

(02)

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA EVOLUCIÓN EXPERIMENTADA POR LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA EN EL PROPIO DOMICILIO

DESCRIPTIVE STUDY OF THE PROGRESS EXPERIENCED BY USERS OF THE HOME-BASED AUTONOMY PROMOTION PROGRAM

Autor: David Lascorz; Bibiana Ruiz; Joan Vegué; Víctor Pérez

Fundación Salud Mental CPB-Dr.Fràbregas,

Centre Psicoteràpia Barcelona, Serveis de Salut Mental,

Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques), CIBERSAM, Departament de Psiquiatria, Univ Autònoma de Barcelona

Datos de contacto: dlascorz@cpbssm.org · C/ Consell de Cent 116, 4-1, 08015 Barcelona



Introducción

Muchas personas con TMG tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. Sus discapacidades, generadas por el trastorno psiquiátrico, interfieren y dificultan el proceso necesario de búsqueda, acceso y mantenimiento en una opción de alojamiento o vivienda ajustada a sus deseos y necesidades. La inadecuada cobertura del alojamiento contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, tales como: un uso inadecuado de la atención hospitalaria, con un incremento del fenómeno de la puerta giratoria y una dificultad para la desinstitucionalización. La vivienda debe estar en el centro de la psiquiatría comunitaria, ya que es donde la persona siente que pertenece y se identifica con la comunidad.

Es necesario facilitar que estas personas vivan del modo más autónomo y normalizado posible, pero para ello es preciso ofrecerle el apoyo pertinente que facilite esa autonomía y les permita enfrentarse y manejar las demandas y exigencias del contexto. En cualquier caso, se considera importante priorizar la permanencia en el domicilio, según las posibilidades de la persona, garantizando las medidas de apoyo necesarias, por encima de otros recursos de vivienda más restrictivos.

En este sentido se plantea el presente estudio, como evaluación de la evolución de las personas usuarias del Servicio de Promoción a la Autonomía en el Propio Domicilio (SPAPD) (Fundación CPB-Salut Mental -Dr. Josep Fábregas), a lo largo de sus primeros 5 años de vinculación al servicio, para constatar que las personas con TMG pueden vivir satisfactoriamente en la comunidad con un adecuado apoyo.

Método

Consiste en un estudio de cohorte longitudinal descriptivo de la evolución de 47 personas usuarias del Servicio de Promoción a la Autonomía en el Propio Domicilio (número de personas que han estado vinculadas desde los años 2015 al 2023).

Como variables se utilizan: las variaciones producidas en: la Escala ENAR-CPB (al ingreso, a los 2 y 5 años); los días de hospitalización psiquiátrica, por cada persona usuaria, partiendo del año anterior a su incorporación, y al año siguiente; y la visión subjetiva del cambio según la encuesta de satisfacción (con pasación anual).

El análisis estadístico se realizó con el programa IBM-SPSS v.19, se evaluaron los descriptivos estadísticos para las variables estudiadas, utilizándose estadística paramétrica y utilizando la prueba T-Test para variables continuas.

Resultados

En líneas generales, utilizando la escala ENAR-CPB como referencia, se observa que a los 2 años de inicio del servicio existe una mejoría general en el 64% de las personas usuarias (6,1 puntos menos de promedio), porcentaje que aumenta a los 5 años, 88% (16,3 puntos menos de promedio) (gráficos 1, 2). En ambos casos hay un pequeño grupo del 9% de personas que empeoran. Correlacionando con las causas de baja. Esta mejora es general en los 6 apartados y se prolonga en el tiempo.

En el año previo al inicio del servicio un total de 5 personas (10,6%) precisan algún tipo de ingreso hospitalario, con un promedio de entre 60 y 90 días. Al año posterior, una vez iniciado en servicio del SPAPD se ha reducido a 2 personas (4,2%) el número de individuos que precisan ingreso, con un promedio de entre 30 y 60 días de ingreso.

Según la vivencia subjetiva de mejora, las personas usuarias consideran haber mejorado en los siguientes ámbitos: hábitos de alimentación (87,1%); limpieza y cuidado de la casa (86,5%); higiene personal (72,8%); organización de horarios (79,2%); cumplimiento de la medicación (69,3%); seguimiento de las visitas médicas (71,6%); participación en actividades comunitarias (73,6%); y relación con otras personas (76,9%). Valorando muy positivamente el trato recibido por parte de los profesionales de atención directa (Muy Bueno: 82,9%, Bueno: 16,5%,)

Conclusiones

Los resultados del presente estudio confirman que el SPAPD favorece la mejora en la calidad de vida de las personas usuarias; tanto desde una valoración objetiva, como desde su valoración subjetiva (percepción de la propia mejora de estabilidad clínica, calidad de vida, autonomía y adquisición de hábitos saludables).

La formación intensiva en habilidades sociales, junto a una relación de ayuda basada en el refuerzo de las capacidades de la persona, tiene efectos duraderos y sustanciosos en la reducción de los síntomas negativos y mejora significativamente la competencia social, al mejorar su autoestima.

Al trabajar en un ambiente seguro, como puede ser su propia domicilio, permite una serie de beneficios respecto a otros dispositivos de lugares de vida, como: la promoción de roles comunitarios en ambientes normalizados versus el rol del paciente o beneficiario de un servicio residencial; la mayor posibilidad de participación y control de sus actividad diaria por parte de las personas atendidas en el SPAPD frente al control unilateral desde el equipo asistencial; la integración social normalizada versus agrupamiento por etiquetas psiquiátricas o por discapacidades; el entrenamiento “en vivo” y su flexibilidad e individualización en el apoyo versus niveles estandarizados y predeterminados de atención.

Palabras Clave:

Trastorno Mental Grave, Lugar de Vida, Soporte Domiciliario, Integración Comunitaria

Introduction

Many people with severe mental disorders (SMD) struggle to meet their housing and care needs by themselves. Said disabilities, resulting from their psychiatric condition, interfere with the necessary processes of finding, accessing, and maintaining housing options that align with their preferences and needs. Inadequate housing coverage contributes to a range of negative consequences, such as: inappropriate use of hospital care, leading to an increase in the “revolving door” phenomenon and challenges in deinstitutionalization. Housing must be at the core of community psychiatry, as it is where a person feels they belong and identifies with the community. It is essential to enable these individuals to live as independently and normally as possible, which requires providing the necessary support to foster autonomy and help them cope with the demands and challenges of their environment. Prioritizing residence in one’s own home, as far as the individual’s capabilities allow it, is considered important, ensuring the necessary support measures over more restrictive housing options. In this context, the present study aims to evaluate the progress of users of the Home-Based Autonomy Promotion Service (SPAPD) by the CPB Mental Health-Dr. Josep Fàbregas Foundation over their first five years with the service, with the purpose of demonstrating that individuals with severe mental disorders (SMD) can live successfully in the community with the appropriate support.

Method

It consists of a cross-sectional longitudinal study conducted with an initial sample of 47 users of the *Home-Based Autonomy Promotion Service*, a group that has been engaged with the service from 2015 to 2023. The variables used include: changes in the ENAR-CPB scale (at admission, at 2 and at 5 years); psychiatric hospitalization days for each user, based on the year prior to their enrollment and the year following; and the subjective perception of change according to the satisfaction survey (administered annually).

Statistical analysis was performed using IBM-SPSS v.19. Descriptive statistics were evaluated for the variables studied, with parametric statistics applied and the T-Test used for continuous variables.

Results

Using the ENAR-CPB scale as a reference, it is observed that after 2 years since starting the service, there is an overall improvement in 64% of cases (an average decrease of 6.1 points). This percentage increases to 88% after 5 years (an average decrease of 16.3 points) (Figures 1, 2). In both cases, there is a small group of 9% of individuals who show deterioration. When correlating with the reasons for discharge, this improvement is consistent across all 6 sections and continues over time.

In the year prior to the start of the service, a total of 5 individuals (10.6%) required some form of hospitalization, with an average of between 60 and 90 days. In the following year, once enrolled in the SPAPD service, the number of individuals requiring hospitalization decreased to 2 (4.2%), with an average of between 30 and 60 days of hospitalization.

According to the subjective experience of improvement, the users report having improved in the following areas: eating habits (87.1%); cleanliness and care of the house (86.5%); personal hygiene (72.8%); organization of schedules (79.2%); medication adherence (69.3%); attendance to medical appointments (71.6%); participation in community activities (73.6%); and relationships with others (76.9%). They also rated the treatment received from the direct care professionals very positively (Very Good: 82.9%, Good: 16.5%).

Conclusions

The results of this study confirm that the *Home-Based Autonomy Promotion Service* (SPAPD) contributes to improving the quality of life of its users, both from an objective evaluation and their subjective assessment (perception of their own clinical stability, quality of life, autonomy, and the adoption of healthy habits).

Intensive training in social skills, combined with a helping relationship focused on strengthening the individual's abilities, has long-lasting and significant effects on reducing negative symptoms and significantly improving social competence, by boosting their self-esteem.

Working in a safe environment, such as their own home, offers a number of benefits compared to other living arrangements, such as: the promotion of community roles in normal environments versus the role of a patient or service user in a residential setting; greater participation and control of daily activities by those assisted by the SPAPD, as opposed to unilateral control by the care team; normalized social integration versus grouping by psychiatric labels or disabilities; "live" training with flexible and individualized support versus standardized and predetermined levels of care.

Keyword:

Severe Mental Disorder, Living Environment, Home-Based Support, Community Integration

Introducción

Las personas afectadas de trastornos mentales graves (TMG) son individuos que se caracterizan por presentar una serie de discapacidades y minusvalías que se ponen de relieve en un funcionamiento psicosocial deficiente y en la falta de cobertura social como compensación de sus dificultades. Los TMG dificultan o impiden el desarrollo de las capacidades funcionales de las personas enfermas en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interrelaciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. (1)

Muchas personas con TMG tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado, aumentando el riesgo de marginación cuando carecen de apoyo familiar. Según Carling y Ridway (2), entre los factores que influyen en esta situación destacan: las discapacidades y deterioro de habilidades asociado o generado por el trastorno psiquiátrico, que interfiere y dificulta el proceso necesario de búsqueda, acceso y mantenimiento en una opción de alojamiento o vivienda ajustada a sus deseos y necesidades. Los insuficientes y limitados esfuerzos de los sistemas de servicios de salud mental y servicios sociales para ofrecer los recursos y el apoyo que muchos enfermos mentales crónicos necesitan para acceder y mantenerse en una vivienda adecuada. La discriminación y el estigma asociado a la enfermedad mental, que constituyen unas barreras sociales y limitan las opciones de alojamiento disponibles para las personas con TMG. Los insuficientes ingresos económicos de gran parte de estas personas constituyen otra barrera importante, que además se agudiza con la escasez de viviendas disponibles. En muchas ocasiones la escasez de capacidades económicas marca el acceso a servicios institucionalizados, más allá de sus necesidades de soporte. (3)

La inadecuada cobertura del alojamiento contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, tales como: un uso inadecuado de la atención hospitalaria, con un incremento del fenómeno de la puerta giratoria (al aumentar los reingresos hospitalarios) y una dificultad para la desinstitucionalización o externación; una sobrecarga de las familias, que se pueden desestructurar al verse sobrepasadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo; ya que la insuficiencia de adecuadas alternativas residenciales y sistema de soporte comunitario supone que recaiga en muchos casos la responsabilidad del cuidado y apoyo sobre las familias, generando situaciones de sobrecarga y tensión (Hatfield y Lefley, 1987) (4). Son muchas las familias que sufren trastornos relacionados con el estrés, centrándose en el cuidado de la persona enferma y dejando de lado sus propias necesidades. (5). Y como consecuencia final el aumento del riesgo de situaciones de marginación al verse sin hogar.

Hay tres aspectos fundamentales que permiten afirmar la plena integración de los individuos en nuestra sociedad: vivienda, trabajo y ocio. Dentro de esta triplete la vivienda es el punto de partida de la integración en tanto que la persona siente que pertenece y se identifica con la comunidad donde vive. (6). “La vivienda debe estar en el centro de la psiquiatría comunitaria” (7,8)

Muchas personas con TMG muestran dificultades para acceder y mantenerse en una vivienda digna y adecuada según necesidades y deseos. Pero se hace evidente que cada persona presenta niveles de discapacidad psicosocial muy diferentes y requieren por tanto diferentes grados de atención y soporte para su integración comunitaria.

No obstante, es necesario facilitar que estas personas vivan del modo más autónomo y normalizado posible, pero para ello es preciso ofrecerle el apoyo pertinente que facilite esa autonomía y les permita enfrentarse y manejar las demandas y exigencias del contexto. (1). En cualquier caso, se considera importante priorizar la permanencia en el domicilio, según las posibilidades de la persona, garantizando las medidas de apoyo necesarias, por encima de otros recursos de vivienda más restrictivos. (9)

Por lo que se refiere al criterio de elección personal, las personas que presentan una enfermedad mental grave prefieren vivir de la manera más autónoma posible y en viviendas independientes, ya que compartirlas con otros residentes, que también sufren una enfermedad mental, es muy parecido a vivir en un hospital psiquiátrico. La vivienda independiente se asocia a una mejor calidad de vida, en cuanto a las condiciones de vida y a unas mejores relaciones sociales, así como a la disponibilidad y la idoneidad de las relaciones afectivas. (6) (10)

El carácter crónico de este tipo de trastornos, debería entenderse en analogía a otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, es decir, trastornos que, por el momento, no cuentan con posibilidades de curación, pero que, con el adecuado tratamiento y apoyo, pueden llevar una vida normalizada y autónoma. Históricamente el adjetivo “crónico” añadido al de esquizofrenia denotaba una evolución negativa hacia una situación de progresivo deterioro, pero en la actualidad, tras múltiple estudios ya no hay base para seguir pronosticando una evolución negativa, suponiendo en muchos casos una mejoría progresiva tanto en su situación psicopatológica como en su funcionamiento psicosocial. Hay cada vez más estudios empíricos que revelan que la recuperación de la esquizofrenia se puede dar, en el estado crónico, si se trata durante períodos prolongados de tiempo con servicios globales, bien coordinados y continuos. (11)

Es constatado que las personas con TMG pueden vivir satisfactoriamente en la comunidad con un adecuado apoyo (12)

En este sentido se plantea el presente estudio, como evaluación de la evolución de las personas usuarias del Servicio de Promoción a la Autonomía en el Propio Domicilio (SPAPD) (Fundación CPB-Salut Mental), a lo largo de sus primeros de 5 años de vinculación al servicio, utilizando como indicadores la utilización de recursos sanitarios, el funcionamiento psicosocial y de vida autónoma, así como la satisfacción personal del usuario.

Método

Consiste en un estudio de cohorte longitudinal descriptivo de la evolución de 47 personas usuarias del Servicio de Promoción a la Autonomía en el Propio Domicilio (número de personas que han estado vinculadas desde los años 2015 al 2023). Teniéndose en cuenta las variaciones producidas en: la Escala ENAR-CPB () (al ingreso, a los 2 y 5 años). Para definir los conceptos de mejora o empeoramiento de la muestra se comparan los promedios del valor total y por subescalas, según el tiempo de vinculación al servicio y también se calcula el porcentaje de cambio entre los valores (*se considera que: más de un 15% es una mejora muy satisfactoria; entre un 6 y un 15% es una mejora razonable; entre un +/- 5% sin cambios significativos; y por debajo del -5% la persona usuaria ha empeorado*). También se recogen los días de hospitalización psiquiátrica, por cada persona usuaria, partiendo del año anterior a su incorporación, y al año siguiente.

Para conocer la visión subjetiva del cambio se tiene en consideración la encuesta de satisfacción, elaborada desde la propia Fundación CPB de Salud Mental (gestora del servicio), a partir de un focus-group con personas usuarias del servicio, que cada año las personas usuarias rellenen de forma anónima. De dicha encuesta extraemos para el presente estudio los valores referidos a 1.- “En general, ¿cómo de satisfecha/o estás con nuestro servicio?; 2.- “¿Estás satisfecha/o con el trato personal que recibes por parte profesional de atención directa en el domicilio?; y 3.- “¿Qué aspectos consideras que han cambiado en tu vida desde que tienes el servicio?: hábitos de alimentación; limpieza y cuidado de la casa; higiene personal; organización de horarios; cumplimiento de la medicación; seguimiento de las visitas médicas; participación en actividades comunitarias; relación con otras personas.

El análisis estadístico se realizó con el programa IBM-SPSS v.19, se evaluaron los descriptivos estadísticos para las variables estudiadas, utilizándose estadística paramétrica y utilizando la prueba T-Test para variables continuas.

El elemento de medida Escala ENAR-CPB, es una escala validada (13) consistente en 6 subescalas que miden: el Estabilidad Clínica, las Capacidades de Cuidado en la Salud General, las capacidades de realización de las AVD, Autonomía Personal, Relaciones Personales y Bienestar Personal. Cada subescala está compuesta por cuatro preguntas con valores de 0 a 4 de menor a mayor dependencia.

Unas posibles limitaciones del presente estudio pueden estar en el hecho de la muestra (N=47) puede considerarse baja, para extrapolar los datos a la población general de personas con TMG usuarias de Servicios de Atención en su propio Domicilio y que se centra en un único servicio (de la Fundación CPB-Salut Mental -Dr. Josep Fábregas), sí como el hecho que las personas dades de baja del Servicio acostumbran a ser para derivarse a Servicios de mayor dependencia.

Análisis de los resultados

La tabla 1 describe las características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

De las 47 personas usuarias un total de 13 (27,7%) causaron baja durante el proceso. En la tabla 2 se describen las causas de baja. Destaca que la mayor parte de las bajas son por traslado a servicios de mayor necesidad de soporte: Pisos con soporte, Residencias de SM, Ingreso en Alta Dependencia Psiquiátrica o servicios de personas mayores (17%).

En líneas generales, utilizando la escala ENAR-CPB como referencia, se observa que a los 2 años de inicio del servicio existe una mejoría general en el 64% de las personas usuarias (6,1 puntos menos de promedio), porcentaje que aumenta a los 5 años, 88% (16,3 puntos menos de promedio) (gráfico 1, tabla 3). En ambos casos hay un pequeño grupo del 9% de personas que empeoran. Correlacionando con las causas de baja.

Esta mejora es general en los 6 apartados y se prolonga en el tiempo. En estabilidad clínica (significa un 5% de mejoría a los 2 años y del 8% a los 5 años), cuidado de la salud (significa un 6% de mejoría a los 2 años y del 12% a los 5 años), en AVD (significa un 10% de mejoría a los 2 años y del 17% a los 5 años), autonomía y autogobierno (significa un 4% de mejoría a los 2 años y del 11% a los 5 años), relaciones personales (significa un 4% de mejoría a los 2 años y del 11% a los 5 años) e integración en el entorno (significa un 9% de mejoría a los 2 años y del 12% a los 5 años) (gráfico 2).

Según la vivencia subjetiva de mejora, las personas usuarias consideran haber mejorado en los siguientes ámbitos: hábitos de alimentación (87,1%); limpieza y cuidado de la casa (86,5%); higiene personal (72,8%); organización de horarios (79,2%); cumplimiento de la medicación (69,3%); seguimiento de las visitas médicas (71,6%); participación en actividades comunitarias (73,6%); y relación con otras personas (76,9%). Valorando muy positivamente el trato recibido por parte de los profesionales de atención directa (Muy Bueno: 82,9%, Bueno: 16,5%, Normal: 0,4% y Malo: 0%; con valores máximo y mínimo de 88,9-76,7%; 23,4-11,1% y 3,3-0%, respectivamente). De igual modo se consideran satisfechas con el servicio en un promedio a lo largo de los años de Mucho: 73,4%, Bastante: 25,2% y Poco: 1,2%. Con valores máximo y mínimo de 78,4-66%; 34-17,1%; y 4,9-0%, respectivamente.

En el año previo al inicio del servicio un total de 5 personas (10/6%) precisan algún tipo de ingreso hospitalario, con un promedio de entre 60 y 90 días. Al año posterior, una vez iniciado en servicio del SPAPD se ha reducido a 2 personas (4,2%) el número de individuos que precisan ingreso, con un promedio de entre 30 y 60 días de ingreso.

Conclusiones

Las personas con trastorno mental grave (TMG) se caracterizan por presentar una serie de dificultades que incrementan su fragilidad para hacer frente a las incidencias de la vida cotidiana y conlleva asociada la necesidad de una ayuda continuada para poder alcanzar el mayor nivel de autonomía personal posible (14,15) (28,29) Así, muchas personas con TMG presentan dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y el mantenimiento de una vivienda digna y adecuada a sus necesidades y deseos. A ello contribuyen factores generados por el propio trastorno, que dificultan o impiden el desarrollo de las capacidades funcionales de la persona enferma en relación con aspectos de la vida diaria, tales como la higiene personal, el autocuidado, el autocontrol o las relaciones interpersonales, que, a su vez, interfieren o limitan el proceso necesario de búsqueda, acceso y mantenimiento de una vivienda (10).

Los resultados del presente estudio confirman que el SPAPD favorece la mejora en la calidad de vida de sus usuarios; tanto desde una valoración objetiva, como desde su valoración subjetiva (percepción de la propia mejora de estabilidad clínica, calidad de vida, autonomía y adquisición de hábitos saludables).

Según los cambios producidos en la pasación de la escala ENAR-CPB, se da una mejora general en los 6 apartados (estabilidad clínica, cuidado de la salud, AVD, autonomía y autogobierno, relaciones personales e integración en el entorno. Cabe destacar que esta mejora aumenta y se prolonga en el tiempo.

Esta mejoría es valorada también de forma subjetiva por los usuarios, quienes consideran que han mejorado en hábitos de alimentación, limpieza y cuidado de su casa, higiene personal, organización e horarios, cumplimiento de la medicación, seguimiento de las visitas médicas, participación en actividades comunitarias y en las relaciones con otras personas. Valorando muy positivamente el trato recibido por parte de los profesionales de atención directa (Muy Bueno: 82,9%, Bueno: 16,5%) y, de igual modo, se consideran satisfechas con el servicio en un promedio a lo largo de los años de Mucho: 73,4% y Bastante: 25,2%.

Es bien conocido que el ajuste social y ocupacional resulta especialmente susceptible a la influencia de los síntomas negativos de la esquizofrenia, en parte porque los síntomas negativos suponen la inhibición o pérdida de ciertas funciones normales de la persona, falta de interés, aburrimiento, apatía, incapacidad para experimentar placer, tendencia a la depresión, embotamiento afectivo, lenguaje y pensamiento empobrecido y pérdida de habilidades sociales, que representan un déficit en la conducta interpersonal relativa a las expectativas sociales.

A nivel empírico, los niveles de síntomas negativos se han correlacionado con el grado de discapacidad en el funcionamiento social y ocupacional en la esquizofrenia crónica. (16,17)

Así mismo se ha demostrado que la formación intensiva en habilidades sociales puede tener efectos duraderos y sustanciosos en la reducción de los síntomas negativos (18) y que mejora significativamente la competencia social (19)

Otro estudio revela que la mitad de los enfermos mentales que viven en la comunidad no tienen más de una hora al día de actividad estructurada, y que este grupo obtiene una puntuación más baja que cualquier otro grupo en un test que evalúa los “objetivos en la vida”. Otro dato evidenciado es que los enfermos mentales crónicos se quejan más de aburrimiento que de sus síntomas psicóticos positivos (20)

La tarea de los profesionales es recuperar, instaurar y/o entrenar los diferentes hábitos y habilidades necesarios para la vida diaria –que serán diferentes para cada usuario- y asegurar luego el cumplimiento de las diferentes tareas del día o la semana solo mediante la supervisión más o menos intensiva.

Los usuarios del SPAPD, en referencia al concepto del “Bienestar personal e integración en el entorno social” (apartado 5 de la Escala ENAR-CPB), a los 5 años mejoran un punto, de promedio, respecto al año anterior del inicio del Servicio.

Estudios que han analizado el papel que desempeña la psicoterapia en las vidas de las personas con TMG han evidenciado que la relación con sus psiquiatras, terapeutas y equipos de tratamiento es clave en la mejora. (21,22)

La terapia de apoyo se considera esencial como cimiento para la administración de todo tipo de tratamientos y para los cambios terapéuticos. (23,24)

La importancia que tiene la terapia de apoyo en el proceso de recuperación ha sido corroborada por algunos estudios aleatorizados y bien controlados de larga duración que han demostrado tasas reducidas de recidivas y un mejor funcionamiento social. (25, 26)

En el SPAPD la intervención terapéutica se centra en facilitar un espacio de relación, en la resolución de los problemas que surgen en la vida diaria, y en la confrontación con la realidad mediante las interacciones personales, con un enfoque directivo, pero basado en la empatía, la comprensión y el refuerzo positivo, por parte del profesional.

El encuentro intersubjetivo se considera vertebrador de la práctica asistencial y como herramienta terapéutica. Esta relación de ayuda es facilitadora de procesos terapéuticos si se trata de una relación emocional significativa, siendo esto posiblemente independiente de la técnica empleada y de la duración del proceso en sí, y que permite que el vínculo establecido con el profesional facilite, a través de la repetición y la reflexión conjunta de las emociones y vivencias, la modificación parcial de la representación interna del self. (27)

Bowlby conceptualizó el término “base segura”. Ésta representa las condiciones creadas en el vínculo con figuras de apego seguro, las cuales proporcionan la confianza necesaria desde la que operar. Dicho vínculo se puede generar en entornos asistenciales y terapéuticos, individuales o grupales. *“Los seres humanos son más felices y pueden desarrollar mejor sus capacidades cuando piensan que, tras ellos, hay una o más personas dignas de confianza que acudirán en su ayuda si surgen dificultades”.* (28)

Las relaciones empáticas que tengan en cuenta las necesidades y anhelos de las personas, más allá de la sintomatología y los diagnósticos, la participación de usuarios y familiares en el diseño de planes e intervenciones permite empoderar a muchas personas. (29) Así mismo, el aumento de la confianza en uno mismo, permite mejorar sus competencias sociales. (30)

En la realidad del día se constata la relativa insuficiencia de los recursos residenciales para adecuarse a la gran complejidad de los perfiles de pacientes que hay que atender y sus diferentes niveles de necesidades (capacidad para la realización de AVD, funcionamiento social, estabilidad psicopatológica, atención especializada a problemas de salud general).

Es aconsejable que los recursos de vivienda centren su atención en la interacción entre la persona atendida y su contexto, activando los recursos personales del individuo y los recursos comunitarios en aras de conseguir la máxima autonomía posible.

Siempre que sea posible debería favorecerse la elección de aquellos recursos o lugares donde la persona desee vivir, atendiendo al derecho a contar con la oportunidad de hacerlo en un entorno lo más normalizado posible, articulando los programas de entrenamiento necesarios y ofreciendo el apoyo preciso para que pueda acceder y mantenerse en dicho entorno.

Así pues, el SPAPD es un muy buen recurso para dar respuesta a las necesidades de lugares de vida en personas con TMG. Basado en la atención individualizada, donde se involucra a la persona usuaria en su proceso de mejora en la autonomía, considerando tanto sus puntos débiles como sus capacidades en un ambiente seguro como puede ser su propio domicilio permite una serie de beneficios respecto a otros dispositivos de lugares de vida, como: la promoción de roles comunitarios en ambientes normales versus el rol del paciente o beneficiario de un servicio residencial; la mayor posibilidad de participación y control de sus actividad diaria por parte de las personas atendidas en el SPAPD frente al control unilateral desde el equipo asistencial; la integración social normalizada versus agrupamiento por etiquetas psiquiátricas o por discapacidades; el entrenamiento “en vivo” y su flexibilidad e individualización en el apoyo versus niveles estandarizados y predeterminados de atención.

Tablas y Gráficas

[Tabla 1]

Datos demográficos de la muestra, David Lascorz

GÉNERO	Hombres	Mujeres
	23	24
	49%	51%
EDAD	53	55
DIAGNÓSTICO		%
Trastorno Esquizofrénico		42,6
Trastorno Esquizo-Afectivo		12,8
Trastorno Bipolar		17,0
Depresión Mayor		17,0
Trastorno Personalidad Límite		2,1
Otros		0,0
- Trastornos adaptativo mixto		4,3
- Trastorno obesesico compulsivo		4,3

[Tabla 2]

Motivos de baja del servicio, David Lascorz

BAJAS	% Total	
Por Mejora	2,1%	(1)
Voluntaria	2,1%	(1)
Falta de vinculaci3n	2,1%	(1)
Cambio de Domicilio	2,1%	(1)
Alta Dependencia Psiquiátrica	4,3%	(2)
Servicios de 3a. Edad	4,3%	(2)
Defunci3n	2,1%	(1)
Programa Residencial	4,3%	(2)
Programa Pisos Asistidos	4,3%	(2)

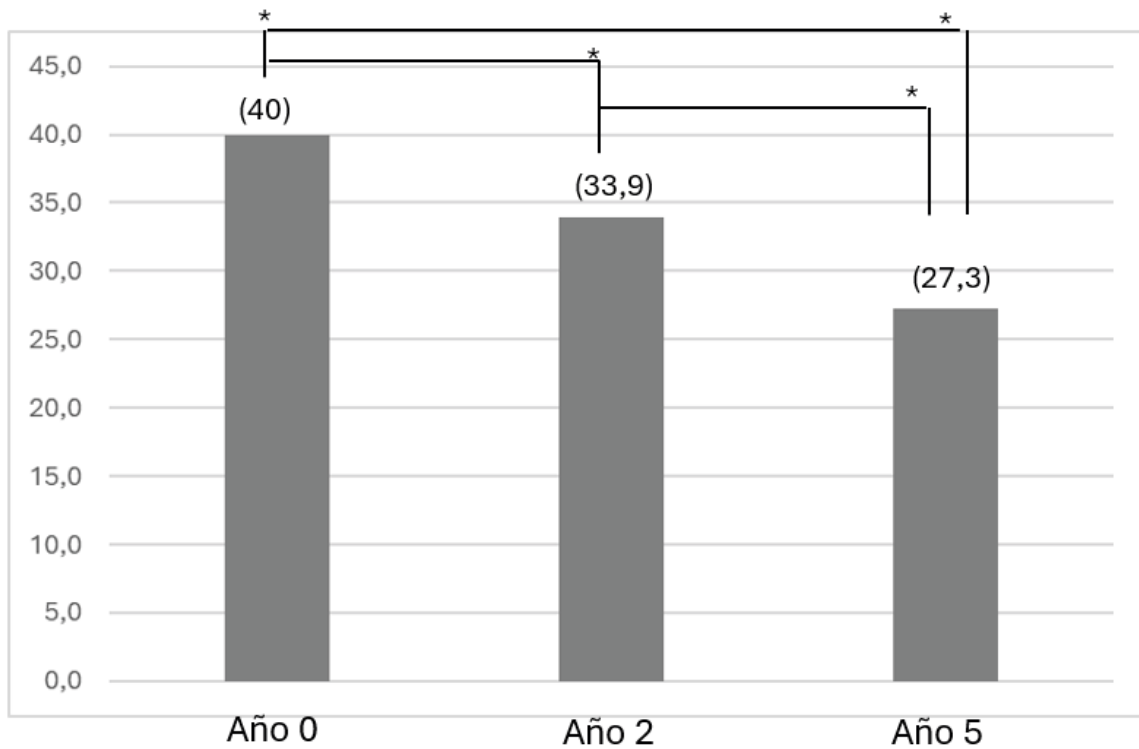
[Tabla 3]

Evoluci3n por años de vinculaci3n, segùn la escala ENAR (porcentaje de cambio), David Lascorz

	Cambio ENAR años 0 al 2	Cambio ENAR años 2 al 5	Cambio ENAR años 0 al 5
Mejora > 15%	9%	6%	35%
Entre 6-15 %	55%	38%	53%
Estable +/- 5%	28%	47%	3%
Empeora < -5 %	9%	9%	9%

[Gráfico 1]

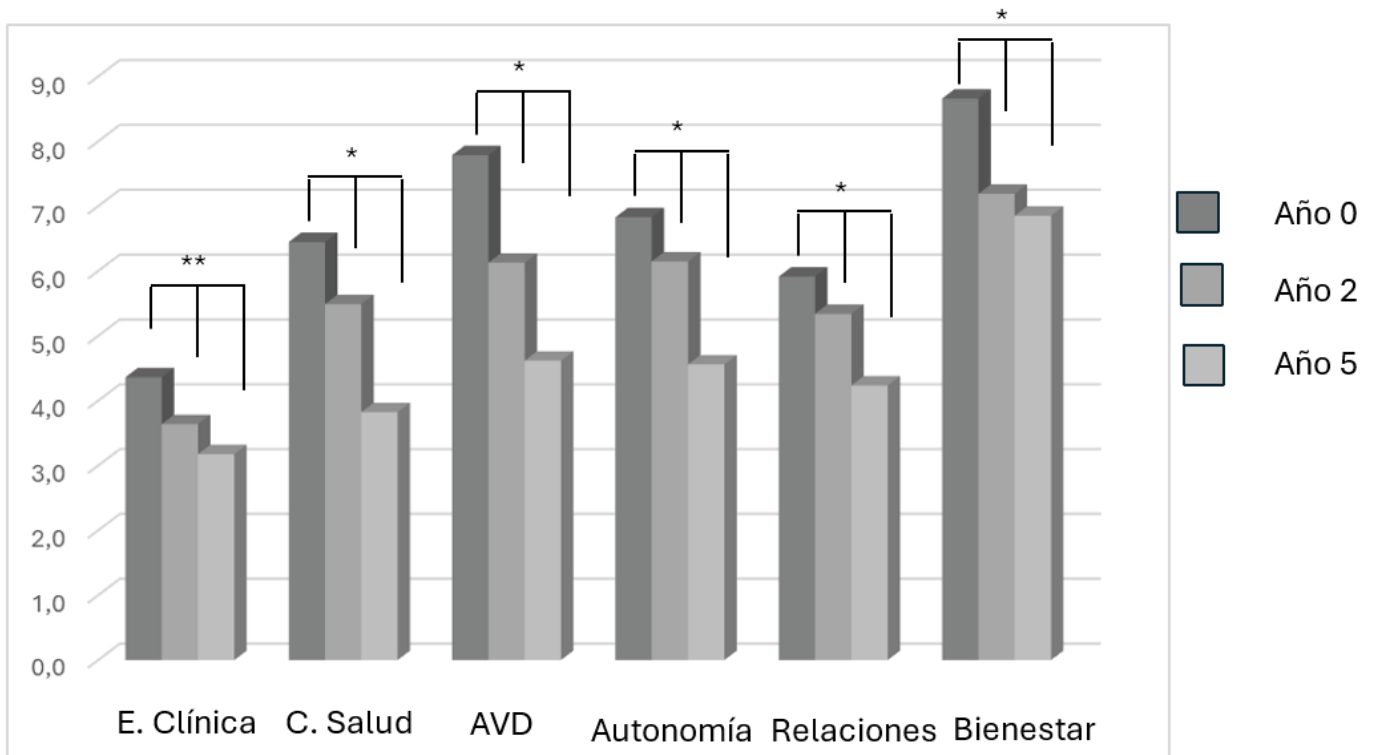
Evoluci3n por ańos de vinculaci3n, segun la escala ENAR-TMG (promedio del total), David Lascorz



* < 0.01

[Gráfico 2]

Evoluci3n por ańos de vinculaci3n, segun la escala ENAR (promedio por subescalas), David Lascorz



* < 0.01

** < 0.05

Referencias

- (1) Stroul, B. Community Support Systems for Persons with Long-Term Mental Illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988; 12 (3) p.10-26.
- (2) Carling PJ, Ridway P. Community residential rehabilitation: An emerging approach to meeting housing needs. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 1985
- (3) David Lascorz, Anna Tom3s, Bibiana Ruiz, Marisa García Dur3n, Carol García,
- (-) Marisa Rosa, V3ctor P3rez: Estudio relacional de las necesidades de soporte seg3n los servicios de lugar de vida utilizados. *Rev Asociaci3n Espa3ola de Neuropsiquiatría*. 2022; Vol.42, No.142: 17-28
- (4) Hatfield AB, Lefley HP, editores. Families of the mentally ill: Coping and adaptation. New York, NY: Guilford Press; 1987.
- (5) Mart3nez Zambrano, F.: Redes sociales y esquizofrenia. Tipología familiar, necesidades y sintomatología; ed. Diputaci3n de Barcelona, 2002
- (6) Grupo de trabajo de la Guía de Pr3ctica Cl3nica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psic3tico Incipiente. F3rum de Salut Mental, coordinaci3n. Guía de Pr3ctica Cl3nica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psic3tico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Ag3ncia d'Avaluaci3 de Tecnologia i Recerca M3diques; 2009. Guía de Pr3ctica Cl3nica: AATRM. N3 2006/05-2
- (7) Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Advances in psychiatric treatment*. 2004;180-8.
- (8) S3rgaard KW. Predictors of social relations in persons with schizophrenia living in the community: a Nordic multicenter study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2001; 36:13-9.
- (9) Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia [monografía en Internet]. American Psychiatric Association; 2004.
- (10) L3pez M, Lara L, Laviana M, Fern3ndez L, García-Cubillana P, L3pez A. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisi3n y propuestas. *Arch Psiquiatr*. 2004;67(2): 101-28.11
- (11) R.P ... Liberman y A. Kopelwicz Un enfoque emp3rico de la recuperaci3n de la esquizofrenia: definir la recuperaci3n e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitaci3n psicosocial* 2004; p.12-29
- (12) Ogilvie RJ. "The estate of supported housing for mental health consumers: A literature review. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 197; 21 (2): 122-31.; Kyle T. Dunn JR. "Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health & social care in the community*. 2008; 16 (1): 1-15
- (13) Lascorz D, Serrats E, P3rez V, Ruiz B, Vegu3 J. Validaci3n de la Escala de valoraci3n de los Niveles de Atenci3n Residencial, para personas con Trastorno mental Severo (ENAR-CPB). . *Rev Asociaci3n Espa3ola de Neuropsiquiatría*. 2012; 32(115):481-498
- (14) Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380:2197
- (15) Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2163
- (16) Morrison RL, Bellack AS, Wixted JT, Mueser KT. Positive and negative symptoms in schizophrenia: A cluster-analytic approach. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178:377-84
- (17) Lysaker P, Bell M. Negative symptoms and vocational impairment in schizophrenia: Repeated measurements of work performance over six months. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91:205-8.