento personal, la dignidad desempeña un papel fundamental. Conseguir transformar las distintas narrativas personales, general- mente cargadas de ansiedad, culpa, sucesos traumáticos y, en definitiva, exclusión, en procesos de reconstrucción personal que permitan la recuperación de una red social propia y que ayuden a la incorporación de los procesos de inclusión en la propia dinámica personal, es una pieza clave en cualquier programa de intervención que pretenda tener algún éxito. Frecuentemente, las intervenciones con PSH han partido de presupuestos economicistas que han situado la intervención laboral o de vivienda como principal eje rehabilitador. Los fracasos de este tipo de intervención han hecho reconside- rar algunos presupuestos básicos y han insistido en el acompañamiento de la persona a través de su itinerario de reinserción. Desgraciadamente resulta difícil acompañar a alguien que no se mueve. Queremos decir que es imprescindible centrar el foco de atención de todas las interven- ciones en la recuperación y construcción de la dignidad personal que pueda potenciar los servicios personales y permitir los avances posteriores.

En este sentido cualquier intervención con PSH debería cumplir unos criterios básicos que garantizen el respeto y el crecimiento del sentimiento de dignidad personal del que venimos hablando.

Otras consideraciones sobre la organización de los recursos para personas sin hogar

Además de las líneas generales de intervención comenta-

das hasta este momento, a la hora de organizar los servi- cios para PSH deberían tenerse en cuenta algunas otras consideraciones, que aparecen resumidas en la tabla 1.

Resulta evidente la necesidad de un programa de actuacio- nes que permita hacer frente conjuntamente a las principa- les manifestaciones de la exclusión social adaptado a una realidad compleja y cambiante. Entendemos que las medi- das de intervención más importantes deben centrarse en la prevención y progresiva eliminación de los cauces de exclusión social. Esta labor implica cambios estructurales del mercado de trabajo, de la protección sanitaria y social y de las normas que rigen el mercado de vivienda, princi- palmente, además de una fuerte labor de sensibilización y eliminación de prejuicios en la comunidad. Ese tipo de medidas no recaen sobre la actividad del psicólogo, ni de los demás trabajadores sociales o de la salud, sino sobre las estructuras políticas y sociales de las ciudades y países implicados. No por ello podemos olvidarnos de ese campo de actuación; de hecho, es necesario que las personas e insti- tuciones implicadas se organicen en grupos de pre- sión que representen y defiendan los derechos de aquellos que, por el momento, no puedan o no sepan defenderlos. De esta forma, es imprescindible disponer de un abanico amplio de servicios que atiendan las necesidades múltiples de la población que se encuentra inmersa en este proceso de exclusión, con el objetivo de favorecer su integración en su entorno de un modo normalizado y digno, incorporán- dola a los circuitos de educación, trabajo, vivienda y salud, evitando el deterioro de las relaciones sociales que impidan dicha integración. Además estos servicios perseguirán la mutua adaptación de los individuos y de su entorno social.

En España, concretamente, estos servicios para la inclusión social están en proceso de creación y desarrollo, por lo que no existe aún un modelo de atención claramente definido. En los últimos años en nuestro país se está pasando de un modelo asistencial, de emergencia y caridad, a un modelo de intervención psicosocial y de salud más activo, per-sona- lizado y con claros objetivos de reinserción. Así lo demues- tra la aparición en los últimos dos o tres años de múltiples programas públicos y privados de atención integral a las distintas poblaciones excluidas (drogodependientes, per- sonas con trastornos mentales crónicos, inmigrantes, des- empleados de larga duración, mujeres víc- timas de malos tratos, etc.).

En particular, en el caso de las PSH, a pesar del reconoci- miento general de la naturaleza multicausal del fenómeno, cuando observamos la realidad nos encontramos con que la atención se ha centrado tradicionalmente en la cobertura de necesidades primarias: alojamiento, comida y ropa^{10,11}, estructurados inicialmente en torno a organizaciones reli- giosas y de caridad. Más recientemente la aparición de los sistemas de bienestar social y de las leyes de protección so- cial, como la Ley de 1982 que obliga a todos los municipios con más de 20.000 habitantes a disponer de servicios so- ciales para PSH (y que por desgracia sólo se ha aplicado en las grandes ciudades) pusieron las bases para el desarrollo de servicios de atención más amplios y específicos.

Las nuevas tendencias en la atención a personas en situa- ción SH apuestan por la utilización de intervenciones con una aproximación comprensiva y asertiva dirigidas a unir los servicios fragmentados y que pretenden responder a las necesidades individuales de cada usuario. Además es- tas intervenciones pretenden garantizar el acceso a los ser- vicios de salud general y salud mental a las PSH y realizan la eva- luación y planificación de los servicios necesarios para

TABLA 1. Principios generales de intervención.

Trato personalizado
Flexibilidad en la atención
Intervención individualizada y atención integral
Búsqueda activa de las personas en situación de necesidad; no espera pasiva
Acompañamiento
Defensa activa de estos colectivos cuando sea necesario
Implicación de las personas en su propio proceso de integración
Respeto por la persona, evitando actitudes paternalistas y de sobreprotección
Proteger la estructura familiar (por ejemplo, crear recursos para parejas y familias)
Equipos multidisciplinares que garanticen un trato integral y que organicen la intervención sobre tutores personales que mantengan el trato personalizado, la continuidad de cuidados y el seguimiento continuado (<i>case-management</i>)
Adecuación de los recursos a las características particulares de los colectivos en situación de exclusión
Mejorar las condiciones de los servicios específicos con el objetivo de respetar la privacidad y el derecho a la intimidad de estas personas
Recursos de diferentes niveles de exigencia. Evitar las normas excesivas, favoreciendo el que la persona mantenga el control sobre su vida y evitando la institucionalización
Crear recursos que cubran todos los períodos, desde los de crisis personales y sociales, hasta las residencias de larga duración
Intervenciones dirigidas a actuar no sólo sobre la persona excluida, sino sobre la sociedad que excluye

un usuario en particular, acompañamiento a los mismos, y control de los servicios para garantizar la atención, ade- más de realizar una defensa activa de los derechos de los usuarios¹¹. Pero la realidad es que demasiado a menudo la acción pública se basa principalmente en medidas de ur- gencia más que en verdaderas políticas de alojamiento e integración social; a pesar de que se han producido impor- tantes avances y mejoras en la atención a personas en si- tuación SH, aún son muchas las dificultades e insuficiencias que hay que superar; en este momento la red de atención a PSH está marcada por la debilísima presencia de la admi- nistración, la descoordinación, la desconexión interna y la escasez de fondos y de recursos humanos, además de la existencia de barreras de acceso a los recursos.

Resulta por tanto necesario promover un modelo de in- ter- vención individualizado, flexible, que implique a la propia persona, y que tenga un carácter activo, que no espere a las personas, sino que adopte una postura de búsqueda en la detección de necesidades, en la identificación y captación de las mismas, en situación de exclusión y en el acompa- ñamiento y defensa activa de los derechos de los usuarios facilitando el acceso y la utilización de los recursos dispo- nibles. Pero también la política de intervenciones no debe buscar actuar exclusivamente sobre los grupos excluidos, sino también sobre la sociedad que excluye. Este tipo de intervenciones debe concretarse en programas multicom- ponentes que estructuren una red flexible y permeable de servicios que permita itinerarios y ritmos personalizados, a la vez que luche por romper los prejuicios y las barreras de acceso en todos los marcos sociales.

También resulta muy importante tener diferentes tipos de servicios, que se adapten a los diferentes momentos y ne- cesidades de las personas en esta situación. Por ejemplo, en el caso del alojamiento, pensamos que deben existir di- ferentes tipos para las PSH. A los que existen actualmente, ha- bría que añadir algunos como:

1. Albergues temporales, centros de rehabilitación y de larga estancia, que podrían parecerse a las mini resi- dencias actuales.
2. Centros de intervención en períodos críticos donde las personas fueran acogidas durante algunas noches sin ser un albergue, sino un lugar donde la persona pueda hablar con un profesional y estar más o menos

acogido. Este recurso sería muy útil para algunos casos como el de adolescentes que se han escapado de casa o les han echado, o una mujer que tiene que abando- nar su hogar porque su marido ha tenido un compor- tamiento agresivo contra ella. El primer día que estas personas están en la calle es una muy buena oportu- nidad para intervenir; la intervención en ese momento tiene más posibilidades de éxito que dos o tres años más tarde cuando se han generado nuevos problemas y la situación se ha cronificado.

Además de ampliar el tipo de recursos, también resulta importante que existan servicios con diferentes niveles de exigencia; los recursos de muy baja o baja exigencia, es decir, donde se admita a todas las personas que necesiten asistencia, resultan fundamentales para comenzar la inter- vención con las personas que se encuentran en esta situa- ción, es decir, que los propios recursos no se conviertan en recursos contra la exclusión excluyentes.

Finalmente, hemos de reconocer que este tipo de interven- ciones supone necesariamente un esfuerzo económico muy importante por parte de los agentes sociales dispen- sadores de los servicios y que, en gran medida, este hecho determina que este tipo de recursos necesiten de grandes líneas de financiación que superan cualquier esfuerzo in- dividual. Es por ello que al hablar de intervenciones tenga- mos que referirnos a la financiación de las mismas como un elemento clave. La financiación de este tipo de recursos de amplio espectro difícilmente podrá ser abordada por entidades religiosas u ONG con buena voluntad pero pocos recursos, ya que es necesario contar con una implicación pú- blica muy importante en la creación y en la financiación de los recursos y en la organización de la red. En las estruc- turas políticas implicadas existe, desde hace algún tiempo, un reconocimiento general de la necesidad de luchar con- tra el fenómeno de la exclusión social y, concretamente, en lo que afecta a la aparición de PSH. En la Unión Europea este interés ha llevado a establecer en las Cumbres de Niza y Lisboa toda una agenda de lucha contra la pobreza y la exclusión social, cuyo instrumento más potente hasta el momento ha sido la redacción del Plan de lucha contra la Exclusión Social, que implica la redacción de Planes Nacio- nales de Acción en todos los países miembros. Algunas Co- munidades Autónomas, como la de Madrid, por ejemplo, han redactado de forma casi paralela sus propios planes complementarios de lucha contra la exclusión social. Lo an-

terior unido al reconocimiento por muchas Comunidades Autónomas de la situación SH como la cuarta en el mundo, que permite la financiación de servicios para esta población con cargo al 0,7% de cooperación, y la implicación de empresas privadas en la financiación de recursos sociales a través de fundaciones y concursos, ha favorecido la aparición de nuevos recursos, tanto públicos, como gestionados por ONG, durante los últimos años, y abre un horizonte de cierto optimismo. Aunque, desde nuestra posición, la efectividad de este tipo de intervenciones está hipotecada por el respeto y la defensa de los derechos fundamentales de la persona, y la consideración de la dignidad personal como eje organizador del proceso de inclusión y, por otra parte, de la vida en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz M, Vázquez C, Cruzado JA. Personas sin hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico. Madrid: Comunidad de Madrid, 1995.
2. Muñoz M, Vázquez C, Vázquez JJ. Atrapados en la calle: Testimonios de personas sin hogar con problemas de salud mental. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 1998.
3. Muñoz M, Vázquez C, Vázquez JJ. Los límites de la exclusión: Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Madrid: ed Témpora, 2003.
4. Craig T, Brandt P, Leonori L, Muñoz M. To Live in Health and Dignity: European report of study and action project in promotion of mental health & social reinsertion for disadvantaged people. Conpenhague: Udenfor, 2001.
5. Muñoz M, Vázquez C, Bermejo M, Vázquez JJ, Sanz J. Trastornos mentales (DSM-III-R) de las personas sin hogar en Madrid: un estudio utilizando la CIDI (Composite International Diagnostic Interview). Archivos de Neurobiología 1996; 59: 270-82.
6. Vázquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: An European study using the CIDI. Act Psych Scand 1997;95:523-30.
7. Skinner BF. Beyond Freedom and Dignity. Nueva York: Random House, 1971. MillerAB,Keys,CB.Understandingdignityinthelivesofhomeless persons. Am J Community Psychol 2001;29(2):331-54.
8. Selter BJ, Miller DE. Homeless families: The struggle for dignity. Urbana, I.L.: University of Illinois Press, 1993. CabreraJP.LaacciónsocialconpersonassinhogarenEspaña.Madrid: Cáritas Española, 2000.
9. Lehman AF, Dixon JS, Hoch JS, Dereforge B, Kerman E, Frank R. Cost-Effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. Bri J Psych 1999;172:346-52.

LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EUROPA

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN EUROPE

Autor:

Ricardo Guinea, MD.
Presidente Electo WARP.

Hospital de Día Madrid.
C/Manuel Marañón, 4. 28043, Madrid, España.
e-mail: guinea@hdmadrid.org
Año 2014; Volumen 11 número 1.

RESUMEN

Este artículo aportará una visión sobre la situación actual de la Rehabilitación Psicosocial (RPS) de personas con enfermedad mental en Europa. Situará en dimensión histórica la RPS, hará una revisión de los principios rectores actuales de las políticas europeas en materia social y sanitaria, en la doble perspectiva de la Unión Europea y de la región europea de la OMS; aportará algunas ideas actuales sobre la desinstitutionalización y las reformas europeas en materia de salud mental, sobre la perspectiva de recuperación, los determinantes sociales de la salud mental y los derechos humanos contemplados desde el punto de vista de la RPS.

Palabras clave: Rehabilitación Psicosocial, Europa, Políticas europeas, Sanidad, Derechos humanos.

ABSTRACT

This article will provide an overview on the current status of Psychosocial Rehabilitation (PSR) of people with mental illness in Europe. It will place the PSR in the historical dimension, will review the current guiding principles of European policies on social and health issues in the dual perspective of the European Union and the European Region of WHO; will provide some current ideas about institutionalization and European reforms on mental health, on the prospect of recovery, the social determinants of mental health and human rights viewed from the point of view of the PSR.

Keywords: Psychosocial Rehabilitation, Europe, European Policy, Health, Human Rights.



INTRODUCCIÓN

Europa es un concepto complejo. Podemos considerarla como un proyecto, como una tradición histórica, una referencia cultural y de valores, un espacio geográfico, o un concepto político.

Para la OMS, Europa engloba 52 países del continente eurasiático, desde Groenlandia hasta el norte de China. Sin embargo, al referirnos a Europa en este artículo, nos referiremos casi siempre al bloque de la Unión Europea como entidad política, en su composición actual de 28 países, porque constituye un espacio definido con iniciativas de política sanitaria y social conjuntas, algunas de ellas orientativas y otras legalmente vinculantes. Este concepto político de Europa agrupa países que han estado en formas diversas cultural, política y científicamente alejados de la Europa central durante buena parte del siglo XX, lo que introduce heterogeneidad y diversidad. Sin embargo, aportará cierta vertebración a nuestra visión, desde el importante punto de vista de las normas, derechos y regulaciones que afectan a la salud mental en general y la RPS en particular como campo especial prioritario integrado en ella.

Respecto al concepto de Rehabilitación Psicosocial (RPS), dos observaciones previas.

En el gran dibujo europeo, las grandes líneas de prácticas y políticas esenciales de la RPS (como prestar ayuda a las personas afectadas, combatir el estigma, atender la discapacidad o proteger los Derechos Humanos) aparecen en los documentos europeos como prácticas transversales. Aunque en los sistemas comunitarios de atención de los países europeos existan servicios o sub-redes de servicios especializadas en RPS, a partir del material documental disponible no resulta sencillo ver la RPS como un sistema de servicios claramente separado o delimitado de los demás dentro de los sistemas de atención comunitarios. Lo que si se observa es que las prácticas y servicios de RPS aparecen incluidos clara y prioritariamente en el conjunto de las grandes tareas en salud mental de los Estados europeos, con una visión amplia y asumiendo que su campo no se circunscribe a un único sistema de atención formal, sino que concierne de manera simultánea a varios: el sanitario, el social, el legislativo y judicial, el laboral.

Nos parece que la filosofía de la RPS en la actualidad también evoluciona de manera que sus límites se desdibujan. Si inicialmente se refería estrechamente a los problemas especiales de personas con enfermedad mental crónica plenamente establecida (tipo esquizofrenia y trastorno bipolar), la noción de RPS aparece cada vez más conexa con otros grupos diagnósticos¹ (como los trastornos de comienzo infantil, el daño cerebral, o ciertos trastornos de la personalidad), o con fases de los trastornos en las que las tareas preventivas o de atención precoz se revelan muy importantes. A ello se añade el creciente escepticismo de que las actuales clasificaciones diagnósticas sean epistemológicamente consistentes².

Para estudiar la RPS, su evolución y sus avatares, en este artículo adoptaremos algunos puntos de vista. Consideraremos primero Europa como una tradición histórica dotada de una filosofía político social de gran personalidad, que se conoce como el Estado de Bienestar. Consideraremos luego Europa como un espacio político donde operan normas vinculantes a todos los Estados miembros, y donde se proponen orientaciones comunes en diversos campos (incluido el de la salud). Consideraremos después Europa

como un espacio de tradición técnica con efecto sobre las prácticas médicas y sociales. Y por último consideraremos Europa como un espacio en evolución donde la RPS evoluciona teórica y técnicamente de acuerdo con contingencias históricas comunes.

La tradición histórica europea y la RPS

Para que una presentación sobre la RPS en Europa no dé la impresión de obviedad, debería comenzar presentándola en comparación con la percepción del problema en otras regiones y culturas. Europa ha sido y es un referente global en muchos sentidos, y eso puede dar la impresión de que todos en el mundo ven las cosas de la misma manera que nosotros. Pero esta impresión es engañosa.

Al compararla con otras regiones, Europa es un espacio económicamente desarrollado, con potentes infraestructuras sociales y sanitarias. En esas condiciones los problemas que afronta como prioritarios no coinciden con otras regiones. En muchos países de África, por ejemplo, plantear de manera específica el problema de las personas con enfermedad mental resulta irreal en regiones o poblaciones con altísimas tasa de VIH o de malaria, la amenaza permanente de hambrunas, las enormes bolsas de pobreza, o situaciones crónicas de violencia. No es que el problema no exista, es que es relativamente invisible en el contexto. Lo que no quiere decir que no haya instituciones monográficas en muchos países pendientes de un proceso de reforma.

En otras regiones, aunque la percepción del problema específico exista, las prioridades o soluciones europeas no parecen realistas debido a diferencias culturales o al enorme desnivel de recursos. Algunos profesionales asiáticos³ perciben la RPS también conectada con la recuperación de poblaciones enteras después de desastres naturales (frecuentes, de efectos devastadores sobre la salud mental de las poblaciones), y con las estrategias comunitarias de intervención. En situaciones de gran penuria de medios materiales, dirigen las intervenciones comunitarias a la recuperación de la moral de supervivencia (pasar de sentirse víctimas a supervivientes) y a activar los mecanismos colectivos de autoayuda por medio de la detección y el apoyo a líderes comunitarios con capacidad de organización. Adoptan una visión de la intervención psicológica que incluye la aceptación espiritual de la adversidad como parte de la vida, pero de una manera que no conduzca a la pasividad y permita la resiliencia. Para ellos, la queja occidental de falta medios materiales no es realista.

Si nos centramos en la visión de la enfermedad mental, de manera acorde con nuestra cultura profesional occidental, la visión arcaica de la locura en Europa tiene paralelismos antropológicos con otras culturas (el pensamiento mágico, la idea de la influencia de las fuerzas sobrenaturales propias de cada cultura), con algunas diferencias. La idea espiritual religiosa de la locura como una de las posibles consecuencias punitivas de una intervención demoníaca es común a las tradiciones hebrea, hindú, mesopotámica, y greco-cristiana europea. Sin embargo, en la tradición china, aparece interpretada más plausiblemente como un fenómeno relacional social (consecuencia de no respetar las tradiciones de los antepasados)⁴.

En los días presentes, aunque en este mundo global la formación de los profesionales se ha homogeneizado mucho, es curioso que persistan diferencias culturales a la hora de percibir la enfermedad mental y su tratamiento. Por ejemplo, los profesionales asiáticos se suelen mostrar dis-

tantes de algunos tópicos propios de la cultura profesional europea y occidental (como puedan ser las psicoterapias de tipo analítico) y tienen una percepción diferente de su quehacer, más acorde con la tradición budista, donde se considera esencial la espiritualidad, la armonía en la conexión mente cuerpo, la escasa trascendencia de la muerte, la inevitabilidad del dolor o la importancia de la armonía con el entorno⁵. Cuando se han implantado sistemas de salud mental al estilo occidental – como ha sucedido por ejemplo en India, con un sistema orientado a la cobertura universal- los resultados tras algún tiempo parecen ambiguos⁶. Muchos recomiendan cautela en la traslación directa de las ideas occidentales sobre estrategias farmacológicas u organizativas a países culturalmente distantes⁷.

La tradición arcaica europea del pensamiento sobre la Locura se puede rastrear hasta la civilización griega y romana⁴. Aparece a la luz del pensamiento de cada época, mezclando ideas filosóficas materialistas con concepciones mágicas y religiosas. Para los antiguos griegos, junto con las concepciones mágicas/religiosas, ya existen nociones fisiológicas del psiquismo. También aparecen las primeras concepciones psicológicas del tratamiento mediante el teatro y su función catártica. Hipócrates la concibe como una perturbación de los humores. En Roma, Galeno describe la melancolía y otras perturbaciones (como la epilepsia) y los tribunales romanos preveían la necesidad de administrar los bienes de los alienados. En la tradición cristiana dominante en Europa durante la edad media, coexistieron una interpretación mágica religiosa y una versión del pensamiento hipocrático, con ideas fisiológicas de Hipócrates. Tomas de Aquino la concebía como posible efecto del exceso pasional, o intoxicación, en un tiempo en que aún se la consideraba posesión demoníaca, brujería o herejía.

El Renacimiento, con la figura conspicua de Luis Vives, y su “Tratado del Socorro a los Pobres”⁸, inicia un viraje hacia una mirada humanista y racionalista. Concibe el interés en organizar la asistencia a los excluidos por medio de los primeros asilos (donde se mezclaban en la práctica toda clase de desventurados). En la Ilustración podemos observar ya tentativas reformadoras de los asilos (es todo un símbolo Pinel en Francia, que libera a los alienados de sus cadenas). La generalización del paradigma científico-técnico se desarrolla rápidamente en un cuerpo heterogéneo de teoría científica sobre la locura, que alumbra figuras como Freud, Kraepelin, Luria y otros, que han generado ideas influyentes, dispares, y curiosamente, relativamente impermeables entre sí durante buena parte del siglo XX.

En un informe de OMS Europa, Shorter⁹ relata como comienza a organizarse la psiquiatría institucional desde principios del siglo XIX hasta mediados del siglo XX. A lo largo de toda Europa, se creó una red de hospitales psiquiátricos públicos (manicomios) de ámbito regional y también aparecieron balnearios y sanatorios privados que se convirtieron en los lugares preferidos para el tratamiento de las enfermedades nerviosas entre las clases socioeconómicas media y alta.

Las reformas comenzaron de manera multifocal en Europa. En Reino Unido, se encuentran ya al principio del siglo XX antecedentes de aproximaciones rehabilitadoras, (la tendencia a la desinstitucionalización allí se observa prácticamente desde el principio del siglo XX). Las ideas renovadoras antipsiquiátricas de Laing, Cooper o Maxwell Jones, populares en los años 60, inspiraron la Mental Health Act de 1959, que equiparaba por ley los derechos de los pacientes mentales a los demás. En Italia, Franco Basaglia li-

deró un movimiento muy cargado de ideología desde su puesto de Director del Hospital Psiquiátrico de Trieste en 1961, que culmina con la promulgación en 1978 de la ley 180 que bloqueó el ingreso a los manicomios. En Francia, la “psicoterapia institucional” de F. Tosquelles tenía referencias en parte libertarias, en parte psicoanalíticas, y fue un movimiento profundamente innovador y anticipador de muchas de las ideas que se están desarrollando en RPS en la actualidad, como pueda ser la apertura de las instituciones a la comunidad, o el establecimiento de lazos con intelectuales y artistas que ventilaron y relativizaron el concepto social clásico de “la locura”.

El final de la segunda guerra mundial hasta la década de 1970, marca en Europa el inicio de una creación progresiva de sistemas de atención psiquiátrica en forma de una importante red de psiquiatría, pública y privada, la introducción de medicamentos psicoactivos eficaces y el establecimiento de consultas ambulatorias en la mayor parte de los hospitales psiquiátricos. Este período representa realmente el inicio de la atención psiquiátrica de base comunitaria. Dos hitos de esta transición fueron la transferencia de responsabilidad en salud mental de las autoridades locales a organizaciones centrales (que incluían responsabilidad sobre la financiación de tratamientos para los insolventes), y el desarrollo de sistemas públicos de seguridad social. Es también el período en que Europa se escinde en dos bloques políticos, con importantes consecuencias socioeconómicas para sus habitantes.

En los 70 comienza a percibirse la influencia de la Organización Mundial de la salud, con el programa a largo plazo de su Oficina Regional para Europa, y una expansión sistemática de la asistencia; tanto en sentido vertical, en forma de sectorización y desinstitucionalización, como en sentido horizontal, en forma de una amplia expansión continental de los patrones asistenciales globales que se iniciaron tras la segunda guerra mundial. Es el período de la extensión de la preocupación por la desinstitucionalización y de la concepción de la atención por equipos multidisciplinares.

Los países ex soviéticos han compartido algunas características diferentes en la cultura psiquiátrica derivados de sus años de organización socialista. Tradicionalmente son países herederos de una doctrina política con fuerte conciencia teórica en temas de salud pública y de acceso universal al sistema sanitario, pero con modelos teóricos característica y fuertemente biológicos. En un tiempo, su sistema de organización social causaba admiración a los intelectuales de izquierda europeos, pero luego se constató su masiva burocracia, su deficitaria gestión centralizada y un característico escaso interés ideológico en los factores psicológicos individuales y sociales¹⁰. Estos países se encuentran en la actualidad, tras la caída del Muro de Berlín, en un contexto político muy distinto, desconfiados de sus viejos modelos sociales, y buscan su desarrollo en el incremento de servicios de la iniciativa privada y en versiones de economía capitalista poco reguladas. Algunos observadores señalan que la transición hacia el modelo capitalista y las restricciones presupuestarias en sanidad y servicios sociales relacionadas con crisis económicas periódicas han deteriorado las condiciones y causado gran sufrimiento a las personas que viven en sus instituciones y en sus domicilios¹¹.

Una idea de gran importancia en Europa, con gran trascendencia interna y global, es la del Estado de Bienestar¹²: un modelo de relación con el ciudadano en el que se espera que el Estado cuide a los desfavorecidos, que ha convertido a Europa en una de las regiones del mundo con mayor y

mejor tradición de desarrollo social y sanitario.

El modelo de Estado de Bienestar caracteriza la filosofía de la mayoría de estados de la UE en comparación con los de otras regiones del mundo. Al considerar que la pobreza no es tanto un problema del individuo sino del sistema¹³, el Estado asume responsabilidad sobre el ciudadano, lo que se expresa en la práctica mediante políticas de expansión de servicios sociales, sanitarios y educativos, de impuestos, de seguros obligatorios, protección del trabajo, pensiones, salario mínimo, protección a la vivienda, etc. Los servicios de RPS en Europa se inscriben y financian en esta perspectiva.

Se suele considerar¹⁴ que coexisten en la UE variaciones conceptuales del modelo, (sobre el que reposa el acceso y la organización de los recursos de salud mental y de RPS). El modelo nórdico: basado en el concepto de ciudadanía, condición desde la cual el Estado se ocupa de algunas garantías básicas – educación, sanidad, atención social- para una sociedad inclusiva y con equidad en las oportunidades (son sociedades relativamente homogéneas, con alta protección y alta tributación).

El modelo continental, centrado en el concepto de solidaridad y de asistencia a determinadas poblaciones diana, identificadas por problemas comunes. El modelo anglosajón, basado en la idea de Estado como último recurso (reputado como el más eficiente en la reducción de la pobreza e incentivador del trabajo). El modelo mediterráneo (propio de países que se incorporan más tarde al modelo y lo hacen con menos recursos y menos tributación. Los países exsoviéticos de tradición europea deberían hoy ser incorporados como un nuevo grupo a estos modelos clásicos. Se trata de países que tienen en común su incorporación tardía a la Unión Europea, y que comparten circunstancias socioeconómicas derivadas de la crisis de la URSS, su disolución y posterior evolución hacia modelos capitalistas.

En cuanto a la financiación de servicios del Estado de Bienestar (que incluye los de salud mental y RPS), el modelo dominante en Europa es el modelo de Seguridad Social con 3 variantes^{15,16}.

El Modelo Bismark, aparece en Alemania en 1883, es una evolución de los “fondos de enfermedad” de los trabajadores. Inicialmente, en él los fondos se obtienen de las aportaciones por el trabajo. Da cobertura por accidente, enfermedad, invalidez y vejez, pero no fue creado para ofrecer cobertura universal. En él, los servicios son provistos por agencias acreditadas. Cada trabajador tiene una contribución mínima obligatoria y una parte voluntaria que permite el acceso a una gama de servicios diferentes. Se considera que es administrativamente costoso, ofrece calidad pero no garantiza servicios a todos a un coste razonable.

Otro sistema es el Modelo Beveridge, que aparece en Reino Unido en 1942. Es un sistema en que los fondos provienen de los impuestos generales, y apunta a la cobertura universal, basada en el concepto de ciudadanía, de manera que el acceso es universal. Los servicios son provistos por agencias acreditadas y son regulados centralmente por agencias públicas de calidad. Se considera que es un modelo popular entre políticos y ciudadanos, pero tiene problemas para mantener la calidad en los servicios y genera listas de espera.

Otro modelo es el Modelo Semashko, que se crea en la URSS en 1918 y fue adoptado por los países de la Unión Soviética. Es un modelo de acceso universal y gratuito. La

prestación de los servicios es monopolio estatal, completamente financiado y gestionado de manera central. En este modelo, el usuario no tiene margen de elección y debe asumir invariablemente los servicios que provee el estado.

La evolución de estos conceptos de organización y su financiación está actualmente a debate. Hoy día la protección social y sanitaria se tiende a considerar de manera uniforme¹⁷ como un derecho personal relacionado con los conceptos de universalidad, cohesión social y solidaridad. La contribución obligatoria se considera, más que contribución por el trabajo, parte de los impuestos ciudadanos. Existe una clara convergencia de los modelos Bismark y Beveridge, buscando modelos de cobertura universal que incentiven las virtudes (la calidad, la sostenibilidad) y reduzcan sus problemas (exclusión, ineficiencia, corrupción). Ambos modelos utilizan hoy la separación entre proveedor y asegurador en busca de mayor eficiencia. Pero a veces se hace con modelos que incluyen competencia entre agencias (como Alemania, Chequia, Holanda o Eslovaquia), con proveedores múltiples que no compiten entre si o con proveedores únicos (como Estonia, Francia o Hungría). En la mayoría de países europeos se financia de este modo en torno al 70% de los servicios sanitarios prestados.

Se tiene en cuenta que los modelos de cobertura universal pueden ser también a la vez equitativos y poco accesibles, en el caso de que no estén dotados de medios suficientes, o que la responsabilidad de cada agencia no este claramente asignada (por ejemplo cuando no se define con claridad cuáles son las prestaciones sociales y cuales las sanitarias). En este momento, se detecta en Europa una tendencia a deslizar responsabilidades del sector sanitario al social.

Dependiendo de los países, hay variaciones en el modelo, que afectan a si hay un fondo único para todas las prestaciones sociales y sanitarias, o fondos diversos relacionados específicamente con poblaciones diana o riesgos específicos.

Frente a esta idea de cobertura fundamental existen también fórmulas de aseguramiento voluntario complementario en tres modalidades¹⁶:

- como modo sustitutivo que cubre grupos de población excluidos del sistema público, o permitidos para salirse de él (opción preferida en Alemania por trabajadores de altos ingresos),
- como complemento al aseguramiento público que puede cubrir servicios excluidos del sistema (Bélgica), o de cargos al usuario por acceso a determinados servicios (como en Francia o Dinamarca y su sistema de copagos),
- o como suplemento al acceder a determinados servicios (como en Inglaterra, que permiten acceso más rápido y mayor elección de proveedores).

En estos sistemas que contemplan contribuciones voluntarias se puede considerar el pago en relación con el riesgo. De esa manera existe un problema: los grupos de alto riesgo (como es el caso de las personas con enfermedad mental) pueden ser incapaces de acceder y costearlo. El cargo de los servicios a los usuarios (el modelo de atención privada) es en Europa un sistema proporcionalmente menor. (A nivel global, se advierte que en general el pago directo es inversamente proporcional al desarrollo y organización sanitarios del país). También se describen modos que incluyen pagos informales por servicios que deberían

estar financiados de manera plena pero no le están, especialmente en países de Europa central y oriental.

Existen asimismo diferencias importantes en el nivel de gasto en salud mental de los distintos países de Europa (entre el 3,5% de la Rep. Checa y el 13% de Inglaterra o Luxemburgo)¹⁵. Knapp considera que en la Europa actual predominan modelos de gestión mixta (con participación servicios públicos del Estado, proveedores privados con ánimo de lucro y ONGs), con variaciones nacionales características.

A fecha de hoy no podemos dejar de mencionar la actualidad de las discusiones sobre los problemas teóricos y prácticos de sostenibilidad del Estado de Bienestar que se desarrollan desde los años 70, y que cobran regularmente especial intensidad en los periodos de crisis económica¹⁷.

Unión Europea, características políticas e implicaciones sociales

La organizaron de la salud mental y de los servicios de RPS está regulado legislativamente. En la actualidad, la Unión Europea está desarrollando un cuerpo de normas supranacionales con a veces mayor rango que las nacionales.

Políticamente, la Unión Europea es una organización de derecho, con tratados supranacionales vinculantes para los países miembros que los han ratificado. Ello implica que la UE tiene normas de rango ejecutivo sobre los estados miembros en algunos temas. También produce directivas que carecen de fuerza legal, pero que marcan la orientación de la filosofía social y política que los estados dentro del espacio común, como los derechos ciudadanos, la gama de servicios que los ciudadanos pueden esperar y la forma de acceso.

Ello hace que haya documentos relevantes para la visión de la salud mental (y por ende de la RPS) en Europa. En ellos, la filosofía de la RPS y conceptos afines -como la lucha contra el estigma- no aparecen como un campo delimitado, pero sí claramente incluidos en el campo de la salud mental como una de las prioridades.

La Europa social, desde sus inicios en el tratado de Maastricht de 1992, a diferencia de la tradición norteamericana (más individualista que la europea), trata de responder a su tradición de compromiso del Estado con el bienestar de los ciudadanos, comenzando por construir legalmente la noción de ciudadanía en torno a derechos subjetivos.

El Tratado de Lisboa de 2007¹⁸ confirió a la UE personalidad jurídica propia. En él se establecen las competencias en diversas materias. En el estado actual de la construcción europea, el grado de aplicación de las directivas está sujeto a sutiles matices legales que vienen determinados por el equilibrio entre la soberanía de los países y la de la UE.

Desde el punto de vista del estatuto del ciudadano europeo, que regula la relación, derechos y prerrogativas de cada ciudadano con la UE, incluyendo los derechos exigibles a los sistemas de atención sanitaria o social, el documento esencial es la Carta de Derechos Fundamentales de la UE¹⁹. Fue redactada en 2000 en Niza y suscrita en 2007 en Estrasburgo (en versión adaptada). Es vinculante en todos los países. Pero con un matiz: solo lo es en el ámbito de las competencias de la EU. Es decir que, en la alambicada arquitectura normativa europea, se advierte que no lo es en los actos realizados en competencias que, en razón del Tratado de Lisboa, son exclusivas de los países.

Según lo acordado en el Tratado de Lisboa, los temas sociales (los que afectan a la cohesión social) y los de salud pública (grandes políticas generales) son de competencia compartida. Ello quiere decir que la Unión y los estados miembros pueden legislar y adoptar actos vinculantes, pero los estados sólo ejercerán su competencia en la medida en que la Unión no lo haya hecho). En el terreno de protección y mejora de la salud, (esto es, la organización de los servicios de la asistencia sanitaria), la UE tiene competencia de apoyo. Ello quiere decir función de apoyar, coordinar, y complementar a la acción de los estados.

Debe notarse también que esta Carta de Derechos se superpone a la ratificación individual de cada uno de los Estados a la Carta de Derechos Humanos de la ONU. La Carta de Derechos Fundamentales de la UE establece derechos básicos a los ciudadanos de Europa (admitiendo algunas objeciones particulares de Reino Unido, Polonia y Rep. Checa), y contiene aspectos que están en relación directa o indirecta con la salud mental. Interesantemente, la objeción de Reino Unido a ratificar totalmente el artículo IV, relativo a Derechos a la Solidaridad deriva de la resistencia británica a contraer obligaciones con el ciudadano que puedan resultar imposibles de asumir en términos prácticos.

Respecto al acceso a servicios sociales o sanitarios, la Carta de Derechos Fundamentales de la UE reconoce a los ciudadanos europeos, en el capítulo del derecho a la igualdad, el de integración de las personas discapacitadas, (art. 26); en el capítulo de solidaridad (Art. 34), el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y ayuda social, ayuda de vivienda, existencia digna, a quienes no tengan recursos suficientes, expresamente en casos como enfermedad o dependencia (...) de acuerdo con las legislaciones y prácticas nacionales; respecto a la protección a la salud (Art. 35), el derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales.

En términos más generales, la Carta reconoce como principios los derechos a la dignidad (a no recibir tratos inhumanos o degradantes), a la libertad (seguridad, privacidad, educación, trabajo, propiedad), a la igualdad (en caso de discapacidad, a no discriminación, medidas que garanticen su autonomía, integración, participación), a la ciudadanía (a ser oída, confidencialidad, libre circulación), a la justicia (defensa, tutela judicial efectiva), todos ellos temas de la máxima relevancia para la RPS.

Notemos que, en la práctica, al menos actualmente, el papel de la UE en los aspectos sociales casi fundamentalmente orientativo, como se comprende del hecho fáctico de que la parte del presupuesto de la Unión para la Europa Social es de poco más del 1%, en comparación con la parte responsabilidad de los estados miembros, que según los estados oscila entre el 30 y el 50%¹².

Unión Europea, orientaciones en salud mental

Los principios que inspiran la orientación de la UE en materia de salud (y salud mental) se recogen en una serie de documentos sin rango legal, pero que marcan orientación.

En general, tenemos los principios inspiradores de los modelos de atención en salud recogidos en 1996 en la Carta de Ljubljana de Reforma de la Asistencia Sanitaria²⁰ promovida y suscrita por los países de la Región Europea de OMS.

Frente a la idea clásica de enfermedad como falta de salud,

la Carta de Ljubljana refuerza la importancia positiva de la salud como bienestar, y los valores de dignidad, equidad, solidaridad y ética profesional, centrados en las necesidades de los ciudadanos y en la calidad, sostenibles, apoyados en la atención primaria, con políticas consensuadas nacionalmente, prácticas basadas en pruebas y evaluadas; la idea de servirse cuando sea apropiado de la competencia entre prestatarios de servicios para introducir mejoras, que permitan la elección del ciudadano, resulten integradoras (desde los autocuidados hasta toda la gama de cooperaciones intersectoriales), que incentiven la prevención, la calidad, la interdisciplinariedad y la formación continua, con adecuado desarrollo de gestión que incluya infraestructuras de sanidad pública, y autonomía de gestión.

En este contexto, otro documento interesante es la Carta de Derechos del Paciente de 2002²¹. Se trata de un documento no vinculante promovido por una organización civil europea supranacional, la Red de Ciudadanía Activa, que se acoge al concepto de ciudadanía activa recogida en la Carta de Niza para justificar su actividad. Nace al amparo del Tribunal de Derechos de los Pacientes italiano, y se generaliza después a nivel europeo en forma de una red de 11 organizaciones. El Documento aborda entre otros el problema de la accesibilidad a los servicios y enfatiza la aspiración de los firmantes de que los derechos que emanan de la Carta Europea se consideren personales de los residentes en Europa, y no derivados de la condición previa de ciudadano europeo. Subraya el problema de la limitación material de recursos para el cumplimiento de los derechos. Propone de manera específica el desarrollo de 14 derechos sanitarios (a medidas preventivas, acceso a la atención, a la información, al consentimiento, a la libre elección, a la privacidad y confidencialidad, a la adecuación temporal del tratamiento, calidad, seguridad, innovación, evitación de sufrimiento innecesario, tratamiento personalizado, reclamación y compensación). Desarrolla el concepto de ciudadanía activa en forma de derecho a participar en las políticas sanitarias de varias maneras (por ejemplo, a participar en el diseño de políticas sanitarias).

En el espacio más específico de la salud mental, en el momento de la construcción europea que vivimos, encontramos que las instituciones europeas se han hecho eco de la importancia fundamental de la salud mental de dos maneras: una concibiéndola como componente básico de la salud, en sintonía con las directrices de la OMS, que desde 2001 ha comenzado a destacar la importancia del papel de la salud mental como componente básico de la salud. Y dos, por influencia de las corrientes de Derechos Humanos, considerando que la salud mental y las condiciones adecuadas de respeto a los Derechos Humanos son temas interrelacionados.

En la estela abierta por la OMS en su informe de 2001 La Salud Mental en el Mundo²², en un espacio de intersección de la OMS-Europa y la EU, en enero de 2005 se formula la Declaración de Helsinki²³. En ella, los Ministros de Salud de la UE y otros organismos europeos competentes, se comprometen formalmente con la necesidad de priorizar la atención en salud mental. Nótese de nuevo que, al igual que en otros documentos, en éste la rehabilitación psicosocial se menciona como un pilar principal de la atención en salud mental. Se constata el hecho de que muchas personas no reciben el tratamiento que necesitan. Se señala y reconoce asimismo que existe una enorme desproporción entre el impacto de las enfermedades mentales sobre la salud en general y el esfuerzo económico destinado a su remedio²⁴.

Los documentos mencionados suscriben una visión abarcativa, que incluye: la importancia de las medidas de prevención; la promoción del bienestar como objetivo general (más allá de la lucha con la enfermedad); la lucha contra el estigma y la discriminación; la atención a las necesidades sanitarias con criterio general; la preocupación por la acreditación de la efectividad de las técnicas; la posibilidad de participación de usuarios y cuidadores, y de libre elección entre alternativas disponibles; y adopta expresamente la noción de recuperación. Es consciente de la dañina asociación entre la mala salud mental y factores sociales como la marginación, el desempleo, la vida en la calle o el abuso de sustancias, en la línea de consideración de los determinantes sociales. Estimula a continuar en la línea de la estrategia comunitaria, favoreciendo la inclusión social, la equidad, en medidas dirigidas a la población en general así como a las personas o grupos de riesgo. Hace referencia a la necesidad de investigar, y de monitorizar el estado de la salud mental de las poblaciones. Se compromete a evaluar el impacto sobre la salud de las medidas de los gobiernos.

Interesantemente para la RPS y la perspectiva de recuperación, los documentos incluyen referencias expresas a la pertinencia de la participación de ONGs, usuarios y cuidadores en diversos niveles de la organización y la atención, y a apoyar la creación de grupos de usuarios con finalidad de autoayuda y formación en actividades para la recuperación, y el apoyo al empleo como medio de inclusión social.

Como resultado del impulso iniciado en Helsinki, se elabora en octubre de 2005 el más detallado Libro Verde ("Green Paper")²⁵. Es una continuación, elaboración y ampliación de la Declaración de Helsinki, un documento de debate para avanzar hacia la elaboración de una estrategia europea común, que considera que sus propuestas deberían ser ejecutivas en el futuro en virtud del Tratado de la Unión y en el ámbito de competencia de la UE sobre la Salud Pública.

El Libro Verde entiende la salud mental en la misma línea de Helsinki: comprometida con el concepto de bienestar, y el modelo bio-psico-social, e interrelacionada con los determinantes sociales. Dimensiona el problema a nivel europeo: toma nota de que una de cada cuatro europeos experimenta problemas cada año, que hay más de 58.000 fallecimientos por suicidio cada año, número mayor que los fallecimientos por HIV, o accidentes de tráfico, se espera que la depresión sea la primera causa de enfermedad del mundo desarrollado; destaca el impacto en el PIB de los enormes gastos derivados de no afrontar debidamente el problema, y los costes intangibles en términos de exclusión social, estigma, discriminación y falta de respeto a derechos y dignidad fundamentales.

Revisa iniciativas y programas pasados en materia de salud mental de la UE (legalmente basado en el Programa de Salud Pública de la UE 2003-08), que contiene iniciativas sobre política social y de empleo, combate la discriminación ante el empleo por discapacidad, y propone marcos comunes para la investigación con fondos de la UE.

Repasa datos sobre salud mental en Europa, en la línea de su preocupación con las políticas de igualdad entre estados miembros, señalando importantes desigualdades entre los distintos estados en los indicadores de salud como en los recursos destinados.

Como pilares de una estrategia común, el Libro Verde sugiere tres líneas de acción: crear un marco de intercambio internacional (por ejemplo, en investigación, o sobre cómo

usar los Fondos Estructurales para mejorar los dispositivos de larga estancia), mejorar la coherencia de las acciones de diferentes sectores (Ej. social-salud, empleo- discapacidad), y construir plataformas con usuarios, sociedad civil, y organizaciones para buscar soluciones.

Respecto a líneas específicas de acción, son numerosas y de diferentes áreas. El documento se esfuerza en plantear opciones realistas, acompañándolas de acciones exitosas ya implementadas.

Por último, mencionaremos el documento denominado "European Pact for Mental Health and Well Being" de 2008²⁶, suscrito en Bruselas en 2008 en una conferencia internacional con participación de la OMS (que como otros documentos de este tipo, marca orientación de manera coherente con documentos anteriores, pero carece de efectividad normativa). En el documento se reitera el concepto de salud (mental) como bienestar y se delimitan cinco áreas de prioridad para futuras acciones: la intervención en depresión y suicidio, la prevención e intervención precoz en jóvenes, la importancia de la salud mental en el entorno laboral, salud mental de la tercera edad y la importancia de combatir el estigma social y la discriminación. Nótese de nuevo que aunque la RPS no es mencionada como tal, varios de sus valores y orientaciones actuales están perfectamente definidas (la idea de la intervención precoz, la importancia del suicidio y la depresión, la lucha contra la exclusión social). En 2011 se ha publicado un informe²⁷ sobre los primeros resultados de la implementación de este Pacto en Europa que de momento se centra en lograr un aumento del compromiso de los países y algunas evaluaciones de situación. Una de las informaciones más interesantes es un estudio realizado en Reino Unido que confirma que el dinero invertido en Salud Mental produce beneficios económicos cuantificables.

Cultura técnica e institucional

En general, Europa es una región que en términos de salud (y de salud mental) está a la vanguardia mundial. Junto con Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Japón, es donde existen los mejores indicadores en Expectativa de Vida²⁸ e Índice de Desarrollo Humano²⁹.

Dentro de Europa sin embargo, hay una gran variabilidad de situaciones, ratios profesionales, de formación y también de datos sobre lo que sucede en diferentes áreas. La OMS ha hecho esfuerzos para aportar información adecuada y para diseñar políticas sobre bases de conocimiento. OMS-Europa realizó una investigación sistemática publicada en 2008 con el nombre Políticas y prácticas para la salud mental en Europa³⁰. Usó un protocolo prefijado de recogida de datos sobre: políticas y legislación, políticas de prevención y de promoción de la salud, el papel de la atención primaria, de los servicios especializados (incluyendo toda la gama de servicios comunitarios), el personal, la financiación, la inclusión social, accesibilidad al empleo, derechos humanos, e investigación. Esta evaluación (en este caso, sobre los 42 países de la región europea de OMS, que incluye Groenlandia y todos los países ex soviéticos hasta el norte de China), está entre los más amplios y detallados informes sobre la situación de la salud mental en Europa.

Según el informe, la mayoría de países estudiados tiene legislación en salud mental y en protección social, si bien su implementación es muy desigual, con mayor grado de calidad y protección en los países del norte de Europa. Sin embargo, la desigualdad también se encuentra en cada país y

región. Se reconoce que algunos países de Europa lideran al mundo en concepto e implementación de políticas. La mayoría presentan políticas contra el estigma, con financiación de gobiernos y participación de ONGs y organizaciones profesionales. Poco más de un tercio tienen políticas de investigación sobre el impacto de los problemas de salud mental sobre la población. Una cuarta parte de países de la región europea de OMS (la mayoría de los de la Europa política) tiene programas de prevención (casi siempre centrados en suicidio y depresión). Existe sensibilidad hacia los problemas de niños y jóvenes, pero en contraste mucha menos sensibilidad hacia los de los mayores.

Más de las mitad de países informan de programas específicos para grupos vulnerables, aunque hay mucha variación respecto de cuáles son esos grupos, especialmente si captamos entre norte-oeste y sur-este (minorías étnicas, refugiados...). Se señala el problema de accesibilidad a cuidados de salud física de las personas con problemas mentales (SIDA, ETSS y salud reproductiva, abuso de sustancias...). Se indica la importancia y la diversidad de modos de lograr cooperación intersectorial (entre sistemas de salud, salud mental, educativo, de servicios sociales, o justicia). En algunos países existen políticas intersectoriales definidas, en otros queda al albur de las diferentes instituciones o de las ONGs, especialmente en Europa del Este, que a veces logra coordinaciones solo bajo la presión de las circunstancias.

Se informa que existen grandes variaciones en la formación de los profesionales, incluso dentro de los mismos países; falta regulación respecto de lo que debería ser la formación continua, y consenso respecto a cuales son las habilidades profesionales que se deben potenciar; pocos países tienen guías claras de buenas prácticas. Todos los países monitorizan un mínimo de datos epidemiológicos de tipo hospitalario, pero pocos ofrecen indicadores útiles desde la perspectiva de salud mental comunitaria, y los datos recogidos son heterogéneos y no permiten comparaciones entre países; se señala que es necesario avanzar en la convergencia de sistemas de información.

Respecto de la financiación, se encuentra que en general el porcentaje de gasto en salud mental crece proporcionalmente con el PIB de los países; la proporción empleada en promoción de la salud mental o prevención es baja o inexistente; el acceso a medicamentos, que debería ser sencillo para las personas con enfermedad mental, con frecuencia no lo es, especialmente para los colectivos más vulnerables o excluidos; en algunos países se reporta incluso dificultad de suministro de medicamentos; es frecuente el copago de servicios psicosociales y pocos países financian los servicios considerando la equidad en el acceso a los servicios.

La mayoría de países tienen legislación que prohíbe los tratos inhumanos o degradantes, pero es mucho menos claro que esa legislación se aplique. El incremento de servicios comunitarios ha incrementado la posibilidad de elección de los usuarios. Sin embargo se mantienen informes de tratos degradantes en algunos países, especialmente en hospitales o residencias; relacionados con una combinación de tres factores: restricciones económicas, escasez de personal y factores culturales. Hay países en que la posibilidad de representación o protección legal ante abusos es muy pobre. Se indica que es necesario avanzar en las oportunidades de integración social; la mayoría de países protegen a las personas con EMG a través del sistema de protección general a la discapacidad, y ofrecen apoyo económico para alojamiento, o incentivos a las empresas para su empleo. En la Europa noroccidental ha habido grandes

progresos (en la línea de la perspectiva de la recuperación) en el reconocimiento de usuarios y cuidadores como socios del proceso, aunque no se cumplen aun las varias expectativas (por ejemplo, que los usuarios participen en la inspección de los servicios).

El estudio describe y aporta detalles superficiales del funcionamiento de la gama de servicios especializados de RPS existentes, aunque también es común (como pasa en España) que con la misma denominación se puedan referir a servicios bastante diferentes entre sí. Se describe y aporta detalles de: servicios ambulatorios de salud mental, hospitales de día, dispositivos comunitarios de crisis (de funcionamiento solo diurno o de 24 horas), teléfonos de asistencia, distintos sistemas de tratamiento en el domicilio (en algunos países), de tratamiento asertivo comunitario, de atención precoz. Se describen distintas modalidades de servicios residenciales comunitarios (pisos con distintos grados de supervisión, residencias, casas de transición, comunidades terapéuticas), que a veces dependen de los departamentos de salud y otras de bienestar social.

El informe señala que casi todos los países disponen de leyes, planes o políticas para implantar servicios diferenciados de rehabilitación psicosocial, pero solo 10 de los 42 informan de que posibilitan el acceso de todos o casi todos los usuarios que lo precisan.

En más de la mitad de los países hay unidades para personas con enfermedad mental con problemas judiciales (denominadas unidades forenses, unidades de seguridad o hospitales especiales) que, de nuevo, funcionan de manera diversa. En Italia, por ejemplo, solo son enviados por los tribunales, pero en Reino Unido en esos servicios se mezclan pacientes ingresados por orden judicial con otros pacientes con “conductas difíciles”. En Dinamarca, las unidades forenses son parte de los hospitales generales, pero en otros (Bosnia-Herzegovina, Albania) están en dispositivos carcelarios.

También se informa de dispositivos para niños y adolescentes o para mayores.

Los informes se hacen eco de que a pesar de la conciencia de la necesidad de que las personas con EM detectadas por los dispositivos de tratamiento se mantengan en contacto con servicios de RPS (con atención psicológica y/o social), la mitad de los países no disponen de datos sobre la accesibilidad real. En algunos, se informa que esos servicios son inexistentes (Azerbaijan), en otros se asume que todos los pacientes teóricamente los reciben, o los deberían recibir (Holanda, Francia...)

Respecto de que los servicios sean lingüísticamente o culturalmente accesibles y apropiados (para inmigrantes, grupos étnicos o grupos vulnerables especiales), pocos países reportan acciones al respecto (sí, por ejemplo, Noruega, Reino Unido, o Eslovenia).

La Comisión Europea a través de sus grupos de trabajo (Sección de Salud Mental del Departamento de Salud Pública) realiza un seguimiento de la aplicación de las políticas comunitarias³¹.

Referencias teóricas y prácticas contemporáneas en los países europeos

Teniendo en cuenta la heterogeneidad de ideas teóricas sobre la locura y el malestar psíquico, nos hemos preguntado si sería posible aportar aquí alguna indicación útil sobre por

donde se mueve hoy en Europa la teoría en este campo. Pero la respuesta no puede ser muy definida. La RPS no es el resultado de la aparición de una nueva tecnología o nuevos conocimientos sobre la locura. No en vano la RPS fue definida en sus inicios como una práctica en espera de una teoría. En realidad, la RPS hunde sus raíces en desarrollos ateóricos contemporáneos de la tradición intelectual humanista como reacción a la situación intolerable del manicomio.

Desde el punto de vista técnico, es importante hoy en los documentos sobre la cultura profesional de Europa que las prácticas sean acreditadas desde el punto de vista de la evaluación de su resultado (o como se dice también, que estén basadas en evidencia). Aunque sobre el cómo se establezca esa acreditación, es posible plantear muchos matices, especialmente entre los enfoques con pretensión de objetividad y los de sensibilidad más cualitativa o naturalista³².

Se considera que la validez de la información es un problema no solo para los profesionales, sino también para los responsables políticos que necesitan elementos sobre los que tomar sus decisiones sobre políticas, hasta el punto que se ha planteado un modo especializado de evaluación para efectos políticos (pp.120)³². Se considera que una evaluación así debería basarse en: la investigación de las necesidades, con instrumentos epidemiológicos, en un buen conocimiento de los recursos disponibles, y en una adecuada conciencia de los niveles de evidencia que aporta la información disponible (es decir, cuantitativa vs. cualitativa; macro vs. micro, de procedencia profesional, vs. opinión de usuarios). Se ha propuesto el Mental Health Country Profile³³ para producir esta información.

Respecto de la filosofía que informa la técnica concreta de intervención con los pacientes, se admite la complejidad y diversidad de prácticas³⁴. En general, se asume el valor extendido y positivo de la introducción de los psicofármacos de los últimos 50 años, aunque la expectativa de que las intervenciones psicofarmacológicas por sí mismas puedan lograr la normalización de la vida del paciente o su retorno sin más a la vida comunitaria³⁵, o la de encontrar explicaciones biológicas simples (identificación de genes o de mecanismos bioquímicos) de las enfermedades mentales, no se han cumplido hasta ahora, y algunos son escépticos de que se logren algún día³⁶.

También se asume el interés de las intervenciones de tipo psicoterapéutico y psicosocial³². Respecto de las intervenciones psicoterapéuticas, suelen ser de aplicación individual (a veces de pareja o familiar). Se admite su alto interés por parte de los usuarios –en general, sienten mayor interés que por los medicamentos– y su probada efectividad en una gama de intervenciones que incluyen esquizofrenia, depresión y trastornos de personalidad. Pero hay que tener presente la considerable heterogeneidad de sus supuestos teóricos y de sus prácticas.

Las intervenciones psicosociales, concebidas para aplicarse en el contexto social en que el paciente vive (el paciente y su familia, por ejemplo), se han extendido en RPS en los últimos 30 años. No son en su teoría claramente diferenciables de las psicoterapias, y en cierto sentido, aún están en fase de formalización teórica. Una de sus características más salientes es la incorporación del grupo familiar en las intervenciones con personas con trastornos graves. Existen múltiples referencias publicadas en muchos formatos: se citan la Gestión de Casos, el Tratamiento Asertivo Comuni-

tario, el trabajo con familias en varios formatos (unifamiliares o multifamiliares), la psicoeducación, el apoyo a la vida independiente, la atención social domiciliaria, el apoyo laboral, etc.

Si pretendiéramos saber si podemos hablar de algún tipo de consenso europeo sobre el estado actual de la cuestión en las intervenciones específicas en RPS, la respuesta sería de nuevo difícil. Habría que buscar esas líneas comunes a través de múltiples documentos locales en una docena de idiomas.

Uno de los documentos de referencia sería seguramente la Guía del Nacional Institute for Clinic Excellence del Reino Unido (la guía NICE de Core Interventions in the treatment and Management of schizophrenia in adults in primary and secondary care)³⁷, que es una guía independiente de referencia para las empresas que gestionan servicios de rehabilitación. En ella encontraremos recomendaciones y guías profesionales en la línea de los documentos europeos específicamente aplicables a la RPS.

Haciendo un breve sumario, encontramos que, en la línea de la orientación para la recuperación, plantea que todas las intervenciones deben pensarse como centradas en la persona, es decir, acorde con sus deseos y preferencias. Plantea determinadas competencias profesionales: conocimientos, habilidad para moverse y fomentar la adherencia en diversos entornos étnicos, capacidad de negociación con familias, habilidades para resolución de conflictos. Los servicios deben trabajar en conexión con referentes comunitarios, incluyendo líderes étnicos. Los equipos deben identificar a un profesional de referencia en todas las intervenciones. Se deben ofrecer intervenciones psicológicas de eficacia acreditable, como la terapia cognitivo-conductual o las intervenciones familiares. Se debe tener un enfoque que contemple todas la fases de la enfermedad; intervenir precozmente, ofrecer esperanza y optimismo (en la línea de las intervenciones orientadas a la recuperación). La evaluación debe ser interdisciplinar, y contemplar todas la variables relevantes, incluyendo residencia, cultura y etnia, situación económica, riesgos, sexualidad o red social. Se debe evaluar rutinariamente la ansiedad y la depresión. Se debe trabajar en sociedad con los cuidadores. De debe ofrecer toda la información necesaria a usuarios y cuidadores. Los servicios deben incluir tratamiento de urgencia y en situaciones agudas, intervención precoz, farmacología, y tratamientos psicológicos protocolizados. Los servicios deben ser orientados a la recuperación a todos los niveles. Se debe ofrecer oportunidades de ocupación, empleo y formación.

En la actualidad, más que los debates sobre la filosofía teórica de las intervenciones, podríamos aventurar que en Europa los temas que dominan la bibliografía de los grandes documentos de consenso^{11,38} son más bien la preocupación por la accesibilidad a los servicios, los modelos de organización y de financiación. Existe acuerdo general sobre la pertinencia del modelo comunitario de organización y de los modelos de tipo bio-psico-social en la atención.

Si tomáramos en cuenta como indicador las comunicaciones presentadas en el último Congreso Mundial de la WAPR de Milán, en 2012, concluiríamos que la heterogeneidad de referencias es notable. Junto a presentaciones de tipo cognitivo conductual que tratan de acogerse al prestigio de las ciencias empíricas, hubo al menos la misma proporción de presentaciones sostenidas en valores o referencias de tipo humanista con mucho interés por lo cualitativo³⁹. Tras

unos primeros años de prestigio de técnicas orientadas por el modelo de modificación conductual y luego de tipo cognitivo-conductual, se advierte hoy con claridad la necesidad de desarrollar modelos de trabajo que permitan a los profesionales de los equipos entender su propia relación con los usuarios, lo que hace que los nuevos profesionales se interesen por modelos que trabajen con ese nivel de complejidad (como los modelos psicodinámicos). Aunque algunos autores señalan la preferencia de algunos países por un tipo u otro de orientación teórica, las referencias nos parecen débiles y a veces contradictorias.

Es interesante la observación de Shorter⁹, que se hace eco de un documento anterior (OMS, 1978), respecto de cómo cierta antipatía subyacente ha separado a las distintas filosofías de pensamiento psi durante buena parte del siglo XX, o como la formación psiquiátrica y los servicios de psiquiatría comunitarios son como barcos que se cruzan de noche, que no se comunican entre sí y que sólo tienen una percepción débil de la existencia del otro. Hoy día podrían estar comenzando a discutirse los fundamentos hacia una perspectiva más integrada, que al menos podría contribuir a aumentar el consenso sobre como pensar al enfermedad mental o como conducir y evaluar las intervenciones^{1,36}.

La evolución del pensamiento en RPS en Europa

La filosofía de la RPS se expuso de manera explícita por primera vez en la en la Declaración de Consenso OMS-WAPR de 1986⁴⁰. Desde entonces, las ideas prioritarias de la RPS en Europa han experimentado cierta matización en la evolución en sus prioridades. La idea inicial del principio de las reformas psiquiátricas desde el punto de vista particular de la RPS fue asociada a la idea de recolocación de los usuarios en dispositivos comunitarios procedentes de instituciones; posteriormente al diseño desarrollo de dispositivos y programas comunitarios, luego al desarrollo de la comprensión en profundidad de la visión del proceso de RPS personal en sí mismo, que es el proceso en el que en la actualidad estamos inmersos, y que se conoce como la perspectiva de la Recuperación, y más recientemente al análisis de circunstancias contextuales que afectan al proceso vital de la enfermedad mental (los determinantes sociales, o los derechos humanos).

Desinstitucionalización, trans-institucionalización y modelo comunitario

El primer problema que se encontró al afrontar procesos de RPS fue el de pensar y organizar la reubicación del usuario. Esa reubicación es a la vez física (contemplada como la transferencia de la residencia del usuario del asilo a un recurso residencial comunitario) y conceptual (contemplando que el modelo de asilo no es el lugar de las personas, por severas que puedan parecer sus disfunciones psicológicas o sociales). En una visión optimista, podría pensarse que este proceso habría sido ya debatido y resuelto a nivel intelectual, de manera que todos los sistemas europeos estarían orientados en ese sentido, y en cierto sentido así es. Los documentos europeos de referencia^{23,25} convergen de manera inequívoca en el sentido de la ubicación comunitaria de los usuarios.

Pero la realidad, como sucede con frecuencia, se mueve a su manera. En realidad, de los países europeos solo Italia y Finlandia declaran haber completado un programa desinstitucionalizador y reportan 0 camas en hospitales psiquiátricos⁴¹, aunque otras fuentes citadas señalan que incluso esos datos deben ser tomados con cautela. En contraste,

13 países mantienen más de 10 camas por 10.000 en hospitales psiquiátricos monográficos, y otros 5 tienen más de 6.

En la práctica hay que conjugar en Europa el hecho de que no se han alcanzado los niveles de servicios comunitarios recomendados por la OMS, y que entre el 40 y el 80% de los pacientes crónicos viven al cuidado de sus familias, que soportan la mayor parte de la carga asistencial. El límite práctico de disponibilidad de servicios comunitarios de rehabilitación o de inserción social, y la consecuencia de potenciales usuarios excluidos se alivia en parte con iniciativas de todas clases, incluidas las de los propios usuarios a través de sus propias redes de ayuda mutua. Pero creemos que debe admitirse, con el Observatorio Europeo y otros portavoces, que los procesos de desinstitucionalización encuentran límites prácticos.

Ello se expresa de varias maneras. Un nuevo problema detectado es que sabemos ya que algunas personas desinstitucionalizadas vuelven a ser reinstitucionalizadas en otros lugares. (Este fenómeno se nombra a veces como transinstitucionalización). El riesgo de este proceso era conocido desde el principio de las reformas. Ya en 1983 se señalaba⁴² que a veces la reubicación no parecía un proceso realista. Lo que no implicaba, se pensaba, que no tuviera sentido un proceso de RPS que mejorara la calidad de vida o el ajuste social de la persona. También se observó pronto que el proceso de reubicación podría no tener éxito si no se acompaña de un proceso de preparación suficiente de las personas.

Sea como fuere, si el proceso no tiene éxito, el resultado es la transferencia del usuario de un recurso institucional a una situación de alta vulnerabilidad social, que a menudo termina con su reingreso en otro dispositivo. A veces un dispositivo de tipo forense de alta seguridad, otras la vida en la calle, o su ingreso en prisión. Se considera que al menos el 35% de personas sin hogar son enfermos mentales^{43,44}. El Observatorio Europeo⁴¹ indica como factores de este problema la debilidad o falta de contención de los dispositivos comunitarios (cuando no la inexistencia), o la existencia de incentivos económicos sesgados para el desarrollo de recursos comunitarios, como el de vincular la financiación de un área a la ocupación de sus camas. Esta idea está presente en el Informe sobre salud mental elevado al Parlamento Europeo por la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria³¹.

Un documento de la Comisión del Reino Unido que monitorizan la aplicación de la Mental Health Act⁴⁵ indica que crece el número de personas institucionalizadas en nuevos dispositivos privados de seguridad concertados (parecería que el modo de gestión tras las reformas de la era Thatcher hace crecer el número de las unidades de seguridad y que la atención se sesga hacia ellos). También se observa allí que crece el número de pacientes que su primer contacto con la psiquiatría es un ingreso involuntario.

Fenómenos como estos son a veces interpretados como signos de la dificultad práctica de eliminar el tratamiento institucional. Se ha propuesto un modelo pragmático denominado Asistencia Equilibrada (Balanced Care Model)^{46,47} que trata de resolver sin dogmatismos la discusión entre los partidarios de que los servicios comunitarios reemplacen completamente los servicios hospitalarios y los partidarios de que se sigan prestando servicios psiquiátricos apropiados desde los hospitales.

En todo caso, es indiscutible que en toda Europa se ha avanzado en el proceso desinstitucionalizador. Ha habido un desplazamiento del peso de la atención del manicomio al modelo comunitario, que se objetiva en la clara tendencia hacia la reducción de camas en hospitales psiquiátricos, que opera desde principio de siglo XX y todavía dura, aunque es una tendencia más lenta en los nuevos países de la UE⁴¹.

En sus comentarios sobre la vigencia del modelo comunitario, el Observatorio Europeo⁴¹ sugiere reconocer la complejidad del funcionamiento del sistema, incluyendo la diversidad de fuentes de financiación, la reconceptualización de las necesidades con más énfasis en inclusión social y en derechos humanos y en establecer incentivos para que se facilite la accesibilidad al trabajo. Mantiene como retos la lucha contra la discriminación y el estigma (y la consciencia de sus profundas repercusiones), el desarrollo de verdaderas comunidades asistenciales, promoción de calidad de vida en términos prácticos (por ejemplo, mediante el acceso al trabajo), mejorar la capacidad de decisión de los usuarios, paliar la limitación de recursos, ser conscientes de las dificultades de coordinación intersectorial (incluso en los casos en que los recursos existen), ya que para muchos asuntos (salud, educación, acceso al empleo, prestaciones por discapacidad o dependencia) comparten servicios con el resto de ciudadanos de su área de adscripción. Solo en una gama de las necesidades más específicas directamente relacionadas con la gestión de su enfermedad, las personas con EM acceden a servicios especiales de RPS.

El Eurobarómetro⁴⁸ investigó en 2003 algunas variables sobre salud mental percibida en los distintos países europeos (en 2003 entonces 15 países) y sobre algunas variables comunitarias (como la percepción de apoyo social, datos sobre la red social o la facilidad de buscar ayuda) que pueden dar una idea de la percepción práctica del modelo comunitario por los ciudadanos.

RPS como orientación hacia la recuperación.

En los últimos años se ha venido imponiendo en Europa (y en el resto del mundo) la llamada perspectiva (orientación o modelo) de recuperación. Los documentos técnicos europeos se hacen eco entre sus líneas teóricas de esta orientación, que está presente en la Declaración de Helsinki²³, en el Libro Verde²⁵, e inspira los valores del Pacto Europeo por la Salud Mental²⁶.

La perspectiva de recuperación⁴⁹ implica una ruptura con el tradicional pesimismo pronóstico hacia la enfermedad mental. Se apoya en pruebas disponibles de que en un porcentaje significativo las personas afectadas se recuperan funcionalmente en grado suficiente para poder hacer una vida con un nivel de síntomas tolerable, ser razonablemente independiente y participar de manera significativa en la comunidad. Extrae buena parte de su base empírica del análisis de la experiencia efectiva de usuarios recuperados. Implica cambios importantes en la conducta profesional, que implican una ruptura respecto del modelo profesional manicomial. El modelo de recuperación enfatiza la expectativa de mejoría de la vida de los pacientes y los modelos colaborativos donde el usuario tiene verdadera capacidad de elección.

Los documentos recientes sobre salud mental europeos de OMS y la UE mencionan de manera regular la Orientación hacia la Recuperación entre sus principios rectores. Ello es consistente con otras orientaciones ya mencionadas, como

por ejemplo, que los usuarios tengan ocasión de participar en el diseño y evaluación de políticas sanitarias. Implica que el modelo europeo se propone ir más allá de una orientación meramente asistencial (de tratamiento de la enfermedad) para una de reincorporación a la ciudadanía y a la participación. En sus documentos estratégicos, España también se hace eco de esa orientación⁵⁰.

Reino Unido, por ejemplo, ha publicado en 2009 un ambicioso documento interministerial⁵¹ que interpreta las implicaciones de la perspectiva de la recuperación en el sentido de inclusión social a través del acceso al trabajo.

Las implicaciones prácticas sugeridas de esta idea son varias, casi siempre en la línea de aumentar la capacidad de la perspectiva de los usuarios de participar en todos los niveles del proceso (tratamiento, rehabilitación investigación, evaluación, inspección). La visión del concepto en sus implicaciones prácticas está aún bajo discusión y se propone que será necesario un periodo de investigación sobre cómo la noción se aplica y desarrolla realmente⁵².

Enfermedad mental, determinantes sociales y prevención

En las líneas de trabajo actuales de OMS Europa hay dos ideas complementarias. Primero que la salud mental debe ser considerada como un factor de gran relevancia dentro del cuidado general de la salud³⁸. Ello se argumenta con datos epidemiológicos de gran peso: el 13 % de la carga de discapacidad a nivel global y cinco de las 10 primeras causas de discapacidad se deben a trastornos neuropsiquiátricos⁵³. Se enfatiza que las condiciones de salud mental están entre las que tienen más impacto sobre la vida de las personas, medido el impacto de la discapacidad sobre los años vividos. Y en segundo lugar, desde 2003⁵⁴ aparece la idea de que la que se alerta de la importancia sobre la salud de los determinantes sociales (y se exhorta a intervenir sobre ellos). Por determinantes sociales se entiende las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Y se llama la atención sobre los diversos factores de ese entorno que determinan la salud.

La OMS consideró dos áreas: la de condiciones de vida (que incluye entornos físicos saludables, trabajo decente, protección social a lo largo del ciclo vital, y acceso a atención sanitaria) y la distribución del poder, dinero y recursos (incluyendo la equidad en el acceso a los servicios, la equidad de género, el empoderamiento político y otros factores).

Al margen de que las consideraciones de este enfoque se superponen con muchas de las aspiraciones que se defienden desde nuestros tradicionales planteamientos de protección a las personas con EM, el interés de mencionar los determinantes sociales sobre la salud mental y la RPS deriva del hecho de que no se trata de abstractas aspiraciones humanísticas, sino que se enfocan como variables con impacto sobre la salud empíricamente demostrables y con consecuencias económicas evaluables.

Se afirma que actuar sobre los determinantes sociales sería la forma más coste efectiva de promover la salud mental y prevenir las enfermedades mentales⁵⁵. Se indica como blancos estratégicos en ese sentido específico: invertir en programas para mejorar las condiciones de la gestación y el neurodesarrollo que combatan el uso de drogas durante el embarazo; promover hábitos saludables como la lactancia materna, apoyar a las embarazadas adolescentes o limitar la exposición de los niños a la violencia.

La perspectiva de los derechos humanos

Europa es reconocida como la región mundial con más alto nivel de implementación de DDHH⁵⁶. Sin embargo, la potencia transformadora del concepto de derechos humanos en salud mental sigue siendo destacada.

El Observatorio Europeo también señala que al mismo tiempo que en una gran parte del continente europeo se ha producido un movimiento de alejamiento respecto a los servicios centrados en hospitales, especialmente en los países con mayores ingresos económicos, ha tenido lugar una «reconceptualización» gradual de las necesidades, con mayor hincapié en los derechos humanos y en la inclusión social.

En 1948, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó una resolución por el que se establecía una lista de 30 derechos básicos, e inherentes a la condición humana. En derecho internacional, esta declaración inicial constituyó un documento orientativo que se concretó en Pactos Internacionales de Derechos Humanos, que se convirtieron en tratados internacionales al ser ratificados por los países y entonces adquirieron valor vinculante y eficacia jurídica.

Vasak⁵⁷ divide los DDHH en tres tipos: los vinculados al principio de libertad, como el derecho a la vida e integridad física, libre circulación, libertad de pensamiento, sufragio, etc.; los vinculados al principio de igualdad, como el derecho al trabajo, a la seguridad social, a la salud o la educación, y los vinculados al principio de solidaridad universal, como el derecho a la paz o a la calidad de vida, que requieren de esfuerzos coordinados y supranacionales.

Es interesante notar que los del primer tipo son derechos de tipo negativo que exigen la inhibición y no injerencia del poder público en la esfera privada de las personas. En cambio, para su realización efectiva, los de segundo tipo exigen intervenciones positivas de los poderes públicos a través de prestaciones y servicios. Por ejemplo, el derecho al mayor estándar alcanzable de salud física y mental, representa un deber afirmativo para los Estados firmantes de los Tratados Internacionales, que se comprometen a la implementación de programas y al aporte de medios. Es aquí obvio el límite que supone la limitación de recursos propia de cualquier actividad económica, la competición de estos objetivos con otros de los Estados y la necesidad de equidad y justicia en la administración de ese tema.

En Europa, el tratado Básico sobre derechos Humanos es la carta de Derechos Fundamentales de la UE (Charter of Fundamental Rights of the European Union)⁵⁸, que entró en vigor como parte del tratado de Lisboa en 2009. Sobre esa base, en 2007 se ha creado una agencia especial (European Union Agency for Fundamental Rights, FRA)⁵⁹ que tiene proyectos relacionados con salud mental en la línea expresa de la Convención de la ONU de Personas con Discapacidad⁶⁰, y está monitorizando algunos parámetros (por ejemplo barreras en el acceso a servicios de salud a determinados colectivos, etc.)

La OMS y la ONU han trabajado en los últimos años en la dirección de examinar y proteger la situación de las personas con discapacidad, y de entre estos los que padecen problemas de salud mental.

La Asamblea General de la ONU aprobó en 1991 la resolución La Protección a las Personas con Enfermedad Mental y la mejora de la Atención en Salud Mental (“The Protection of persons with Mental Illness and Improvement of Mental Health Care”, los MI Principles)⁶¹, que no es vinculante para

los estados, pero representó un hito y una anticipación a reglas posteriores.

En 2006 se aprobó en Nueva York la Convención de Los Derechos de las Personas con Discapacidad⁶⁰, poniendo de relieve los principios de dignidad, no discriminación, inclusión, respeto a la diferencia, igualdad de oportunidades, accesibilidad, igualdad de hombre y mujer, y respeto a la evolución de facultades de niños/as y a preservar su identidad.

Esta norma ha sido ratificada por muchos países y obviamente contiene implicaciones claras en el terreno de la RPS. Ha sido saludada con entusiasmo por las organizaciones de usuarios internacionales y europeos (en este caso representados por WNUSP)⁶², porque según entienden, representa un cambio de paradigma, del paternalismo a los DDHH, habla de autonomía y apoyo, de posibilidad de elegir el tratamiento (o el no tratamiento), de la necesidad de servicios de calidad (y el derecho a no recibirlos).

El terreno de salud mental es muy delicado en tema de DDHH debido a que con frecuencia se plantean situaciones que se considera demandan prácticas restrictivas temporales de determinados derechos individuales del paciente, que la psiquiatría asume y la legislación permite y regula.

Se considera⁶³ que la relación de los DDHH con la salud mental tiene tres perspectivas. Una, la de que las políticas coercitivas de salud mental pueden colisionar con los DDHH (y de hecho colisionan regularmente); dos, que las invasiones de los derechos afectan dañinamente la salud mental de las personas; tres, que las medidas positivas de promoción de los DDHH y de las de la salud mental pueden tener efectos sinérgicos, ya que la salud mental y el ejercicio de los derechos están inextricablemente unidos.

Respecto de la primera perspectiva, de hecho, se admite (como se venía haciendo) que en beneficio de la persona, y de la sociedad puede ser necesario el uso de medidas restrictivas y limitadoras de derechos básicos (de autonomía, libertad, propiedad, o privacidad), pero que entran en conflicto con los DDHH si en ese interés se toman medidas arbitrarias, discriminatorias, o en ausencia de un procedimiento adecuado.

En ese sentido, una reciente revisión⁶⁴ aporta datos importantes: las medidas cuestionables son relativamente frecuentes, especialmente en salas de urgencias o de agudos, (el aislamiento, entre el 0 y el 66% según diferentes informes; la contención física, del 0,4 al 9,0%). Los informantes se hacen eco de varias revisiones que reportan de una sorprendente falta de estudio sobre la eficacia de esas medidas, y de que tras una investigación sistemática federal en USA sobre la muerte de un adolescente sometido a restricción, se encontraron 152 casos más en la década anterior y estimaron la probabilidad de entre 50 y 150 casos anuales de mortalidad en EEUU asociada a esas medidas. Tras esos estudios (Informe Hartford), se emitieron recomendaciones de aumento de la regulación de esas situaciones y de la vigilancia durante ellas que lograron reducir las contenciones en un 50% y en un 40% su duración, sin menoscabo de la seguridad. El estudio encuentra que el uso de esas medidas correlaciona más con el tipo de centro donde se emplean que con grupos étnicos, o de diagnósticos. En el momento de la publicación, los autores señalaban la ausencia generalizada en Europa de suficiente regulación, en supuestos de contención o aislamiento.

La Unión Europea⁶⁵, creo un grupo de trabajo con representantes de 12 países, para estudiar el tema y emitir recomendaciones. Su trabajo, en la misma línea, enfatiza la necesidad de estandarizar y regular los procesos, y recomienda un conjunto de directivas: mejorar la información al paciente de las razones de su internamiento y de su duración previsible; ser conscientes de los conflictos de DDHH posible durante el ingreso; estimular la participación de la familia en el proceso; mejorar la comunicación entre el hospital y los recursos comunitarios; organizar sobre el tema reuniones seminarios o grupos de trabajo con usuarios; y mejorar la formación de los profesionales sobre afrontamiento de conductas agresivas, aspectos clínicos de los cuadros severos, aspectos legislativos de los ingresos involuntarios y habilidades de comunicación.

Gostin⁶³ indica tres áreas sensibles que se debe garantizar: el respeto a derechos fundamentales en el internamiento involuntario (la representación legal, la de ser escuchado y la de poder elegir expertos independientes); el derecho a condiciones dignas de confinamiento (a no recibir trato abusivo o degradante, y a tratamientos suficientemente avalados); y a la protección de derechos cívicos (privacidad). Subraya también la perspectiva de la importancia de los derechos humanos de la mujer en la salud mental: situaciones de discriminación, violencia, restricciones en su libertad de elección o en el acceso a la propiedad, o en su rol sexual, tienen un impacto sobre su propia salud mental y potencialmente sobre su descendencia.

La OMS ha publicado recientemente un manual para los estados o ONGs, el WHO Quality Rigths tool kit⁶⁶ diseñado para difundir y evaluar el nivel de calidad y cumplimiento de los DDHH enfocado expresamente para personas con problemas de salud mental (psiquiátricas, neurológicos o de retraso intelectual), que delimita cinco áreas: el derecho a un adecuado estándar de vida y protección social; al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; al ejercicio de la capacidad legal, libertad personal y seguridad; protección ante la tortura, trato cruel o degradante, castigo o explotación, violencia o abuso; y derecho a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad. Cada área tiene un cuestionario detallado diseñando la evaluación objetiva a través de entrevistas estructuradas a usuarios, profesionales y familiares, informes procedentes de observación o revisiones de documentación, que se pueden usar desde para la evaluación de servicios individuales hasta a escala de un país. Es probablemente el documento práctico más completo y útil en este momento.

El Plan de Acción de la OMS 2013-20⁶⁷ se puede considerar una continuación de documentos anteriores, pero con una tendencia muy interesante. Como en documentos anteriores, sin centrarse en la RPS, se refiere de manera especial a los grupos más necesitados de tratamiento y protección, personas con esquizofrenia o trastorno bipolar, demencia, depresión, y también discapacidad intelectual, epilepsia o trastornos de comienzo en la infancia. Pero avanza de manera clara en situar en contexto a los trastornos mentales, relacionándolos con los determinantes sociales: la pobreza, la exposición a violencia o el no respeto a los derechos humanos. También se preocupa de la situación de los niños como una estrategia preventiva y otros grupos vulnerables (inmigrantes, indígenas, personas expuestas a desastres, condiciones abusivas de trabajo). Se hace eco del problema de la reinstitucionalización, o de la negación de los derechos sociales a las personas con enfermedad mental. Se basa en 6 principios y enfoques transversales: la cobertura sanitaria universal, los derechos humanos, la práctica basa-

da en evidencias, un enfoque que abarque el ciclo vital, el enfoque multisectorial, y la emancipación de las personas con enfermedad mental y discapacidades sensoriales.

A modo de conclusión

El camino que se abre en la segunda mitad del siglo XX bajo el nombre de rehabilitación psicosocial ha mantenido su vigencia en Europa hasta la actualidad. Sus principios aparecen claramente integrados en los documentos que marcan las expectativas de orientación política sanitaria y social europeas en el futuro. El ámbito de la Rehabilitación Psicosoacial se ha ampliado e integrado de manera orgánica como una de las prioridades europeas en el campo de la salud mental. Partiendo de su principio crítico con el modelo de institucionalización dominante, comienza como modelo en que lo prioritario era la recolocación de los pacientes en la comunidad, y pasando por el de desarrollo de servicios y estrategias comunitarias que les aportaran soporte, la RPS ha evolucionado hacia una filosofía del apoyo a la recuperación, en que los usuarios puedan vivir una vida digna con los apoyos comunitarios que necesiten. Crece el interés hacia como los determinantes sociales puedan contribuir al desencadenamiento y cronificación de las enfermedades mentales así como de otras. Por último, la perspectiva de derechos humanos está viniendo a reanalizar las relaciones de los usuarios con los servicios y con las estructuras del Estado. La Rehabilitación Psicosocial en Europa es un enfoque plenamente vigente y con perspectivas de desarrollo futuro

BIBLIOGRAFÍA

- Javed A. Discurso de clausura del XI Congreso de WAPR, Milán Italia. 2012.
- Culthbert B, Insel T. New Directions in Diagnosis Research Domain Criteria and Global Mental Health. En Sorel E, coordinador. 21th Century Global Mental Health. Washington: Jones and Bartlet Learning; 2013.
- Ladrado-Ignacio L. Gingawa, wellbeing in the aftermath of disasters. Manila: Philippine Psychiatrist Associations Ed; 2011.
- Lain P. Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat; 1982.
- Gong F. Budismo y Psicoterapia, una perspectiva. Disponibl en <http://www.husuyum.org>
- Salin A, Jain S. The 300 Ramayanas and the District Mental Health Programme. Economic and Political Weekly, June 22, vol XLVIII no 25.
- Deva P. Mental Health and Mental Health Care in Asia. World Psychiatry. 2002;1:118-20.
- Llorca V. El socorro de los pobres, libertad o regulación. El proyecto humanista de Luis Vives y la Crítica de Domingo Soto. Excerpta e Dissertationibus in Sacra Theologia Vol. XLII, n5.
- Shorter E. Desarrollo histórico de los servicios de salud mental en Europa. En Knapp M. McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Metal. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
- Tomov T. Los países del centro y del este de Europa. En Thornicroft G, Tansella M, coordinadores. La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios. Madrid: Tricastela; 2005.
- Klein J. Prólogo. En Knapp M. McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Metal. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007, pp. XIV. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
- Baron E. Constitución y Modelo Social Europeo. Estudios de Economía Aplicada. 2009; 27(3): 599-608. Disponible en <http://www.revista-eea.net>
- Nassar S. La Gran Busqueda. Sabadell: Debate; 2012.
- Sapir A. Globalisation and the Reform of European Social Models. Bruselas: Bruegel; 2005.
- Knapp M, McDaid D. Presupuestos y financiación de los servicios asistenciales en Salud Mental. Klein J. Prólogo. En Knapp M. McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Metal. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007, pp. 69 y sig.
- Echeverri O. Sistemas de Servicios de Salud. Principales Modelos. Disponible en http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/oscar_echevery.pdf
- Ochando C. Estado de Bienestar, retos y opciones de reforma. Quaderns de Política Económica. 2005; 9. Disponible en <http://www.uv.es/~qpe/revista/num9/ocha-pre9.pdf>
- Tratado de Lisboa, en Diario Oficial de la Unión Europea, de 17 de 12 de 2007. Disponible en http://www.boe.es/legislacion/enlaces/documentos/ue/Trat_lisboa.pdf
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, en Diario Oficial de las Comunidades Europeas, de 18 de 12 de 2000. Disponible en http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf
- Carta de Ljubljana de Reforma de la Asistencia Sanitaria. Disponible en http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf
- Carta de Derechos del Paciente. Disponible en http://formacion.seguridaddelpaciente.es/docs/declaraciones/CARTA_EUROPEA_DE_LOS_DERECHOS_DE_LOS_PACIENTES.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible en <http://www.who.int/whr/2001/es/>
- Declaración de Helsinki. Disponible en <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/mental-health-declaration-for-europe>
- Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2004. Changing History. Ginebra: World Health Organization; 2004.
- European Commission. Directorate-General for Health & Consumer Protection: Green paper. Disponible en http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
- European Pact for Mental Health and Well Being. Disponible en http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
- IMPACT Consortium. Mental Well-Being: For A Smart, Inclusive And Sustainable Europe. Disponible en http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/outcome_s_pact_en.pdf
- Central Intelligence Agency. The World Fact Book. Disponible en <http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html>
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Informe sobre el desarrollo humano 2013. Disponible en http://hdr.undp.org/en/media/HDR2013_ES_Summary.pdf
- WHO Regional Office for Europe. Policies and practices in Europe, meeting the challenges. 2008. Disponible en http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf
- Tzampazi E. Informe de la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria. Documento de Sesión de 28.01.2009 en el parlamento Europeo. Disponible en <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A6-2009-0034+0+DOC+PDF+V0//ES>
- Jenkins R, et al. Base de evidencia en la política y la práctica de salud mental". En Knapp M. McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Metal. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007, pp 114. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
- Jenkins R, et al. The Mental Health Country Profile: background, design and use of a systematic method of appraisal. International Review of Psychiatry. 2004; 16(1-2):31-47.
- Lehtinen V, et al. Avances en el tratamiento de las enfermedades mentales. En Knapp M. McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Metal. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007, pp 141-61. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
- Rose N. Psicofármacos en Europa. En Knapp M. McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Metal. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007, pp 188. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
- Read J, Mosher L, Bentall R. Modelos de Locura. Barcelona: Herder; 2004.
- National Institute for Clinic Excellence. Core Interventions in the treatment and Management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. UK. Marzo 2009.
- Organización Mundial de la Salud Comisión Europea. Informe Sin Salud Mental no hay salud. Conclusiones del encuentro Balance de la Promoción y la Atención a la salud mental. Bruselas, 1999. Disponible en <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf113/113info.pdf>.
- WAPR World Congress Milano 2012. Final Programme.
- WHO-W APR. Psychosocial Rehabilitation, a consensus statement. 1986. Disponible en http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_ConsensusStatement_96.pdf
- Amaddeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L, Tansella M. Reformas en Atención Comunitaria: equilibrio entre Atención Psiquiátrica Hospitalaria y Comunitaria. En Knapp M. McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Metal. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
- Watts F, Bennet D. Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y Práctica. México DC: Limusa; 1990.
- Moyano E. Salud Mental en Indigentes. Jano. Octubre 2010. Disponible en http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1764/113/01130117_LR.pdf
- Muñoz M, et al. Características de las personas sin hogar en España. 30 años de estudios empíricos. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2003;3(1):100-16.
- Mental Health Act Commision. Coercion and Consent. Monitoring the Mental Health Act 2007-09.
- Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental Health. Psychol Med. 2013; 43: 849-63.
- Knapp M, et al. Política y práctica de salud mental en Europa: panorámica general. En Knapp M. McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Metal. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
- Ver http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf
- Farkas M. The vision of Recovery today: what it is an what it means for services. World Psychiatry. 2007;6: 4-10.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2007. Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Her Majesty Government. Work, recovery and Inclusion. Employment support for people in contact with secondary care mental Health Services. Disponible en <http://www.dwp.gov.uk/docs/work-choice-work-recovery-inclusion.pdf>
- Slade, M., Hayward, M.: "Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric". Acta Psychiatrica Scand. 2007;116:81-3.
- Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de OMS, Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastrich. Prevención de los Trastornos mentales. Informe Compendiado. Ginebra. 2004. Disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Wilkins R, Marmot M, editors. The Social Determinants of Health: The Solid Facts, 2nd ed. OMS-Europe; 2003.
- Satcher D, et al. The social Determinants of mental Health. En Sorel E, coordinador. 21th Century Global Mental Health. Washington: Jones and Bartlet Learning; 2013.
- Rosental E, Sundran C. La Importancia de los derechos humanos internacionales en la legislación nacional sobre salud mental. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/WHO_chapter_hr_spanish.pdf
- Vasak K. Human Rights: A Thirty-Year Struggle: the Sustained Efforts to give Force of law to the Universal Declaration of Human Rights. UNESCO Courier 30:11, Paris: United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization, November 1977.
- European Union. Charter of Fundamental Rights of the European Union. Official Journal of The European Communities, 18.12.2000. Disponible en http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf
- European Union Agency for Fundamental Rights. Disponible en <http://fra.europa.eu/en>
- Organización de Naciones Unidas. Convención de Los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccco_nvs.pdf
- The Protection of persons with Mental Illness and Improvement of Mental Health Care, los MI Principles. Disponible en <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.html>
- WNUSP. Implementation Manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 2008. Disponible en http://www.wnusp.net/documents/WNUSP_CRPD_Manual.pdf
- Gostin L, Gable L. The Human Rights of Persons with Mental Disabilities: A Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health. 2010, Georgetown Law.
- Mayoral F, Torres F. La utilización de medidas coercitivas en Psiquiatría. Grupo EUNOMIA. Actas Esp Psiquiatr. 2005;33(5):331-38.
- Fiorillo A, et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. Eur Psychiatry. 2011;26(4):201-7.
- Organización Mundial de la Salud. WHO Quality Rights tool kit. Disponible en http://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/
- Organización Mundial de la Salud. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-20. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA INTERACCIÓN TERAPEÚTICA: UNA PROPUESTA CLÍNICA Y METODOLÓGICA

FUNCTIONAL ANALYSIS OF THE THERAPEUTIC INTERACTION: A CLINICAL AND METHODOLOGICAL PROPOSAL

Autores:

María Xesús Froján-Parga¹, Elena Ruíz-Sancho¹, Antonio Cortines-Mayorga², Jesús Saiz-Galdós²⁻³, Gemma de Frutos Alonso²

¹Universidad Autónoma. Madrid.

²Grupo 5. Madrid.

³Universidad Complutense. Madrid.

Correspondencia:

M^{ra} Xesus Froján Parga. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

Ciudad Universitaria de Cantoblanco. 28049, Madrid. España.

E-mail: mxesus.frojan@uam.es

Año 2015; Volumen 12, número 2.

RESUMEN

Introducción. En los últimos años han aparecido diferentes publicaciones que aportan un modelo nuevo de concebir y explicar las enfermedades mentales. Este nuevo modelo obliga a cambiar la concepción del usuario como paciente, para convertirlo en agente de su propio proceso de cambio.

El presente trabajo se enmarca dentro de esta nueva concepción, y se centra en el estudio del análisis funcional de la interacción terapéutica durante la intervención clínica. Se parte de que la interacción verbal entre el terapeuta y el usuario puede poner en marcha recursos de este último responsables del cambio clínico. Nuestro grupo de trabajo ha elaborado un sistema para categorizar la interacción verbal en terapia, que se ha probado eficaz en pacientes que acuden a una consulta privada. El objetivo de este estudio es valorar si también puede servir para pacientes con diagnósticos de mayor gravedad.

Método. Se analizaron las grabaciones de 12 sesiones clínicas pertenecientes a otros tantos casos, tratados por 3 psicólogos con diferentes grados de experiencia. El trabajo clínico fue individual y se llevó a cabo con población adulta.

Resultados. Se obtuvieron buenos valores de fiabilidad interjueces, y se analizó la frecuencia de aparición de cada conducta verbal, tanto en el terapeuta como en el usuario. **Discusión.** El presente artículo aporta un sistema para analizar la interacción verbal en usuarios con patologías graves, que puede ayudar a comprender qué ocurre en el proceso de la terapia.

Palabras clave: Análisis funcional, Interacción verbal, Proceso terapéutico, Enfermedad mental

ABSTRACT

Introduction. In recent years they have appeared different publications that bring a new model to conceive and explain mental illness. This new model requires that the consumers cease to be conceptualized as patients, to turn it into agents of their own change process.

This study is part of this new concept, and focuses on the study of functional analysis of therapeutic interaction during clinical intervention. Our working group has developed a system for categorizing verbal interaction in therapy that has been shown effective in patient attending a private consultation. The aim of this study is to assess whether this system can also be used for patients with more serious diagnoses.

Method. 12 recording clinical sessions of 12 patients treated for 3 psychologist with varying degrees of experience were analysed. Clinical work was individual and was conducted with adult population.

Results. Inter-rater reliability good values were obtained, and the frequency of occurrence of each verbal behavior is analyzed, both in the therapist and the consumer. **Discussion.** The present study offers a system to analyze the verbal interaction in consumers with serious pathologies that can help to understand what happens in the therapy process.

Keywords: Functional analysis, Verbal interaction, Therapeutic process, Mental illness.



INTRODUCCIÓN

En el año 2013 se publicó un artículo cuyo título, “Análisis funcional de la esquizofrenia” (A functional analysis of schizophrenia¹), puede resultar sorprendente en un contexto tan medicalizado como es el de la salud mental. Sin embargo, el planteamiento que expone el autor no hace sino resumir el trabajo que en esta línea (la explicación funcional de los problemas “mentales”) se lleva realizando desde hace décadas en el marco de la psicología científica. Basta recordar otras publicaciones revolucionarias como fue en su momento el libro de González y Pérez² “La invención de trastornos mentales” o, tan recientemente que aún no ha dado tiempo a valorar su impacto, “Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil”³. Añádanse aportaciones como el debate generado en 2006 en la revista Behavior and Social Issues^{4,5} de los trastornos psicóticos y el cuestionamiento de la causalidad biológica, u otras varias reflexiones y críticas de creciente presencia, haciéndose acompañar de rigor conceptual y experimental⁶, y empezará a conformarse un panorama que reclama una atención diferente hacia estas “patologías mentales”.

Estos libros y otros muchos artículos son una muestra de que existe un planteamiento alternativo (y basado en la experimentación) para el tratamiento de los problemas psicológicos/enfermedades mentales. Y que este tratamiento obliga a cambiar la concepción del usuario como “paciente” y lo convierte en agente de su propio cambio al tiempo que dota al profesional de estrategias de actuación que van mucho más allá de la de ser meros dispensadores de medicación o “paños de lágrimas” en una situación de impotencia. Los propios términos componentes del sintagma enfermedad mental ya merecerían por sí solos un análisis pormenorizado, con no pocas posibilidades de acabar en la incertidumbre, desconcierto o cuestionamiento. Los interrogantes y reservas acerca de un modelo con no pocas dosis de tutela y paternalismo han ido creciendo entre la comunidad científica y los propios receptores de los servicios, en ocasiones en forma de testimonios personales⁷ y en otras ejerciendo la organización y el asociacionismo (Mind Freedom).

Este es el marco en el que se desarrolla nuestro trabajo de investigación, cuyas aplicaciones prácticas queremos presentar a lo largo de las siguientes páginas. Desde hace varios años, el equipo de investigación de la UAM en colaboración con el centro de psicología Iteima y cuatro centros pertenecientes a la Red Pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera (EMGD) de la Comunidad de Madrid gestionados por Grupo 5, han estudiado el proceso terapéutico a partir del análisis de la interacción verbal que ocurre durante la intervención clínica. Dicho estudio se basa en una serie de supuestos de partida en los cuales se enmarca la totalidad de la investigación y que están fuertemente enraizados en los principios del análisis aplicado de la conducta: en primer lugar, la consideración otorgada a la interacción verbal como la base del proceso terapéutico y, en segundo lugar, la necesidad de realizar el análisis funcional de dicha interacción para entender el cambio clínico.

Una de las cuestiones principales que nos planteamos al iniciar esta línea de trabajo es si el análisis funcional de la interacción terapéutica podría ser utilizado para estudiar la intervención clínica con cualquier tipo de paciente; o sí, por el contrario, este tipo de análisis podría ser útil fuese cual fuese el diagnóstico o, incluso, la orientación teórica del terapeuta. Hasta el momento, los resultados de nuestros

trabajos⁸⁻¹⁴ avalan la primera de las opciones: el análisis de más de 150 sesiones clínicas de diversos pacientes y problemáticas permiten concluir que la conducta verbal de los terapeutas va cambiando a lo largo de las sesiones y que dichas variaciones no guardan relación con el terapeuta analizado, el paciente considerado o la problemática tratada sino que lo que determina el cambio es el momento o actividad clínicamente relevante que se está llevando a cabo en sesión (evaluar, explicar, entrenar/tratar o consolidar los cambios). Este hecho podría poner de manifiesto la existencia de mecanismos de aprendizaje que se pondrían en marcha a partir de la interacción entre terapeutas y pacientes en distintos momentos de la terapia y que podrían ser, en alguna medida, responsables del cambio clínico.

Pero asumir este planteamiento lleva consigo la conceptualización de cualquier problema psicológico, sin distinción, como un problema aprendido, independientemente de que existan posibles variables disposicionales (predisposición genética, alteraciones neuroquímicas, historia de aprendizaje familiar...) que influyan en el problema. Posiblemente haya poca controversia a la hora de conceptualizar la depresión, la ansiedad o cualquiera de los problemas considerados “menores” o “poco graves” como problemas aprendidos. Pero ¿podríamos decir lo mismo de los problemas psicóticos? Cuando se habla de esquizofrenia, inmediatamente se asume que se está hablando de una enfermedad que requiere un tratamiento farmacológico y para la cual cualquier otra intervención es inútil (o, en el mejor de los casos, muy secundaria). Sin embargo, que la esquizofrenia sea una enfermedad está muy lejos de ser demostrado, ya que ello implicaría un proceso etiopatofisiológico con unos síntomas y unos biomarcadores característicos. Sin embargo, tras décadas de investigación no se ha podido identificar dicho proceso etiopatofisiológico¹⁵⁻¹⁶.

Puesto que no hay un proceso etiopatofisiológico identificado y sin tan siquiera biomarcadores claramente asociados con el síndrome (¿son las alteraciones dopaminérgicas causa o consecuencia de las conductas psicóticas?), en la actualidad y desde una perspectiva biologicista, esquizofrenia no es más que un nombre con el que se designa un conjunto de conductas consideradas desadaptativas y para las que se presume una etiología orgánica no identificada¹⁷.

Por lo tanto, es fácil concluir que la conceptualización de los problemas psicóticos como enfermedades con una base orgánica es más que cuestionable y abren nuevos caminos al planteamiento de programas de tratamiento distintos a los farmacológicos y, dado el tema que estamos tratando aquí, al estudio de la intervención clínica desde una perspectiva funcional. Incluso en propuestas tan extendidas y aceptadas en el ámbito de la rehabilitación psicosocial como el modelo de recuperación¹⁸⁻²¹; se enfatizan las intervenciones basadas en el potencial de los usuarios, con valores clave como la orientación a la persona, implicación de la misma, autodeterminación/elección y potencial de crecimiento²². Sin embargo, en ocasiones, se da el caso de profesionales que tratan este tipo de problemáticas asumiendo que el paciente es un enfermo y que nada de lo que haga o diga durante la intervención puede cambiar su problemática; como mucho, puede tranquilizarlo momentáneamente pero ese cambio no será en absoluto significativo en el curso de su “enfermedad”.

Con este planteamiento, el profesional está desperdiciando una ocasión única para utilizar el potencial terapéutico que tiene la interacción verbal durante la sesión de terapia.

Sin embargo, un planteamiento funcional de los problemas psicológicos y de la interacción terapéutica abren un campo de enormes posibilidades al profesional, convirtiéndolo en un auténtico motor del cambio clínico. Nuestro grupo de investigación lleva años trabajando en esta línea y, para ello, hemos desarrollado un planteamiento paso a paso: nuestro estudio se inició con el análisis de la conducta verbal del terapeuta, a continuación estudiamos la del paciente y, en último lugar, analizamos la interacción entre ambas^{8-14,23}.

Todo esto nos ha permitido desarrollar el Sistema de Categorización de la Interacción de la Conducta Verbal en Terapia²⁴ (SISC- INTER- CVT) que se revisa más adelante. Aún a sabiendas que cualquier interacción social (y la clínica es una de ellas) implica una influencia mutua entre las conductas de los participantes, consideramos que el estudio de una interacción profesional debería identificar al profesional como el “director” de tal interacción, ya que se supone que es éste quien decide qué quiere hacer en cada sesión y hacia dónde la quiere dirigir. Desde esta perspectiva, hemos podido identificar los patrones de conducta que pone en marcha el psicólogo, identificar en relación a qué cambian e hipotetizar qué pretende conseguir con ellos. Por lo que se refiere al paciente, consideramos su conducta verbal como respuesta a lo que dice el profesional (el eslabón intermedio en la cadena de tres términos antecedente- respuesta-consecuente), de manera que sólo cabe estudiar las distintas morfologías que puede adoptar dicha respuesta. Fruto de este trabajo es la división del proceso terapéutico en actividades clínicamente relevantes, tal como hemos planteado al inicio de esta introducción, más que en etapas cronológicas. Cada una de estas actividades (Evaluar, Explicar, Tratar y Consolidar) se caracterizan por presentar similitudes en cuanto al patrón de conducta verbal de los terapeutas, patrón que se mantiene independientemente del terapeuta, el paciente o el problema clínico objeto de estudio.

Podría parecer que describir el proceso terapéutico de esta manera deja fuera cuestiones que pudiesen ser centrales para explicar el cambio, en especial que nos estamos olvidando de la relación o alianza terapéutica. En ningún caso es así: consideramos que la relación terapéutica es el fruto de una interacción continuada y que tiene determinadas características. Sólo el estudio de la interacción permite concluir cómo se ha desarrollado la alianza terapéutica en cada caso particular y sólo interactuando de determinada manera el profesional puede conseguir el desarrollo de tal alianza, que puede resultar definitiva a la hora de explicar el cambio clínico. La relación o alianza terapéutica se entiende como el contexto que permite que ocurran los procesos de aprendizaje que son, en última instancia, los responsables del cambio. Técnicas y relación, lejos de irreconciliables, se reclaman mutuamente. En los recursos de rehabilitación, además, existe la particularidad de que esta relación terapéutica excede los límites de la consulta, extendiéndose a otros contextos informales, dadas las características de estancias residenciales y de la atención prolongada en centros diurnos.

Hasta el momento, nuestro grupo se había centrado en el estudio de terapeutas conductuales y pacientes ambulatorios que acudían a una clínica privada. La pregunta que nos formulamos a la hora de plantear el trabajo que presentamos aquí fue la siguiente: ¿es posible utilizar el mismo sistema de categorización de la interacción verbal empleado hasta el momento en el análisis de la interacción sobre una muestra de pacientes medicados y en situación residencial o estancia diurna en dispositivos de rehabilitación, con

diagnósticos de mayor gravedad? A continuación presentamos los resultados de nuestro estudio.

MÉTODO

Participantes

Se analizaron las grabaciones de 12 sesiones clínicas (12 horas, 42 minutos y 5 segundos de terapia observados) pertenecientes a otros tantos casos, tratados por 3 psicólogos con diferentes grados de experiencia (5, 6 y 9 años) en distintos centros pertenecientes a la Red Pública de atención social a personas con EMGD de la Comunidad de Madrid y gestionados por Grupo 5. El trabajo clínico fue individual y se llevó a cabo con población adulta. En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes y los psicólogos para la grabación y posterior observación y análisis de las sesiones, habiendo sido aprobado este procedimiento por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid. Las características de los pacientes y terapeutas participantes en el presente estudio se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra	
Variable	n
Edad	$\bar{X} = 40,22 \pm 8,49$
Sexo	
Hombre	6
Mujer	3
Diagnóstico	
Esquizofrenia	1
Esquizofrenia paranoide	2
Esquizofrenia residual	2
Síndrome depresivo	1
Trastorno bipolar	1
Trastorno de personalidad	1
Trastorno mixto de personalidad + rendimiento intelectual límite	1

Desarrollo del estudio

1. Depuración del Sistema de Categorización de la Interacción de la Conducta Verbal en la Terapia (SIS-INTER-CVT)

En un estudio piloto se comprobó que existían ciertas diferencias entre las sesiones de tratamiento realizadas con pacientes ambulatorios en una clínica privada y aquellas otras desarrolladas en los centros de atención social para personas con EMGD participantes, un servicio público con pacientes en estancias diurnas y residenciales. Tales diferencias hicieron necesaria una modificación del SISC- INTER- CVT con la finalidad de reflejar de manera más minuciosa y precisa la interacción terapéutica en este contexto, atendiendo a las peculiaridades de los centros y dispositivos de atención social y de la población que allí recibe ayuda psicológica.

A continuación se detalla el proceso de depuración del sistema de categorización.

En primer lugar, se llevó a cabo una observación no sistemática por parte de tres personas con formación clínica de cinco sesiones completas, de aproximadamente una hora de duración y elegidas al azar. El objetivo de esta fase fue determinar qué aspectos del SISC-INTER-CVT resultaban

adecuados a la muestra y a qué conductas verbales tanto del terapeuta como del usuario no era sensible dicho sistema. En esta fase se consultó bibliografía especializada con objetivo de caracterizar exhaustivamente aquellas morfologías de respuesta propias del padecimiento de los usuarios en esta muestra y que representaban una gran diferencia con la muestra a partir de la que se había elaborado el SISC-INTER-CVT.

Tras esta observación se decidió mantener el análisis de la conducta verbal, pero se acordó contar con algún aspecto no verbal que resultase relevante para la comprensión de la respuesta del usuario. Asimismo, se realizaron las primeras propuestas de nuevas categorías que describan de manera más precisa el proceso terapéutico. Se añadieron desde este momento dos categorías fundamentales: lenguaje desorganizado y delirios y alucinaciones, para poder detectar en sesión la presencia de la llamada sintomatología positiva.

Partiendo de esta primera propuesta se inició un registro sistemático de sesiones mediante el uso de la herramienta informática The Observer XT 11.0, que permite la codificación de la conducta verbal tanto del terapeuta como del usuario en sesión. Tras cada nuevo registro, se realizaron reuniones semanales para discutir dudas y generar nuevos acuerdos que permitieran ser cada vez más exacto en el registro de lo ocurrido a lo largo del proceso terapéutico.

Tras el registro sistemático por parte de los tres observadores de veinte sesiones observadas, y reuniones semanales con el equipo de investigación para seguir debatiendo dudas y propuestas, se llegó a un sistema de categorización de la conducta verbal que permite recoger de manera detallada la conducta verbal de terapeuta y usuario atendiendo a las peculiaridades detectadas.

A continuación se presenta una breve definición de las categorías supraordenadas que se incluyen en el sistema así como un listado de sus variantes.

A. Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta (SISC-CVT)

Función discriminativa: verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del usuario (verbal o no) que suele ir seguida de función de refuerzo o de castigo.

Modificadores:

- Sin indicar la dirección deseada de la respuesta.
- Indicando la dirección deseada de la respuesta.
- Discriminativa conversacional.

Verbalización no funcional: son aquellas verbalizaciones emitidas por el terapeuta que no consiguen su objetivo aparente, ya sea discriminar una conducta por parte del usuario o transmitir algún tipo de información.

Función evocadora: verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o bien a la verbalización de una respuesta emocional que está teniendo lugar.

Función de refuerzo: verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el cliente.

Modificadores:

- Refuerzo bajo
- Refuerzo medio
- Refuerzo alto

Función de castigo: verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente y/o que interrumpe ésta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación.

Modificadores:

- Castigo bajo
- Castigo medio
- Castigo alto

Función informativa: verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta.

Función instructora: verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del cliente fuera o dentro del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero sí han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer.

Modificadores:

- Instructora dentro de sesión
- Instructora fuera de sesión
- Instructora laxa

Función motivadora: verbalizaciones del terapeuta que explicitan las consecuencias que la conducta del cliente (mencionada o no esta conducta y/o la situación en que se produce) tendrá, está teniendo, ha tenido o podrían tener (situaciones hipotéticas) sobre el cambio clínico. Otras terapeuta: cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

B. Subsistema de categorización de la conducta verbal del usuario (SISC-CVU)

Proporcionar información: verbalización a través de la cual el usuario trata de proporcionar al terapeuta información neutral con relación a la evaluación y/o el tratamiento.

Solicitar información: pregunta, comentario y/o petición de información por parte del usuario hacia el terapeuta. Seguimiento de instrucciones: conducta verbal del usuario que implica la descripción o anticipación total o parcial de un seguimiento fuera de la sesión o el seguimiento total o parcial dentro de la sesión.

Modificadores:

- Seguimiento de instrucciones dentro de sesión
- Descripción del seguimiento total de instrucciones fuera de sesión.
- Descripción del seguimiento parcial de instrucciones fuera de sesión.
- Anticipación del seguimiento total de instrucciones fuera de sesión.
- Anticipación del seguimiento parcial de instrucciones fuera de sesión.

No seguimiento de instrucciones: conducta verbal del usuario que implica la descripción o anticipación de un no seguimiento tanto dentro como fuera de sesión.

Modificadores:

- No seguimiento de instrucciones dentro de sesión.
- Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión.
- Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión.

Verbalizaciones proterapéuticas: conductas verbales del usuario que facilitan la interacción con el terapeuta, y que muestran una aproximación a la consecución de los objetivos terapéuticos.

Verbalizaciones antiterapéuticas: conductas verbales del usuario que dificultan la interacción con el terapeuta y que muestran un distanciamiento, rechazo u oposición a la consecución de los objetivos terapéuticos.

Lenguaje desorganizado: verbalizaciones inadecuadas conversacionalmente o poco ajustadas al contexto terapéutico, por no estar relacionadas con el desarrollo de la terapia o por no haber sido discriminadas por las verbalizaciones previas del terapeuta.

Delirios y alucinaciones: verbalizaciones en las que el usuario manifiesta una falta de contacto con la realidad, de modo que resultan inverosímiles o extravagantes para el observador.

Otras usuario: cualquier verbalización del usuario que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

RESULTADOS

En la tabla 2 se muestra el grado de fiabilidad interjueces (porcentaje de acuerdo e índice Kappa de Cohen) obtenido con la herramienta informática The Observer XT 11.0. de los registros de cuatro sesiones seleccionadas al azar con el SISC-INTER-CVT.

Vale la pena destacar que, aunque los porcentajes de acuerdo y la Kappa de Cohen parezcan bajos, un valor de kappa de 0.60 se considera un coeficiente de acuerdo bueno²⁵.

Tabla 2. Fiabilidad interjueces						
Sesión	Terapeuta		Usuario		Total	
	% ¹	Kappa	% ¹	Kappa	% ¹	Kappa
1	73,91	0,63	58,54	0,39	64,35	0,57
2	68,21	0,58	76,32	0,53	67,70	0,61
3	63,31	0,54	84,72	0,70	69,18	0,62
4	79,09	0,76	84,42	0,76	80,34	0,78

¹Porcentaje de acuerdo

Las tablas 3, 4 y 5 muestran los resultados obtenidos respecto a la conducta verbal del psicólogo, a partir de la observación sistemática y registro de 12 grabaciones correspondientes a sesiones clínicas llevadas a cabo en los centros de atención social a personas con EMGD participantes.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio nos permiten hacer una primera valoración de la interacción terapéutica entre pacientes y profesionales en la muestra estudiada.

Una aproximación a los datos descriptivos del terapeuta

nos permite destacar el porcentaje de ocurrencia de las instrucciones dentro de sesión y de las verbalizaciones no funcionales. Respecto al usuario, se observa una elevada presencia de la categoría lenguaje desorganizado, así como de verbalizaciones proterapéuticas y, en menor medida, antiterapéuticas.

Ante esto, por ejemplo, cabe preguntarse si la presencia significativa de instrucciones más generales puede facilitar una aparición tan escasa de las categorías seguimiento y no seguimiento de instrucciones. Y nos referimos a ambas categorías ya que una respuesta afirmativa o negativa a una instrucción planteada como sugerencia no siempre se considera un seguimiento o no de instrucciones sino una verbalización proterapéutica o antiterapéutica. Por ejemplo, no sería lo mismo una respuesta afirmativa a una verbalización como “esta semana practica la relajación progresiva, tal y como te expliqué, al menos dos veces” frente a una verbalización como “esta semana procura relajarte”, en el primer caso la persona estaría anticipando la realización de la pauta, en el segundo caso, estaría expresando que lo va a intentar. Esta dificultad para anticipar el seguimiento o no de instrucciones podríamos encontrarla cuando se emiten instrucciones de manera laxa, expresadas en primera persona (“Yo haría la relajación”) o como posibilidad (“Podrías intentar relajarte”). Otros estudios han comprobado que la falta de precisión en la formulación de instrucciones se relaciona con un menor cumplimiento de las mismas.

La elevada presencia de las categorías lenguaje desorganizado y verbalizaciones antiterapéuticas resulta especialmente llamativa ya que puede representar un obstáculo frecuente para el terapeuta a la hora de intentar dirigir la terapia, ya sea por la dificultad que tienen para ajustarse al contexto o por la oposición a los planteamientos del terapeuta. Estos datos resultan interesantes a la hora de poder detectar qué momento se dan estas conductas y qué variables facilitan o dificultan su ocurrencia, con el fin último de poder predecir y/o controlar mejor su ocurrencia.

En diversas ocasiones se encuentra que los pacientes toman el mando de la sesión, de manera que su discurso parece independiente de lo que haga o diga el terapeuta. Directamente relacionado con esto último encontramos fragmentos en los que aparece un discurso claramente deslazado por parte de los pacientes, van de un lado a otro, no se centran, etc.

Esta forma de entender el estudio entre terapeuta y paciente permite dar respuesta a algunos interrogantes que se han planteado en la investigación en este ámbito. Norcross²⁶ pone de relieve que una de las habilidades principales a entrenar por parte de los psicólogos es adaptar su forma de hacer terapia para promover la relación terapéutica. Es evidente que puede haber unos terapeutas mejores que otros más allá de la aplicación de las técnicas o de la escuela teórica²⁷ pero eso no quiere decir que lo que los hace mejores sean una serie de características estáticas que se aplican de la misma forma independientemente del paciente o del problema. Más bien, y en la línea del planteamiento que guía el presente estudio, consideramos que la verdadera habilidad reside en la capacidad para adaptarse a cada paciente y a cada contexto generado para que se puedan poner en marcha los procesos de aprendizaje auténticos responsables del cambio. Vamos a ilustrar a qué nos estamos refiriendo con algunos ejemplos concretos; Krause y colaboradores²⁸ han concluido que algunos de los aspectos fundamentales que conducen a la percepción de una alianza positiva por parte del paciente y el terapeuta

son, respectivamente: senti se comprendido y escuchado, percibir que el terapeuta se pone en su lugar; y, para el segundo, que el paciente se muestre abierto a expresar sus experiencias, emociones y sentimientos.

En la línea que estamos presentando, esta percepción sería el resultado de una forma de proceder que desarrollaría

el psicólogo caracterizada por, en el primero de los casos, reforzar adecuadamente lo que la persona está contando, verbalizando la aceptación a su discurso y repitiendo, en ocasiones, pequeños fragmentos de la exposición del paciente; y, en el segundo de los casos, presentar los estímulos discriminativos adecuados para la descripción de la problemática y reforzar adecuadamente las respuestas

Tabla 3. Porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de categorías del terapeuta registradas durante la sesión

	(n = 12) $\bar{X} \pm \text{d.t.}$
Función discriminativa	43,95 ± 17,01
Función discriminativa general	38,27 ± 15,60
Función discriminativa indicando	3,94 ± 3,78
Función discriminativa conversacional	1,74 ± 1,98
Verbalización no funcional	4,17 ± 4,75
Función evocadora	0,13 ± 0,43
Función de refuerzo	18,71 ± 6,10
Función de refuerzo bajo	15,56 ± 5,26
Función de refuerzo medio	2,49 ± 1,62
Función de refuerzo alto	0,65 ± 1,22
Función de castigo	0,77 ± 1,57
Función de castigo bajo	0,61 ± 1,30
Función de castigo medio	0,17 ± 0,55
Función de castigo alto	–
Función informativa	24,87 ± 12,60
Función instructora	3,86 ± 3,18
Función instructora dentro de sesión	1,46 ± 2,58
Función instructora fura de sesión	1,46 ± 1,52
Función instructora laxa	0,94 ± 1,04
Función motivadora	2,13 ± 3,18
Otras terapeuta	1,41 ± 1,73

Tabla 4. Porcentaje de tiempo de sesión en el que se registró la aparición de la categoría-estado correspondiente

	(n = 12) $\bar{X} \pm \text{d.t.}$
Función instructora dentro de sesión	0,33 ± 0,59
Función instructora fuera de sesión	1,62 ± 1,86
Función instructora laxa	1,25 ± 1,62
Función informativa	24,40 ± 11,68
Función motivadora	2,21 ± 2,76
Total de categorías estado / Total duración de la sesión	29,80 ± 14,52

Tabla 5. Porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de categorías del usuario registradas durante la sesión

	(n = 12) $\bar{X} \pm \text{d.t.}$
Proporcionar información	56,85 ± 15,65
Solicitar información	2,90 ± 2,25
Seguimiento de instrucciones dentro de sesión	0,88 ± 1,55
No seguimiento de instrucciones dentro de sesión	1,10 ± 3,64
Seguimiento de instrucciones fuera de sesión	0,98 ± 1,89
Descripción del seguimiento total fuera de sesión	0,21 ± 0,48
Descripción del seguimiento parcial fuera de sesión	–
Anticipación del seguimiento total fuera de sesión	0,77 ± 1,82
Anticipación del seguimiento parcial fuera de sesión	–
No seguimiento de instrucciones fuera de sesión	0,67 ± 1,26
Descripción del no seguimiento de sesión	–
Anticipación del no seguimiento fura de sesión	0,67 ± 1,26
Verbalizaciones prototerapéuticas	20,25 ± 11,36
Verbalizaciones antiterapéutcias	9,10 ± 9,42
Lenguaje desorganizado	7,03 ± 9,19
Otras usuario	0,23 ± 0,53

más adaptativas. Este último aspecto hace referencia directa a los procesos de moldeamiento que se dan en sesión y que caracterizan la interacción verbal en la clínica^{8,9,11,29-32}. Procesos en los que podemos entrenar con facilidad a los terapeutas inexpertos y que han mostrado su utilidad en estudios como el realizado porBusch et al.³³. Estos autores han replicado hallazgos previos que mostraban que el terapeuta en sesión puede moldear la conducta del paciente³⁴⁻³⁶. Además, estos y otros autores³⁷, sugieren que las conductas moldeadas en sesión pueden afectar significativamente a la conducta fuera de la clínica.

No somos los primeros en defender esta propuesta: autores como Bordin³⁸ o Horvarth³⁹ han planteado que la relación entre el terapeuta y el paciente proporciona el contexto que promueve e interactúa con las estrategias específicas de la terapia. Hill⁴⁰ propone que las técnicas del terapeuta, la participación del paciente y la relación entre ambos están entrelazadas y considera que deben ser consideradas juntas en cualquier discusión sobre el proceso de la terapia. Estamos de acuerdo con este planteamiento general, pero vamos más allá en el sentido de que no nos limitamos a afirmar que la relación entre terapeuta y paciente es el escenario para que el psicólogo pueda utilizar las técnicas más pertinentes, sino que consideramos que tanto la interacción como las técnicas no son más que aplicaciones o facilitadores de principios de aprendizaje.

Los trabajos publicados sobre el tema describían la falta de claridad existente en torno a los mecanismos que explican la relevancia de la relación terapéutica finalizaban, frecuentemente, de dos maneras diferentes: o bien enfatizando la necesidad de nuevas aproximaciones y/o metodologías para el estudio de la relación terapéutica^{32,40}; o bien, refiriéndose al dilema expuesto por Yates⁴¹ en el que expresaba que la terapia es en cierto sentido una ciencia y un arte. El autor hacía hincapié en que en numerosas ocasiones el progreso en el diseño de los procedimientos terapéuticos depende más de la intuición que de los hallazgos obtenidos hasta el momento. Consideramos que el trabajo presentado permite dar pasos en ambos aspectos. Muchas

interacciones interpersonales pueden promover cambios en las personas, pero deben ser los sacerdotes, los amigos o los adivinos los que perciban su comportamiento como un arte, como algo intuitivo que no saben explicar. Desde nuestra disciplina, ya sea desde el ámbito teórico o desde el ámbito aplicado, sabemos cuáles son las herramientas precisas que promueven el cambio y debemos conocer cuándo y cómo ponerlos en marcha.

BIBLIOGRAFÍA

1.

Rosenfarb IS, A functional analysis of schizophrenia. Psychol Rec. 2013; 63(4):929-45.

2.

Pérez M, González H. La invención de trastornos mentales ¿Escuchando al fármaco o al paciente? España: Alianza Editorial; 2007.

3.

García F, González H, Pérez M. Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil. España: Alianza Editorial; 2014.

4.

Wyatt WJ, Midkiff D. Biological Psychiatry: A Practice in Search of a Science. Behavior and Social Issues. 2006;15:132-51.

5.

Wong SE. Behavior Analysis of Psychotic Disorders: Scientific Dead or Casualty of the Mental Health Political Economy?. Behavior and Social Issues, 2006;15:152-7.

6.

Harvey MT, Luiselli JK, Wong SE. Application of applied behavior analysis to mental health issues. Psychol Serv. 2009;6(3):212- 22.

7.

Alonso F. Se necesita otro pensar. Y se necesita ya. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental. 2015;38:7-13.

8.

Froján-Parga MX, Montaña-Fidalgo M, Calero-Elvira A. ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. Psicothema. 2006;18:797-803.

9.

Froján-Parga MX, Montaña-Fidalgo M, Calero-Elvira A. Therapist’ verbal behavior analysis: A descriptive approach to psychotherapeutic phenomenon. Span J Psychol. 2010;13:914-26.

10.

Froján MX, Montaña M, Calero A, Ruiz E. Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. Clínica y Salud. 2011;22(1):69-85.

11.

Froján-Parga MX, Ruiz-Sancho EM, Calero-Elvira A. A theoretical and methodological proposal for the descriptive assessment of therapeutic interactions. Psychother Res. 2014;1-22.

12.

Ruiz-Sancho E, Froján-Parga MX, Calero-Elvira A. Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. Anales de Psicología. 2013a;29(3):779-90.

13.

Ruiz-Sancho EM, Froján-Parga MX, Calero-Elvira A. Functional analysis of the verbal interaction between psychologist and client during the therapeutic process. Behav Modif. 2013b;37(4):516-42.

14.

Ruiz-Sancho E, Froján-Parga MX, Galván-Domínguez N.Verbal interaction patterns in the clinical context: A model of how people change in therapy. Psicothema. 2015;27(2): 99-107.

15.

Keshavan MS, Nasrallah HA, Tandon R. Schizophrenia,“Just the Facts” 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. Schizophr Res. 2011;127(1):3-13.

16.

Maj M. Understanding the pathophysiology of schizophrenia: Are we on the wrong or on the right track?. Schizophr Res. 2011;127:20-1.

17.

Harrop CE, Trower P, Mitchell JJ. Does the biology go around the symptoms? A Copernican shift in schizophrenia paradigms. Clin Psychol Rev. 1996;16(7):641-54.

18.

Lieberman RP , Kopelowics A,Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. Int Rev Psychiatry. 2002;14: 256-72.

19.

Lieberman RP, Kopelwics. An empirical approach to schizophrenia recovery: define recovery and identify the factors trough wich it can be facilitaled. Rehabilitación Psicosocial. 2004;1(1):12-29.

20.

Valiente C, Vázquez C, Simón P. Marco teórico de la evaluación desde la rehabilitación psicosocial a la recuperación. En: Fernández JA, Touriño R, Abelleira C. Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Valladolid; 2010.

21.

Rosillo M, Hernández M. La recuperación: servicios que ponen a las Personas en primer lugar. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2013;33(118):257-71.

22.

Farkas M, Gagne Ch, Anthony W, Chamberlin J. Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. Community Ment Health J. 2006;41(2):141-58.

23.

Montaña-Fidalgo M, Ruiz EM, Calero-Elvira A, Froján- Parga MX. Studying the Therapeutic Process by Observing Clinicians’ InSession Behaviour. Clin Psychol Psychother. 2015;22(6), 533-45.

24.

Froján-Parga MX, Montaña-Fidalgo M, Calero- Elvira A, García-Soler A, Garzón-Fernández A, Ruiz-Sancho E. Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. Psicothema. 2008;20(4):603-9.

25.

Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. Educ Psychol Meas. 1960;20:37-46.

26.

Norcross JC. The therapeutic relationship. En: Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA, editors. The heart and soul of change. Delivering what works in therapy. Washington: American Psychological Association; 2010.

27.

Luborsky L, McLellan AT, Diguer L, Woody G, Seligman DA. The Psychotherapist Matters: Comparison of Outcomes Across Twenty-Two Therapists and Seven Patient Samples. Clin Psychol. 1997;4:53-65.

28.

Krause M, Altimir C, Horvath A. Una deconstrucción de la alianza terapéutica: Reflexiones sobre las dimensiones subyacentes del concepto. Clínica y Salud. 2011;22(3):267-83.

29.

Follette WC, Naugle AE, Callaghan GM. A radical behavioural understanding of the therapeutic relationship in effecting change. Behav Ther. 1996;27:623-41.

30.

30. Hamilton SA. Behavioral formulations of verbal behavior in psychotherapy. Clin Psychol Rev. 1988;8(2):181-93.

31.

Rosenfarb IS. A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. Psychol Rec. 1992;42:341-54.

32.

Salzinger K. Therapeutic change viewed through behavior analytic lenses. Clínica y Salud: 2011;22(3):237-44

33.

Busch AM, Kanter JW, Callaghan GM, Baruch DE, Weeks CE, Berlin KS. A Micro- Process Analysis of Functional Analytic Psychotherapy´s Mechanism of change.Behav Ther. 2009;40:280- 90.

34.

Callaghan GM, Summers CJ, Weidman M. The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using Functional Analytic Psychotherapy. J Contemp Psychother. 2003;33:321- 39.

35.

Karpiak CP, Benjamin LS. Therapist affirmation and the process and outcome of psychotherapy: two sequential analytic studies. J Clin Psychol. 2004;60:659-76.

36.

Truax CB. Reinforcement and nonreinforcement in Roge-rian Psychotherapy. J Abnorm Psychol. 1966;71:1- 9.

37.

Kanter JW, Landes SJ, Busch AM, Rusch LC, Brown KR, Baruch DE, Holman G, et al. The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: A successful and unsuccessful case using Functional Analytic Psychotherapy. J Appl Behav Anal. 2006;39:463- 7.

38.

Bordin E. Of human bonds that bind or free. Pacific Grove, CA: Society for Psychotherapy research; 1980.

39.

Horvath AO. The alliance. Psychotherapy. 2001;38(4):365.

40.

Hill CE. Therapist Techniques, Client Involvement, and the Therapeutic Relationship: Inextricably Intertwined in the Process. Psychotherapy. 2005;42(4):431- 42.

41.

Yates AJ. Terapia del comportamiento. México: Trillas; 1973.



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

Año 2024; Volumen 20, número 1.

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, ente 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:

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 pre-

sente 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.

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

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.

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 Fndo. 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.

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 cumplieran 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.

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.

Riesgos psicosociales

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

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).

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.

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.

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.

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 atendas en 25 Centros y Servicios de Rehabilitación Psicosocial en Madrid y Valencia. Agosto de 2023

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 adecuados 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.

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 apo-

yo 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 económicos, 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 nece-

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.

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

sidades 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 sa-

ludable. 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%.

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

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 escasa, 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)

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-MIR [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 pobla-

ción 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 (Dirs.). 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, Nogueras 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. Descripciones 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., Mausbach, 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 SI, 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 SI, 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) x C)] x 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 escasa, aislado socialmente.	SI/NO (N)
Apoyo de la red social: Necesidad de cuidados físicos permanentes	SI/NO (N)

20
aniversario
1994-2014

Rehabilitación Psicosocial

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

FEARP

Colabora:

GRUPO 5

