

Rehabilitación Psicosocial

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



FEARP

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: Carlota Ripoll Buxó (Barcelona)

Consejo de Redacción

Juan I. Fernández Blanco (Madrid)

Alejandra Reboreda (Galicia)

Cristina Gisbert (Cataluña)

Margarita Hernanz (País Vasco)

M.ª Asunción Garay (País Vasco)

Carolina Mogollón (Extremadura)

Daniel Navarro (Madrid)

Juan Lázaro (Valencia)

Daniel Pinazo (Castellón)

Consejo Asesor

Presidentes de asociaciones autonómicas de FEARP

Junta FEARP

Luis Pelegrín

Presidente FEARP

Carolina Mogollón

Vicepresidenta FEARP

Francisco Villegas

Vicepresidente FEARP

Isabel Contreras

Secretaría FEARP

Mónica García

Vicesecretaría FEARP

Alicia de la Calle

Vocal Formación FEARP

Jesús Rienda

Vocal FEARP por AVRISEM

Carlos Salamero,

Vocal FEARP por AMRP

Ricardo Guinea

Expresidente y actual vocal WAPR)

Martín Vargas

Expresidente FEARP, ex director de la Revista

Marta Rosillo

Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial)

Victor R. Morales

Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial)

Elisa Lucas

Asociación Castellana y Leonesa de Rehabilitación Psicosocial)

Enric Arqués

Asociación Fórum D'iniciatives Assistencials i de Gestió en Salut Mental a Catalunya y Fundació Privada Joia Joventut Organitzada i Activa)

Juan J. M. Jambrina

Asociación Astur Galaica de Tratamiento Asertivo Comunitario y Asociación Asturiana de Rehabilitación Psicosocial)

Carolina Mogollón

Asociación Extremeña de Rehabilitación Psicosocial)

Begoña Frades

Asociación Valenciana de Rehabilitación e Inserción Sociolaboral de Enfermos Mentales)

Lluís Lalucat

(BCN Salut Mental)

Imágenes

Licencia de Contenido de Pixabay Diseño de Freepik

CONTENIDOS

CONTENTS

(01) Las contribuciones de la psiquiatría italiana a construcción teórica de la Rehabilitación Psicosocial.

The contributions of Italian psychiatry to the theoretical construction of psychosocial rehabilitation.

Ricardo Guinea

- *pág 10*

(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

David Lascorz, Bibiana Ruiz, Joan Vegué, Víctor Pérez

- *pág 28*

(03) Atención a domicilio en situación de crisis. Experiencia de 6 años. Equipo de Hospitalización Domiciliaria de Psiquiatría en Girona

Home-based crisis care. 6 years of experience. Psychiatric Home Hospitalization Team in Girona

Nayef Fadel Molina, Ramon Rovira Garcia e Irina Gil Abuin

- *pág 44*

(04) Haciendo visible lo invisible: El retorno social de la inversión en programas de salud mental

Making the invisible visible: The social return on investment in mental health programs

José Manuel García Marrero

- *pág 60*

(05) “Creando Nexos”: Estudio piloto de un programa de intervención psicosocial para la generación de vínculos sociales significativos

“Creando Nexos”: A pilot study of a psychosocial intervention program for the generation of social significant links

Juan Lázaro-Mateo

- *pág 68*

(06) Veinte años de rehabilitación psicosocial: Análisis de la votación para los mejores artículos de la revista

Twenty years of psychosocial rehabilitation: Analysis of the voting for the best articles in the journal

Jaime A. Fernández

- *pág 88*

(07) Análisis comparativo del estigma internalizado en personas con enfermedad mental grave, en diferentes contextos de vida

Comparative analysis of internalized stigma in people with severe mental illness, in different life contexts

Joaquín Moreno Fernández, Micaela Moro Ipola

- *pág 96*

(08) <Ya no tienes que regatear sólo con el pensamiento>

<You no longer have to bargain with just your thought>

Marit Borg, André Muri, Aina Rype, Bengt Karlsson

- *pág 106*

EDITORIAL EDITORIAL

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

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)
www.fearp.es
VOLUMEN 21, NÚMERO 2, SEPTIEMBRE 2025

Este número de la revista (Vol. 21, nº2) sale en Diciembre de 2025 por la irrupción de la publicación en Octubre del número especial en papel que conmemora los **“Veinte años de la Revista de Rehabilitación Psicosocial: 2004 - 2024”**. Este ejemplar se imprimió en papel gracias al empuje de Daniel Navarro y la financiación del Grupo 5. Se repartió como un obsequio entre los participantes del **VI Congreso Nacional de FEARP 2025** que se celebró el 23 y 24 de Octubre en Valencia. Esta reimpresión conmemorativa se ha confeccionado con selección de diez artículos escogidos mediante la votación de diez colaboradores de la revista. En el presente número publicamos un artículo que explica el proceso de votación y selección.

El VI Congreso Nacional de FEARP se ha celebrado en la sede del CREAP (Centro de Referencia de Atención Psicosocial a Personas con Trastorno Mental Grave) en Valencia, los días 23 y 24 de Octubre. Agradecemos a su Director, Juan Lázaro, y a todo el personal del CREAP su implicación y colaboración en la compleja organización de este evento. Se concluyó con satisfacción por parte de todos los que, de una u otra manera, han estado involucrados. Ha sido nuestro primer congreso tras la pandemia por COVID19. Un congreso con una parte presencial y otra online, con abundante contenido: un total de 64 ponencias, póster y comunicaciones, proveniente de varias comunidades autónomas del país (Madrid, Euskadi, Valencia, Murcia, Cataluña, Canarias, Castilla León, Aragón, etc) lo que supone un foro de gestión del conocimiento considerable. A nivel de referencia creemos que se cumplieron los objetivos.

Por otro lado, con respecto a la Revista, estrenamos dos nuevas secciones. La primera es gracias a las facilidades de Daniel Pinazo (Director del Máster en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Jaume I) con el que abrimos una sección que recoge una selección de los mejores Trabajos de Fin de Máster (TFM) a fin de difundir contenidos de calidad e interés que se generan en el Máster.

La segunda sección es una nueva colaboración con nuestros colegas de la World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR), con la intermediación de R Guinea y la colaboración de Jesús Rienda. A partir de este número intercambiamos artículos entre nuestra Revista y el Boletín de la WAPR. Inauguramos esta sección con un artículo de Marit Borg M., Muri A, Rype A, & Karlsson B. El artículo ha sido traducido por nuestro compañero Jesus Rienda, que a su vez ha ofrecido y traducido un artículo suyo, publicado en nuestra Revista de Rehabilitación Psicosocial, para publicar en el Boletín de la WAPR. El artículo es: GOOD PRACTICES IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: THE FIGURE OF THE EXPERT BY EXPERIENCE IN THE SASM FOUNDATION. Jesús Rienda, Salvador Expósito, Laura Benito, Tania Pariente. Research, Publications and Congresses Working Group of the SASM FOUNDATION, Sueca, Valencia (Spain).

En relación con la WAPR, la FEARP ha promovido un seminario en castellano de colaboración con países de América Latina, coordinado por R. Guinea. Siguiendo y apoyando esta línea, se ha programado un número Monográfico de la Revista para 2027 sobre la situación de la rehabilitación psicosocial en esta región del centro y sur del continente americano.

Finalmente, queda informar de la renovación del Comité Editorial de la Revista, un proceso que, aunque es continuo en el tiempo, ahora ha tenido una aceleración que necesariamente seguirá en el futuro cercano con la jubilación de algunos de sus miembros y la incorporación de nuevos compañeros. Así, nuestro compañero Juan Glez. Cases, histórico por su labor de pionero, (entre otras cosas) se ha jubilado y se ha dado de baja en el Comité Editorial. A su vez coincide con la entrada y refuerzo de tres nuevos miembros procedentes de diferentes ámbitos (académicos y gestión de la atención directa). Estos son: Daniel Navarro, Juan Lázaro y Daniel Pinazo, cuyos perfiles figuran en la web del VI Congreso Nacional de FEARP 2025 en Valencia, como miembros del Comité Científico. Su contribución nos aporta diferentes perspectivas, facilita sinergias con otras entidades y amplía el ámbito de difusión y captación de artículos para la Revista, entre otras contribuciones. Desde aquí les damos la bienvenida y agradecemos su predisposición para implicarse en las tareas de edición de nuestra veinteañera Revista.

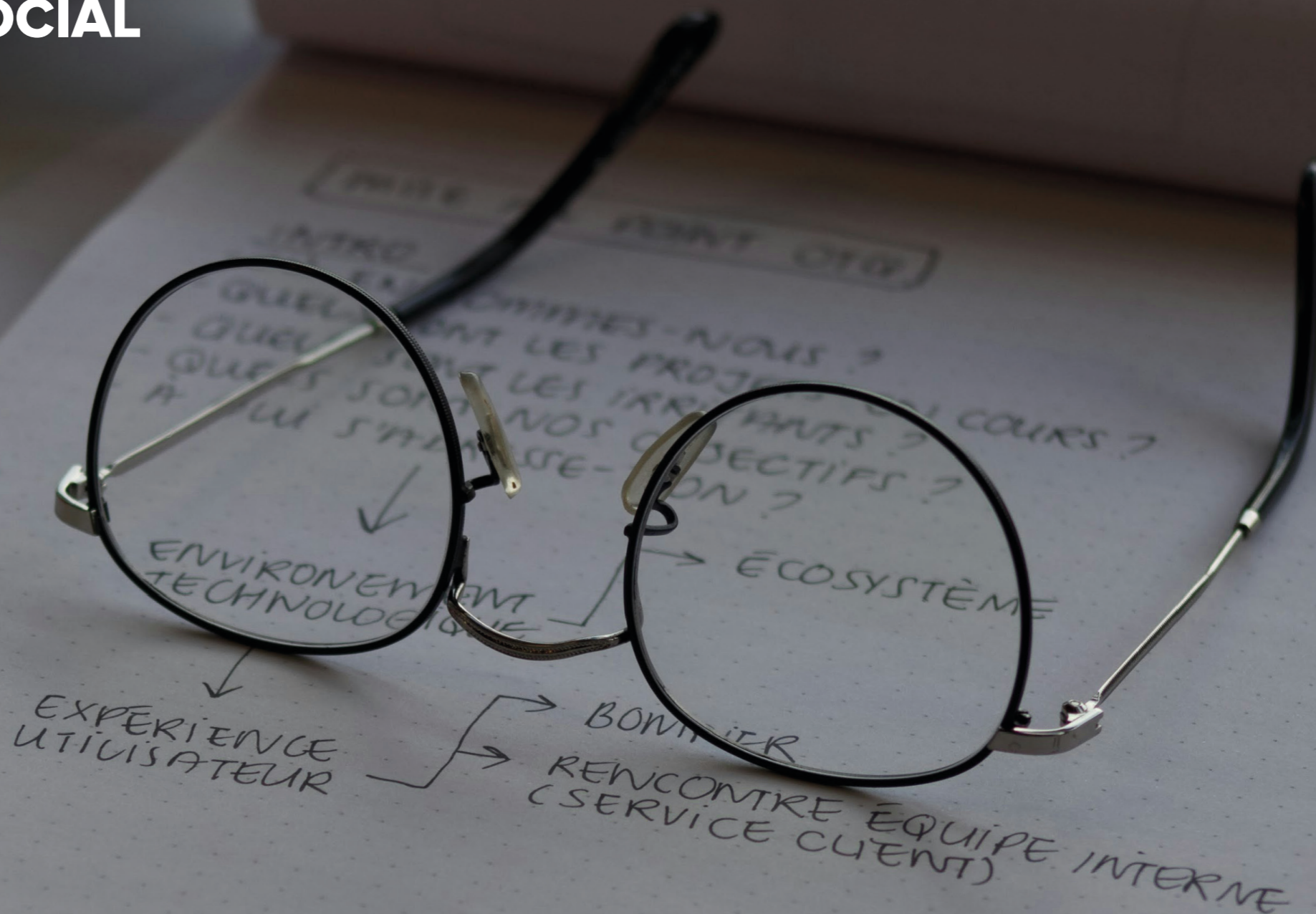
Habitamos tiempos de cambios vertiginosos, en el mundo, en la forma en que nos relacionamos, en las redes de atención ciudadana, en las redes sociales, en nuestro campo de actuación, en la forma en que nos formamos profesionalmente, en la resignificación de las asociaciones de profesionales, etc. Y también en el sentido actual y futuro de las revistas profesionales, ante lo cual solo nos cabe decir que, tras estos veinte años, sigamos compartiendo, escribiendo y leyendo juntos. Juntos.

Jaime A Fernández
Editor de la Revista de Rehabilitación Psicosocial (FEARP)

(01)

LAS CONTRIBUCIONES DE LA PSIQUIATRIA ITALIANA A CONSTRUCCIÓN TEÓRICA DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Vincenzo Chiarugi. El amanecer de la psiquiatría.



Autor: Ricardo Guinea.
Médico. Psicoterapeuta, Exdirector Hospital de Día Mentalia C. Universitaria, Madrid.
Presidente WAPR 1015-18.
Datos de contacto: guinea@rguinea.info

Palabras clave:
Vincenzo Chiarugi, psiquiatría italiana, antecedentes de la rehabilitación psicosocial.

Hoy, la Rehabilitación Psicosocial de personas con enfermedad mental grave (RPS) es una compleja disciplina que convoca a profesionales de muy distinta formación, vertebrada sobre la idea general de prestar ayuda efectiva en la vida a personas que padecen las consecuencias de una afección mental grave y discapacitante. Es un crisol donde se amalgaman valores humanísticos, saberes muy distintos y funciones variadas. En ese crisol, las ideas psiquiátricas ocupan un lugar destacado.

En ese trabajo nos proponemos hacer una revisión, con propósito más divulgativo que académico, de la historia de las ideas en Psiquiatría, del camino que condujo a la formulación del campo de la RPS tal y como hoy la conocemos, y de los antecedentes intelectuales de la misma.

Lo haremos adoptando una perspectiva algo arbitraria: hacerlo desde la perspectiva de los aportes de la psiquiatría italiana. Tal arbitrariedad no lo es completamente. Que Italia ha hecho notables contribuciones a la historia de la psiquiatría ha sido puesto de relieve por la WPA, en un artículo editorial de 2018 (1). Otra razón es que la obra intelectual y política del italiano Franco Basaglia, figura muy destacada de la psiquiatría italiana, se presta mucho a ser analizada como antecedente próximo de lo que hoy conocemos como Rehabilitación Psicosocial. Al hablar de psiquiatría italiana, tengamos en cuenta que Italia como tal no estabilizó su delimitación política actual hasta 1948, por “psiquiatría italiana” nos referiremos más bien a la de la Italia cultural, tremendamente influyente sobre las ideas que han configurado la cultura europea y occidental, heredera de la gran tradición grecolatina.

A través de este ejercicio, esperamos aportar al lector una perspectiva lógica de la aparición y evolución de las ideas que han conformado la Psiquiatría actual, y luego la RPS, procurando transmitir su diversidad y complejidad. Trataremos de mostrar el formidable reto intelectual que ha representado crear teorías que permitan comprender y tratar el sufrimiento psíquico, honrar a quienes contribuyeron a construir las herramientas que hoy disponemos y quizás entrever líneas por donde será necesario seguir avanzando.

Convengamos que prácticamente todo lo que sabemos hoy lo hemos heredado de sabios del pasado. Un antiguo aforismo, repetido muchas veces (Prisciano en el siglo V, Bernardo de Chartres en el XII, Isaac Newton en el XVII, entre otros), me parece tiene hoy enorme pertinencia:

«Somos enanos encaramados a hombros de gigantes. De esta manera, vemos más y más lejos que ellos, no porque nuestra vista sea más aguda sino porque ellos nos sostienen en el aire y nos elevan con toda su altura gigantesca». (2)

Con el fin de ofrecer un texto sencillo de leer y evitar reiteración de circunloquios que terminarían siendo molestos de leer y tediosos de escribir, vamos a usar respetuosamente en este trabajo sintagmas de tradición clásica, como “locura”, “alienación”, o “enfermedad mental”, según convenga al contexto. El autor ruega que no se extraigan conclusiones del uso de tales expresiones.

Antecedentes

Antes de emprender nuestro viaje, necesitaremos un poco de contexto, aunque sea de trazo grueso, para comprender la sociedad y la situación que encontró a finales del siglo XVIII Vincenzo Chiarugi, nuestro primer protagonista.

Los historiadores han podido documentar que los seres humanos, desde el amanecer de la civilización, *tenemos a cuidar* a los de nuestro grupo que no pueden hacerlo por sí mismos (3). También está documentado que problemas asociados a “lo mental” ya eran conocidos hace más de 5000 años (4). Por último, las civilizaciones que lograron cierto grado de organización crean *instituciones* para el cuidado colectivo de quienes no podían hacerlo por sí mismos, bajo diversas versiones del *asylum*, palabra griega para denotar *refugio* o lugar de *protección* (5). La forma de prestar los cuidados, ya fuera en redes informales como la familia, o de manera organizada como en los primeros *asylum*, así como la naturaleza del cuidado, ha dependido del saber de cada época histórica, y ha variado mucho en el tiempo. Esta es una de las razones por las que en este artículo se presta atención, siquiera superficialmente, a las ideas filosóficas y políticas, a las condiciones socioeconómicas de cada época, factores todos ellos que influyen en la forma de atención a los vulnerables y necesitados, dentro de los cuales están, y han estado siempre, las personas con enfermedad mental grave.

En el siglo XI, comienza en Europa un proceso social nuevo en occidente: el nacimiento y posterior florecimiento de las ciudades. Factores como la reducción de las invasiones, el desarrollo económico gracias al comercio, el desarrollo de industrias como la artesanía, hicieron que las sociedades empezasen a transitar de una organización eminentemente rural a otra de característica urbana, organizada alrededor de plazas centrales y mercados, acompañados de la construcción de monumentos, catedrales, etc., posible gracias a la existencia de excedentes económicos. El nivel de vida medio mejoró con la progresiva disponibilidad de mercancías. Aparecieron los oficios. Este lento pero progresivo cambio social, estratificó la sociedad, aumentó la visibilidad de las diferencias sociales, e hizo que *la pobreza* emergiera como fenómeno identificable y socialmente visible.

Pobres eran *los que carecían de lo necesario para subsistir por sí mismos*. Era una clase muy heterogénea (6). Reunía a ciegos, sordos, enfermos neurológicos, discapacitados intelectuales, alcohólicos, viudas, huérfanos, ancianos desvalidos. También incluía a los *pillos* y los *holgazanes*. Y desde luego incluía a los afectados por enfermedades mentales.

Se ha documentado que, al menos hasta el siglo XIII, antes de la aparición de las sociedades preindustriales, la tendencia a la *integración de los pobres* superaba a la de *exclusión* (6). A menudo existía una red informal de apoyo básico, familia o vecinos, que se ocupaba de los necesitados. La motivación explícita dominante para el cuidado era la *caridad* cristiana. Pero si la red básica fallaba, por ser poco caritativa, o porque el cuidado del deudo en cuestión fuera difícil por lo abigarrado de su conducta, etc., el destino de esas personas desafiadas, era “vagar sin rumbo”, en busca azarosa de albergue caritativo en núcleos habitados o monasterios. Como señala Álvarez Uría (7), ese tipo de población tan heterogénea se podía encontrar todavía en los manicomios del siglo XIX. Estos desventurados, como describe Foucault en su famosa “Historia de la locura en la época clásica” (8), estaban expuestos a sufrir de los fenómenos excluyentes que siempre han existido en los grupos humanos, incluyendo la posibilidad de ser expulsados de los núcleos urbanos si creaban problemas. Foucault ilustró esa exclusión mediante las potentes metáforas de la *“nave de los locos”* (“*stultifera navis*”) o de *“el gran encierro”*. Pero historiadores contemporáneos, como Mariana Labarca (9), han encontrado que con frecuencia la empatía y el sentido común de familiares y autoridades encontraban la forma de dar algún remedio a la mayoría de los desventurados, y los fenómenos de exclusión que Foucault describe, no eran la norma.

El progresivo crecimiento de las ciudades hizo que éstas fueran lugar creciente de refugio de muchos de esos desafiados, que encontraban para su subsistencia un entorno más favorable que el del medio rural. El resultado fue que la pobreza concentrada en las ciudades fue progresivamente más y más visible con el tiempo, hasta convertirse en un asunto de orden público.

Durante toda la Edad Media, el pensamiento estaba construido alrededor de la religión. Pero a partir de finales del siglo XIII, tras siglos de teocentrismo, emerge un movimiento intelectual nuevo, el Humanismo (10). Lo hace de la mano de visionarios artistas y poetas como Dante, Petrarca o Boccaccio, que vivieron en torno a la región italiana de la Toscana. El Humanismo prefiere la razón a la fe; valora al individuo en sí mismo, su dignidad y su potencial. Ahora se puede empezar a ver al ser humano desde la perspectiva laica de su libertad y de su responsabilidad individual. Aparece una nueva legitimidad en la búsqueda del bienestar terrenal, que empieza a ganar peso como valor social (hasta las elevadas demandas de nuestros días).

En 1526, el humanista renacentista de origen valenciano Luis Vives publica en la ciudad de Brujas, su obra "*De Subventionem Pauperum*" ("*El socorro de los pobres*") (11), considerada obra seminal del estudio de la asistencia pública. En su análisis del fenómeno de la pobreza, Vives identifica múltiples causas. Unas serían sobrevenidas al individuo, lo que a su juicio genera *responsabilidad social*: la falta de ocupación, educación u oficio, la enfermedad. Pero de otras responsabiliza al individuo. Vives cree que hay *pobres que lo son de manera voluntaria*, y plantea el tema de la responsabilidad individual. Entre las medidas que propone Vives para remediar la pobreza, alguna ya era conocida: la creación de hospitales o asilos públicos. Pero también hay algunas ideas nuevas: *la creación de oportunidades* (por ejemplo, escuelas públicas para que los niños pobres adquirieran herramientas para salir de la pobreza), o la adopción de *medidas de tipo coercitivo*, tentación que como veremos más tarde, ha venido siempre a asociarse a la asistencia pública (en el caso de Vives, proponiendo talleres de trabajo obligatorio para los que pudieran trabajar). Los gobernantes humanistas, aceptaron la idea de ocuparse de la pobreza (12).

De esta manera, se fueron creando hospitales públicos, originalmente encomendados en la atención asistencial. Así, por ejemplo (13), Luis XIV, el más famoso monarca absolutista francés, emitió en 1656 un *Edicto de Creación de Hospitales Generales* públicos. A ese noble fin se reformaron varios hospitales preexistentes, incluyendo el Hospital de *Bicêtre* de París, que había tenido previamente funciones de hospital militar, prisión, orfanato, y finalmente se convirtió en el famoso manicomio donde pocos años después Philip Pinel "liberó de las cadenas a los alienados".

Sin embargo, ya fuera por su propensión autoritaria o presionado por los desórdenes que producía la pobreza, el edicto de Luis XIV incluyó la prohibición de la mendicidad. Comoquiera que esa medida resultara insuficiente, se completó en 1657 (solo un año después) con otro edicto que permitía encierros involuntarios en los hospitales públicos. De nuevo vemos la asociación de lo asistencial con lo coercitivo.

Se inició en las ciudades una persecución de los pobres por parte de la policía: el conocido grupo heterogéneo de mendigos, vagabundos, ciegos, tullidos, locos, vagos, prostitutas, etc. Las medidas generaron gran descontento popular, que se había de añadir al ya existente por ver cómo las diferencias de calidad de vida se hacían cada vez más divergentes entre la gente común y los privilegiados de las elites aristocráticas. Con esas medidas, la cantidad de huéspedes de esos hospitales públicos de París se incrementó rápidamente. Si en 1657 el hospital alberga 800 internos, la cantidad llegó a 8000 en 1788. A pesar de sucesivas ampliaciones, el aumento de la población en los hospitales produjo los previsibles problemas de hacinamiento, falta de higiene y ventilación, etc., con dramático impacto sobre la dignidad y salud de los allí recluidos, fenómeno que acompaña frecuentemente a los manicomios hasta bien entrado el siglo XX (7). A ello había de sumarse la forma muy poco caritativa de emplear la coerción propia de la época, que permitía restricciones físicas comparables a las de las prisiones.

En paralelo, con los avances de la ciencia -hacia finales del siglo XVIII-, y con semejante población reunida en los hospitales públicos, se empezó a hacer posible y necesaria la especialización de los médicos de los hospitales. Bajo su mirada, del grupo informe de "los pobres", ya se daban las condiciones para distinguir en la asistencia un subtipo particular, el de *los alienados*, anticipándose la figura del alienista, el médico especializado en alienados. Para un médico de finales del XVIII, como lo fue Vincenzo Chiarugi, la atención ya no podía ser cuestión de retórica y buenas intenciones. Se imponía la necesidad de un cuerpo de conocimiento racional, acorde con los tiempos. Téngase en cuenta que, por entonces, la ciencia ya está ofreciendo en otros campos éxitos importantes. Lavoisier ya entiende la combustión como una reacción química, Linneo ha establecido un método clasificatorio racional en botánica, Newton ha formulado las leyes de la gravitación. Aparece la tecnología: se están creando la máquina de vapor, el telar mecánico, el termómetro, el pararrayos. Se están descubriendo las vacunas. El método empírico alcanza la medicina. El método anatómico-clínico está comparando las lesiones encontradas en el cuerpo con su expresión clínica. Se normaliza el estudio post-mortem de los enfermos. Se abandona una medicina retórica en favor de otra donde se van imponiendo la observación y la experimentación.

Estamos a finales del siglo XVIII. Se preparan enormes cambios sociales. Va a estallar la Revolución Francesa. Los gobernantes tienen que gestionar problemas propios de grandes ciudades: en París unas 650.000 personas. En Florencia, donde comenzamos nuestro viaje con Vincenzo Chiarugi, unos 70.000.

Tal había de ser, más o menos, la situación que encuentra en su primer trabajo como joven médico, en el Hospital de Santa Dorotea, en Florencia.

VINCENZO CHIARUGI (1759–1820).



Vincenzo Chiarugi (1759–1820) (14,15,16) nació en Empoli, cerca de Florencia, capital de La Toscana, entonces un estado independiente, relativamente estable y próspero. Su padre era médico, descendiente de una familia acomodada. Estudió filosofía y medicina, en Pisa. Terminó su habilitación médica en Florencia, donde recibió licencia de médico en 1780, casi el mismo año que Kant publica su “Crítica de la Razón Pura”, Mozart publica su 3º Sinfonía, y está terminando la Guerra de Independencia de los Estados Unidos.

Chiarugi empezó a prestar servicios en el Hospital de Santa Dorotea, un antiguo hospital creado más de un siglo antes, que admitía pacientes dementes. Siendo Chiarugi un médico joven, su actividad llegó al conocimiento Leopoldo II, Gran Duque de la Toscana, entonces un estado independiente.

Leopoldo II ejercía el gobierno al modo de la época, el Absolutismo Ilustrado. Concentraba todo el poder ejecutivo y legislativo del Ducado. Resultó un gobernante moderado, hábil y con inclinaciones innovadoras. Su gestión de la economía incrementó la riqueza y recursos del Ducado. Como buen ilustrado, valoraba la ciencia y apoyaba su desarrollo. Tenía sensibilidad para los problemas de salud pública: hizo disponible para los ciudadanos una versión de vacuna para la viruela importada de Asia, solo unos años antes de que Jenner creara la versión europea, en 1796. Introdujo reformas políticas innovadoras para su tiempo, como la supresión de la pena de muerte y la prohibición de la tortura. Quiso promocionar una ley de derechos de los ciudadanos y de separación de poderes legislativo y ejecutivo que resultó demasiado avanzada para su tiempo y no recibió los apoyos necesarios.

Bajo la autoridad de Leopoldo II, se emite 1774 una orden que se ha venido a denominar la *Legge sui Pazzi* (Ley sobre los Locos), atribuyéndole un valor de novedad, no solo legislativa, sino conceptual. Conti (14) considera que fue “la primera Ley específica sobre enfermos mentales en Europa”, una ley pionera que, no se fija en la dimensión del loco como excluido social problemático, indiferenciado entre otros pobres, como pudieran ser los edictos mencionados de Luis XIV. *La Legge sui Pazzi* distingue al loco del grupo donde ha estado tradicionalmente confundido (junto con vagos, pillos y maleantes), lo identifica como enfermo, encomienda su cuidado a la medicina, y dicta normas de humanización de su trato.

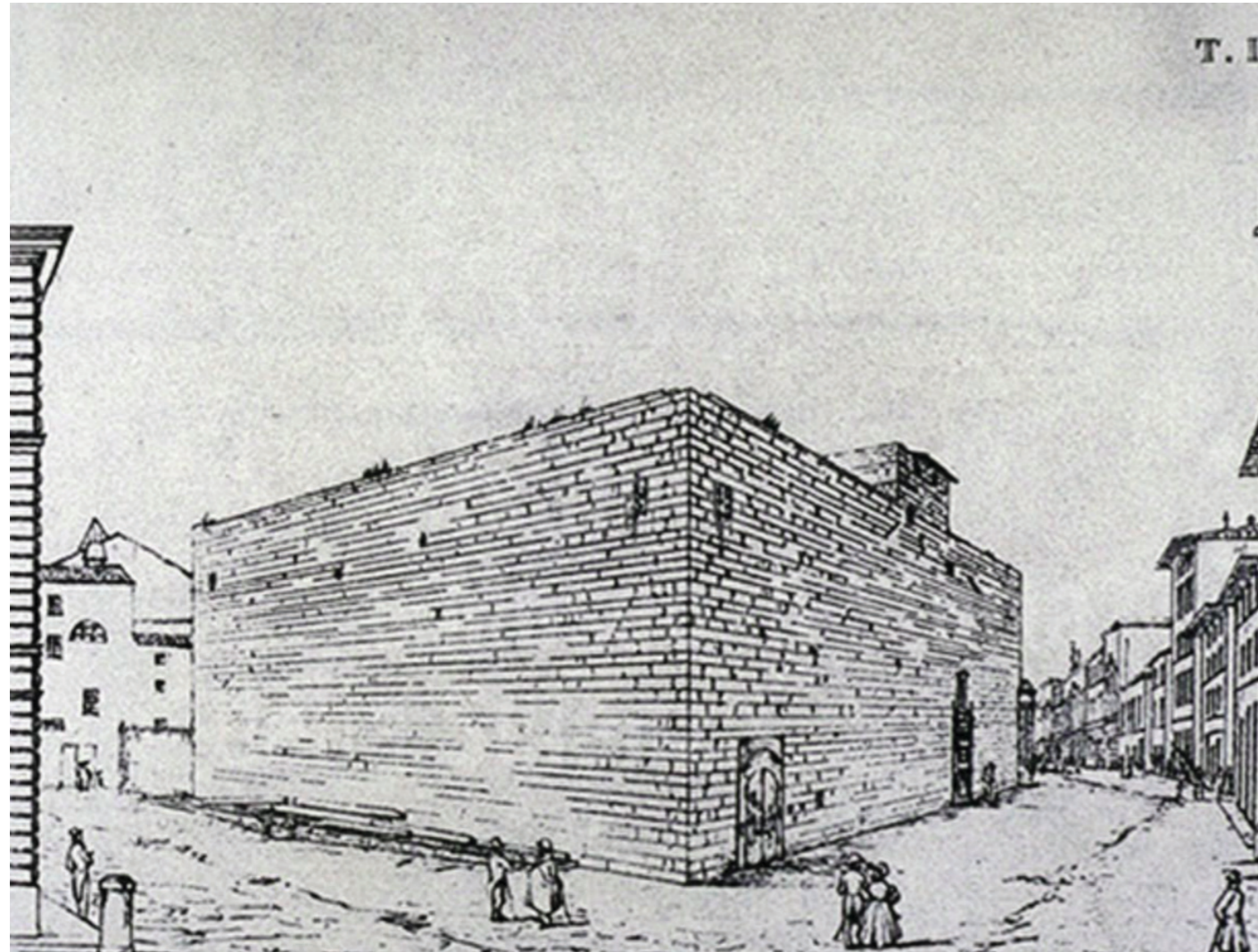
El relato de Conti, siendo cierto, es un poco hagiográfico. El documento original de la *Legge sui Pazzi*, (16) es en realidad una breve circular en la que un funcionario hace referencia a una orden de Leopoldo II para que los “maníacos” sean trasladados a Sta. Dorotea inmediatamente, sin trámites administrativos que puedan retrasar su tratamiento. El funcionario parece que está desarrollando el reglamento de la orden de Leopoldo. De la lectura del documento, se podría concluir que algunas personas que puedan haber creado problemas de orden público son identificados como “maníacos”, no como delincuentes, por lo que establece que sean trasladados a Sta. Dorotea directamente, y allí sean inmediatamente examinados por un médico del hospital, que debe ser el que determine si deben o no ser internados. La circular también ordena que en el mismo acto se debe evaluar la capacidad del paciente o su familia de pagar su manutención para, en caso de insolvencia, arbitrar que se le pueda admitir como “pobre” a expensas de “la Comunidad”.

Santa Dorotea, donde trabajaba Chiarugi, era un antiguo hospital, inaugurado más de un siglo antes, como hospital que aceptaba *dementes* (por tanto, diferenciables de los pobres). Era un sitio pequeño, con unos 65 pacientes, dirigido por un médico residente y dos consultores. A diferencia de lo que pasaba en otras instituciones del tiempo, los ingresos prolongados allí eran raros, y en su mayoría breves. Pero tenía ya su propia versión de la *puerta giratoria*: abundaban los reingresos. Los pacientes -o sus familias- habían de pagar parte de su manutención, o ser tratados como indigentes y financiados por el erario. Los historiadores creen que el trato de los indigentes era distinto del de los de pago.

Chiarugi, reformador

En 1784, cuatro años después de la “*Legge Sui Pazzi*”, Leopoldo II nombró director del Hospital a nuestro joven Vincenzo Chiarugi, que se había hecho notar ya por iniciar algunas actividades reformadoras, aun sin tener ninguna responsabilidad directiva. La población de Santa Dorotea empezó a aumentar, y en poco tiempo hubo problemas de hacinamiento, por lo que hubo que habilitar también el antiguo Hospital para pobres, el Hospital de Bonifacio en 1788.

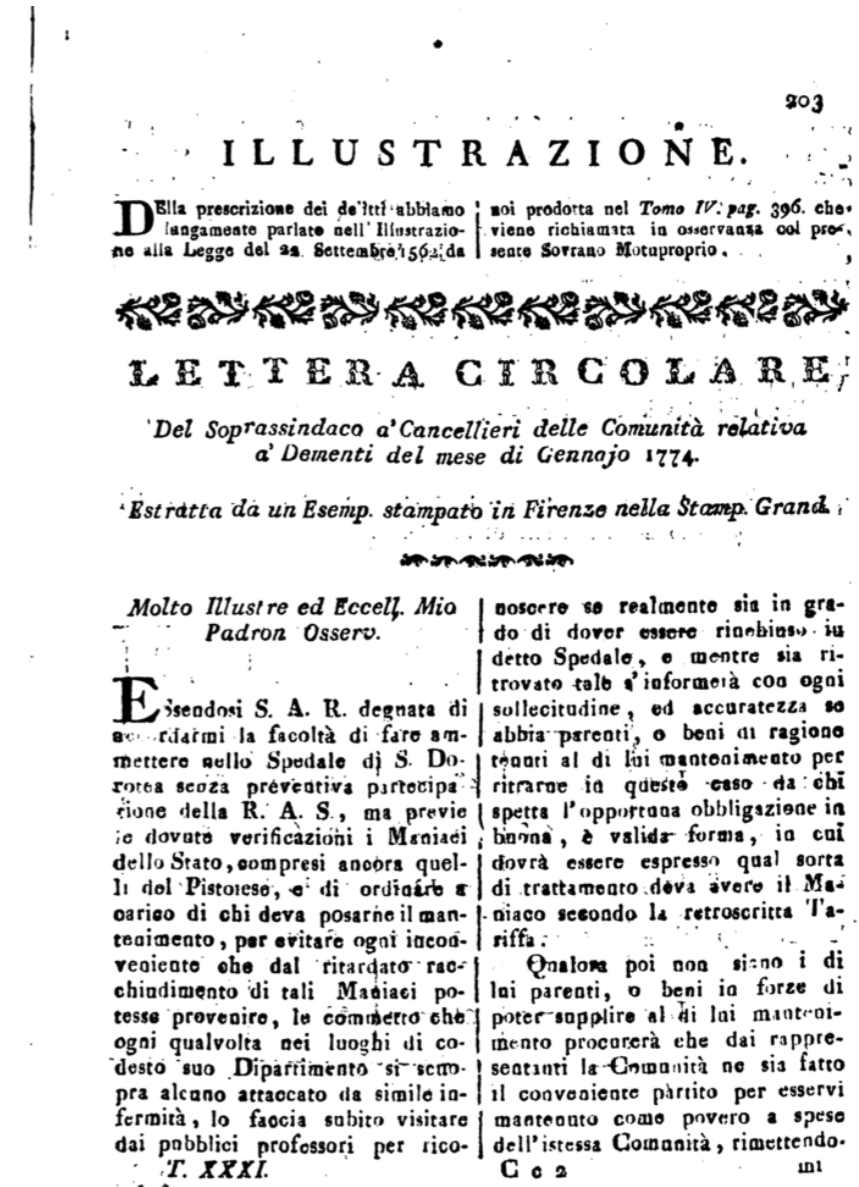
Chiarugi redactó un reglamento para ese hospital, tarea que terminó en 1789 (el mismo año de la Revolución



La Legge sui Pazzi, detalle de facsímil de archivo

Francesa, que proclamó que los ciudadanos tenían derechos). Se lo denominó el “Reglamento de Bonifacio”. En el Reglamento, Chiarugi toma en cuenta múltiples aspectos de la gestión del Hospital. Regula la formación de los nuevos profesionales, crea una escuela de Medicina, regula el régimen de abordaje del paciente, incluyendo su correcta identificación, la confección de una historia clínica personal, protocoliza el régimen institucional, con atención a la higiene, ventilación, saneamiento e instalaciones. El Reglamento contiene también normas para el personal del hospital: debían conducirse con respeto y evitar los castigos físicos. Se permite la contención física, pero con dispositivos que eviten producir lesiones. Se protegía el régimen jurídico de los pacientes: en el caso de ser internados forzosamente, se requería además del certificado médico, una orden del juez y del alcalde.

El nuevo hospital admitía pacientes muy heterogéneos. Contaba con cinco servicios: “locos, incurables, enfer-



El Ospedale de Santa Dorotea en 1646

mos de la piel, soldados e inválidos”.

Manténía ese estatus de asilo donde enfermedad, dependencia, pobreza y locura iban de la mano. Curiosamente, el ámbito de competencia médica de los alienistas de entonces reunía el conocimiento de la alienación con el de la dermatología.

Las reformas que prescribió el Reglamento fueron exitosas, y se extendieron progresivamente a otros hospitales de Nápoles y Florencia. Es decir, tuvo influencia, al menos regional.

Además de sus servicios como alienista, como era habitual entonces, Chiarugi prestó durante su vida otros servicios destacados como epidemiólogo. Fue el encargado de dirigir las medidas de salud pública para afrontar la epidemia (probablemente tifoidea) de Florencia de 1804, para lo cual organizó operaciones de “policía sanitaria”. La misma función se le encomendó de nuevo en otra epidemia similar en 1817. También tuvo actividad docente. Como profesor, fue en 1805 el primer titular de la cátedra de “Enfermedades afrosidíacas y trastornos intelectuales”, que pasa por ser la primera en delimitar la enseñanza universitaria del conocimiento de la locura como la especialidad médica independiente. Ocupó otros puestos docentes destacados, como el de profesor de “dermatología y enfermedades mentales”, en Pisa.

Obra intelectual

Chiarugi desarrolló una significativa obra intelectual. En 1793 publicó un tratado: *“Della Pazzia in genere, e in specie. Trattato médico analítico, con una Centuria di Osservazioni”*, obra que amplió en ediciones sucesivas.

Antes de Chiarugi, ya se había pensado la melancolía como un posible problema del cuerpo, asociándose a “problemas en la digestión” o “evaporación de partes sutiles de la sangre”, interpretaciones retóricas e incomprobables (15). Pero en el tiempo de Chiarugi, la ciencia estaba cobrando fuerza. Coulomb ya había logrado comprender y describir científicamente las leyes matemáticas de una noción tan extraordinariamente elusiva como el electromagnetismo (en 1785). El tiempo de las explicaciones retóricas estaba pasando.

El *Trattato* tiene una metodología empírico-observacional, acorde con los desarrollos filosóficos del empirismo. Se acompaña de historiales clínicos detallados de un centenar de pacientes, y aporta también un informe necrópsico de al menos a mitad de ellos, donde se esfuerza en buscar lesiones anatómicas que pudieran correlacionar la pazzia con los fenómenos clínicos.

El primer problema en toda disciplina es delimitar el objeto de estudio. Para ello hace falta una matriz conceptual que pueda contener y dar sentido a los fenómenos observables. Veamos cómo lo hace Chiarugi. Primero, describe a una persona afectada por la *pazzia*.

“Podrá decirse loco con justicia al infeliz individuo de la especie humana que sin tener enfermedad febril o lesiones de los sentidos externos y fuera de las circunstancias del sueño, embriaguez y otras causas similares, demuestra tener sensaciones que no tienen otros en la misma situación, actúa o razona de una manera contraria a las sensaciones de las que tenemos razones para suponer que debería tener, y por último, está persuadido de un error, en sí mismo fácil de reconocer, que antes no lo habría engañado, y sin que la fuerza de la razón y el testimonio de los sentidos pueda convencerlo”.

Vemos que Chiarugi parte de la *observación*: identifica fenómenos observables en el centenar de informes que presenta. En su delimitación de la pazzia ve fenómenos: alteraciones de los sentidos (hoy, fenómenos alucinatorios), alteraciones del juicio, o estar persuadido de un error que escapa al análisis de la razón (los fenómenos delirantes de hoy).

Algunos pacientes de su archivo encajan bien en esta definición general de pazzia, pero otros presentan características algo diferentes, por ejemplo:

“... una desconexión general de ideas con respecto al presente, el pasado y el futuro, y sin distinción de las relaciones; acompañada por una rápida transición que va de una serie de pensamientos a otra, absolutamente ajena, una excitación y audacia inusuales, y por el impulso y la violencia en todos los juicios, que lo llevan a tener un lenguaje y un comportamiento muy coléricos y furiosos”

Ahora parecería que está describiendo fenómenos cognitivos y afectivos propios de lo que hoy llamaríamos episodio maniaco: las alteraciones afectivas y del curso del pensamiento. Aún una tercera clase de pacientes presentaba:

“Una irregularidad o imperfección general, o casi general, en las operaciones del intelecto y de la voluntad. Usualmente sin emociones precisas, ya sean de tristeza o de cólera, y con debilitamiento e imbecilidad en todas sus acciones”.

Así pues, Chiarugi ve fenómenos de naturaleza diversa: defectos en la conexión de las ideas, cambios en la velocidad del curso del pensamiento, estados emocionales alterados, errores del juicio, debilitamiento de funciones, trastornos de la voluntad, alteraciones de la conducta. Una lista exhaustiva de los fenómenos que observa y relaciona con la pazzia sería larga, y que no deja de producir admiración en un momento tan preliminar de la construcción de la disciplina.

Chiarugi también supo observar que los cuadros de pazzia eran evolutivos, añadiendo un factor diacrónico a sus observaciones, dato en el que se adelanta a autores posteriores que se fijaron en el curso de la enfermedad para identificar distinciones en su naturaleza.

También ve como las desviaciones del funcionamiento mental que observa se agrupan de maneras diversas,

lo que da lugar a un esbozo de taxonomía. Propone una división de la pazzia en tres sub-especies, y les asigna un nombre:

“La Melancolía es una Locura parcial limitada siempre a uno o unos pocos temas relacionados entre sí. La Manía es una Locura general acompañada de la audacia y el furor en las acciones voluntarias. La Amencia es una Locura general o casi general, con alteraciones en las capacidades intelectuales y volitivas, pero habitualmente sin emociones”.

El lector informado observará que sus expresiones no se corresponden con las categorías taxonómicas actuales. Lo que Chiarugi llama melancolía parece denotar trastornos de tipo delirante. La manía de Chiarugi sí recuerda a la manía actual por las alusiones a la audacia y el furor. Y la amencia podría corresponder a lo que hoy vemos como procesos involutivos. En la obra de Chiarugi hay un esfuerzo taxonómico y delimita diversas especies de Pazzia, pero manteniendo una concepción de ésta como una única enfermedad. Esta intención está presente desde la elección del nombre de su obra, donde alude al “género” y “especies” de la locura, usando conceptos popularizados para la ciencia por Linneo.

Se considera a Chiarugi un precursor de la idea de la “psicosis única”, según la cual todas las psicosis comparten un síndrome axil común, como defendió mucho después el español Bartolomé Llopis (1905-1966). Para algunos esto es algo más que una pieza interesante de arqueología psiquiátrica, especialmente a partir de estudios genéticos contemporáneos.

Chiarugi no se limita a observar. Como buen filósofo natural, trata de responder a preguntas, que me parece están implícitas en sus razonamientos. *¿Por qué será que eso que observo sucede en algunas personas, y no en otras? ¿Será por algún tipo de alteración de, digamos, ciertas facultades del alma, categoría escolástica que aún usa Chiarugi? Y si fuera así, ¿qué facultades serían esas? ¿Cómo se podría conocer la naturaleza fáctica pero inmaterial de tales funciones? ¿Se podría conocer sus leyes? ¿O habría que construir respuestas en ámbitos alejados del alma, en sutiles alteraciones del cuerpo, aun no identificables cambios en la naturaleza material? ¿Habría que escudriñar más y más en la mesa de autopsias, en busca de esas alteraciones hasta ese momento desconocidas?*

Tengamos en cuenta que en tiempo de Chiarugi ya se conocía el microscopio, pero era aún una herramienta rudimentaria que carecía de la resolución óptica necesaria para distinguir las microestructuras del cuerpo, y tampoco se contaba con medios de tinción adecuados que las pudieran hacer visibles, que no estuvieron disponibles hasta Golgi y Cajal, muchos años después. El tejido nervioso se presentaba en la mesa de disección ante Chiarugi, como se presentaría hoy al ojo desnudo ante cualquiera de nosotros: como una masa gelatinosa, con algunas diferencias y estructuras macroscópicas visibles. Poner esa masa gelatinosa en relación con cualesquiera funciones humanas que se pudieran definir o delimitar a partir de la observación de la conducta de los sujetos, era una tarea estrictamente inconmensurable. La dificultad se nos antoja superior en dificultad a la que afrontó Coulomb ante el fenómeno del electromagnetismo. Tal era el enigma que abordan Chiarugi y sus contemporáneos.

Veamos ahora las herramientas intelectuales de las que dispone. Descartes había publicado para la filosofía su “Discurso del método” en 1637, más de un siglo antes. Descartes razonaba allí sobre el entendimiento humano con una versión del dualismo que se puede reconocer en Chiarugi.

Para Descartes, el enigma del entendimiento se aborda considerando que en él confluyen dos sustancias distintas. Una sutil e invisible, la res cogitans, un trasunto del alma de los escolásticos. La otra claramente material, la res extensa, sujeta a las leyes de la física, con propiedades que se pueden estudiar, como temperatura, color, peso. Aristóteles, muchos siglos antes, había razonado de manera parecida, conjeturando un alma concebida como la forma de la materia del cuerpo.

La estructura de la parte material del ser humano, la res extensa, no era aún bien conocida, pero la química no era totalmente inconcebible entonces. Sin embargo, razonar sobre la naturaleza de la otra sustancia, la res cogitans, por otro nombre el alma, era otra cuestión.

En 1690, casi un siglo antes, el médico y filósofo escocés John Locke había compuesto su “Ensayo sobre el

entendimiento humano”, proponiendo bases para una discusión laica sobre la naturaleza de la mente y fenómenos relacionados. Locke razonaba de manera distinta a Descartes. No argumentaba sobre ninguna clase de alma. La mente no sería una sustancia con propiedades cuasi sobrenaturales, sino algo que emanaba de la materia, susceptible por tanto de interactuar con el mundo físico. Para Locke, el estudio de la mente habría de ser posible mediante el estudio de sus propiedades: el lenguaje, la conciencia, la percepción o la identidad. Para Locke la mente es un agente que cuando nacemos está en situación de tabula rasa, que se va nutriendo de la experiencia, de las sensaciones, susceptibles de almacenarse, base de lo serían las ideas que la conforman. En similar dirección, David Hume había publicado en 1739 su “Tratado de la naturaleza Humana”, donde trata el tema desde parecido punto de vista empirista y naturalista. Pero el trabajo de Chiarugi no tomó esa dirección. Chiarugi se habría formado en suposiciones parecidas a las de Descartes para explicar la mente, que son las que usa en sus razonamientos.

Antes de Chiarugi, médicos anatomistas como Thomas Willis ya habían planteado la relación entre el encéfalo y funciones corporales (17). Los nervios periféricos habían de ser “agentes de la sensación y el movimiento”. Contemporáneo de Chiarugi, el médico escocés William Cullen, había trabajado experimentalmente con otra fuerza aún misteriosa, la electricidad, y conocía algunos efectos de ésta sobre los cuerpos vivos. Cullen presentó una teoría que pasa por ser pionera en relacionar formalmente fenómenos de tipo mental con el soporte corporal, y propuso un concepto de “neurosis”, definida como:

“... la afección del regulador unitario y general del organismo: el sistema nervioso, y especialmente de las potencias de los sentidos y el movimiento.”

Chiarugi conocía esos avances y de hecho, su modo de clasificación de las variantes de la pazzia fue una reinterpretación de la de Cullen (manía, melancolía y demencia). Da por sentado en su Tractato que el encéfalo es el lugar concreto de la res extensa, donde se producen las operaciones necesarias que el cuerpo realiza para dar soporte material a los procesos de la otra sustancia, la res cogitans. Chiarugi suponía que el alma podía tener efecto sobre el cuerpo, pero desde el punto de vista estricto de la causalidad, la causa de pazzia había de ser buscarse en el cuerpo, y no en el alma, ya que:

« El alma, ser inmaterial, incapaz de cambios en su esencia, inalterable en su sustancia, no puede sucumbir en estas afecciones, a la cuales se encuentra sujeta la materia y que constituyen las enfermedades ».

Mente y alma, espíritu y materia, habían de estar unidas de alguna forma y nada de lo que afectara a una dejaría de afectar a la otra. Así escribe:

« Es en la fuerza de acción recíproca entre el espíritu y la materia en lo que consiste precisamente la vida humana, y la máquina que sirve al ejercicio mutuo de las facultades respectivas es el Sistema Nervioso, en el que el Cerebro es el centro, origen principal y único».

Chiarugi tiene que afrontar la pregunta que acecha a todo buen dualista: la interconexión entre las famosas dos sustancias. Filosóficamente, cómo dos sustancias de naturaleza diferente pueden interactuar, no es un problema menor. A menos que las dos sustancias encuentren una interfaz accesible a las dos, el problema es insoluble sin recurrir a alguna forma de explicación cuasi sobrenatural. Descartes suponía la interconexión en la glándula pineal. Hoy la llamamos hipófisis y sabemos que no tiene esa función. Chiarugi propone una variante, la existencia de una interfaz especial: el Sensorio Común, que supone situado entre la Sustancia Cortical y la Sustancia Medular del encéfalo, diferenciables las necropsias. Ninguna de las dos versiones resuelve bien el complejo problema de la relación mente-cuerpo.

Admitido que la pazzia es una enfermedad que tiene su causa en algún suceso del cuerpo, Chiarugi especula sobre distintas posibilidades causales. Alguna de sus hipótesis resulta muy abstracta, como la de una supuesta “acción inmediata del alma”. Otras, sin embargo, resultan más prometedoras, al menos como punto de partida de una futura explicación fisiológica. Sería el caso del “debilitamiento de la actividad nerviosa”, “la plétora de sangre en el sistema vascular”, o el “depósito de sustancias morbosas en el Cerebro”.

El Tractato menciona también las medidas terapéuticas que se empleaban: sangrías, baños de agua fría, o res-

tricciones físicas. En un par de ocasiones menciona el Tratamiento Moral, que por lo tanto era ya conocido por él. Pero en conjunto, los tratamientos que describe no parecen estar especialmente dirigidos por ese método. De ahí se colegiría que las innovaciones de su Reglamento para mejorar las condiciones de los pacientes, no eran parte de una estrategia terapéutica, sino más bien humanística.

Tal es, en síntesis, la esencia del aporte conceptual de Chiarugi a la construcción de la futura psiquiatría.

Un lugar en la historia

Chiarugi era 11 años mayor que su contemporáneo Philippe Pinel (1745-1826), mucho más reconocido históricamente que él. Pinel suele recibir el crédito de haber sido el pionero en “liberar a los locos de las cadenas”, momento immortalizado para la historia de la psiquiatría por el conocido cuadro del pintor Robert-Fleury.



Pinel trabaja en París (13). Es nombrado en 1793, a sus 48 años, responsable del asilo de Bicêtre (para hombres) y luego de la Salpêtrière (para mujeres y niños), que llegó a albergar 10.000 internos. Su nombramiento es 5 años posterior al de Chiarugi en Santa Dorotea, que también era mucho más joven al recibir su cargo, 25 años.

Pinel estuvo cerca de la acción política de la Revolución Francesa, si bien luego se distanció en los terribles años posteriores conocidos como “el Terror”, en que los revolucionarios encabezados por Robespierre practicaron la brutal represión que incluyó unas 17.000 ejecuciones en toda Francia, más de la mitad sin juicio, a lo que se añadiría otra gran cantidad de personas apresadas y muertas en cárceles. El interés de subrayar este tipo de sincronías radica en que nos permite poner en perspectiva la situación en que había de vivir la población, los valores sociales dominantes, y las reglas bajo las cuales había la gente de sacar adelante sus vidas. La brutalidad de los encierros a los que según las crónicas eran sometidos en los hospitales los alienados de la época, estaba en consonancia con la similar brutalidad de las medidas que se tomaban para el control social de la población en general. Ese era el contexto en el que Pinel asumió su tarea.

Como Chiarugi, Pinel fue consciente de las miserables condiciones de vida en los asilos de su tiempo y planteó a las autoridades civiles la necesidad de reformas. Al hacerse cargo del Hospital de Bicêtre se encontró con internos que habían permanecido tiempos muy prolongados en situación de cautiverio, con restricciones físicas y mala alimentación e higiene. Pinel se inspiró en las ideas de un trabajador del Hospital, Jean-Baptiste Pussin (18). Pussin, que no había tenido formación médica, llevaba tiempo trabajando en Bicêtre, primero como maestro de niños enfermos, y luego con responsabilidades como vigilante, cuidador y finalmente supervisor.

Desde su puesto, ya antes de la llegada de Pinel, había sido tenaz defensor de la mejora de las condiciones de los pacientes, por ejemplo, exigiendo a los administradores aumentar las raciones de pan. Cuando Pinel tomó la dirección del hospital, ve que Pussin practicaba una nueva forma de trato que se había mostrado eficaz: “era muy humano con los enfermos, y cuando eran liberados de las cadenas, se portaban bien”. Se le atribuye que escogía el personal del centro entre pacientes curados y convalecientes: un antecedente de la idea contemporánea de los “usuarios expertos”.

Pinel apoyó las ideas de Pussin, y desde la autoridad que le confería su superior rango, combatió las prácticas inhumanas, si bien parece que solo logró las autorizaciones necesarias para sus reformas tras la finalización de la época del “Terror” posterior a la Revolución. Como Chiarugi, Pinel contribuyó a la nosografía de su tiempo, en su obra de 1798 “Nosographie Philosophique” (o Méthode appliquée à la médecine), publicada cinco años después de la de Chiarugi.

Esquirol, discípulo y sucesor de Pinel, atribuye a éste el crédito histórico de pionero de las reformas de los asilos psiquiátricos de la época, idea que ha dominado la historiografía psiquiátrica. Esa idea, un tanto chauvinista, fue discutida públicamente en 1864 por Carlo Livi, ilustre alienista y médico italiano que, en una extensa carta pública, reivindicó el legado de Chiarugi como verdadero precursor de las reformas (19).

Reivindicaciones aparte, lo cierto es que en otros lugares de Europa suceden casi a la vez iniciativas semejantes (20). En 1796, William Tuke, un rico quáquero británico, comerciante y filántropo, creó en York (Inglaterra) de su propia fortuna personal el asilo “The Retreat”, basado en la idea misma de aportar un tratamiento humano y digno a los pacientes mentales. Dotó al asilo de instalaciones recreativas aptas para el esparcimiento. Además, creó incentivos para que los pacientes que lo desearan pudieran participar en el trabajo de cuidar de un parque que rodeaba el asilo, creado expresamente para ello por Tuke. Se creó así un modo de ocupación para pacientes de asilos que se popularizó, sobre todo tras la promulgación de la “Lunacy Act” de 1808, la ley inglesa reformadora del tratamiento de los pacientes mentales. El modelo ejemplar de Tuke se replicó en otros hospitales del Reino Unido y sus colonias. El médico escocés John Conolly, publicó en 1856, su libro “El tratamiento de los alienados sin restricciones mecánicas”. Las nuevas ideas se habían arraigado.

El trabajo de Vincenzo Chiarugi y de sus compañeros de generación, que comparten valores y visión, cristalizó en el llamado Tratamiento Moral (21). Ese tratamiento consideraba que había que prestar atención al ambiente que debía existir en el hospital. Prescribía, además de mejoras en la calidad de vida, respeto a la dignidad de los pacientes, reducción de restricciones, favorecer la posibilidad de que los internos pudieran realizar actividades útiles, y una forma de autoridad didáctica y persuasiva al hablar con los pacientes.

Conclusiones

Considerando el trabajo de Chiarugi y sus contemporáneos a la luz de nuestra visión contemporánea de la RPS, nos parece que se pueden observar algunas cosas interesantes.

En primer lugar, la aparente contradicción de que, por una parte la enfermedad mental era conocida antropológicamente desde hace muchísimo tiempo, y sin embargo su delimitación como grupo específico, separado del grupo heterogéneo caracterizado por la “incapacidad de autogestionarse en la sociedad de manera independiente autónoma” (“los pobres”) se retrasó hasta finales el siglo XVIII.

En segundo término, que más allá de los problemas de la propia enfermedad, los problemas de la vida (subsistencia, integración social, dignidad, y seguridad jurídica) eran evidentes, y empezaron a ser tenidos en cuenta como parte del problema de los pacientes. Esto se aprecia en el trabajo de estos pioneros de la psiquiatría, que lo son también de la teoría contemporánea de la RPS (22), cuyos logros parecen más relevantes desde el punto de vista de cómo introdujeron mejoras en las condiciones de vida en las instituciones, que por haber encontrado medidas terapéuticas eficaces para combatir la enfermedad. Esta idea, apreciable ya entonces, forma parte hoy de la esencia conceptual de la RPS: además del acceso a tratamiento, se trata de actuar en el entorno del paciente, para que la vida de la persona “alcance el nivel óptimo de funcionamiento...en la comunidad”. Ocuparse de su alojamiento, de su inclusión social, de su dignidad, etc.

En tercer término, podemos observar cómo desde los primeros tiempos de la asistencia psiquiátrica organizada, se plantea la necesidad de un marco legislativo. A veces, para afrontar problemas asociados con el orden público y del control social. Otras, la financiación y organización de la atención, en la cual el erario empezó a intervenir, al menos desde las medidas impulsadas por Luis Vives, aun antes de identificarse la locura como una causa diferenciable de otras formas de pobreza.

Por último, cómo la figura del alienista fue requerida e investida por la autoridad civil como responsable de evaluar, para luego determinar las condiciones legales a las que los enfermos habían de someterse, que a menudo afectaban a su libertad personal.

Bibliografía

- Andrea Fiorillo & Antonio Ventriglio (2018) The legacy of Italian psychiatry, *International Review of Psychiatry*, 30:2, 118-119, DOI: 10.1080/09540261.2018.1435771 <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1435771>
- Merton, Robert K. (1993). *On the Shoulders of Giants. A Shandean Postscript. The Post-Italianate Edition. With a Foreword by Umberto Eco.* University of Chicago Press. p. XIV
- Bonmatí, A., et al.: El caso de Elvis el viejo de la Sima de los Huesos. *Dendra Médica Revista de Humanidades* 2011;10(2):138-146
- Rodríguez, M.I.; Apuntes sobre el papito de Ebers. <https://aedeweb.com/wp-content/uploads/3-APUNTES-SOBRE-EL-PAPIRO-EBERS.pdf>
- Fernández Vázquez, A. y Mañá Ares, R. (2016). El legado islámico en los cuidados psiquiátricos. *El Maristán de Granada. Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 20(45). Disponible en: < <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.06>>
- Martínez, L.: Pobres, Pobreza y Asistencia en la Edad Media Hispana. Balance y Perspectivas. *MEDIEVALISMO*, nº 18, 2008, pp. 67-107. <https://revistas.um.es/medievalismo/article/view/91641/88291>
- Álvarez- Uría, F.: Miserables y Locos. *Medicina Mental y Orden Social en la España del siglo XIX.* Tusquets, 1983.
- Foucault, M.; *Historia de la Locura en la Época Clásica.* Fondo de Cultura Económica Ed. 1991 (1964). México.
- Labarca, M.: Los espacios de Locura en la Toscana del siglo XVIII: Estrategias y negociaciones para enfrentar la enfermedad mental. *Asclepio*, Vol 71 num 1 (2019) <https://doi.org/10.3989/asclepio.2019.02>
- Alan Bullock, *La tradición humanista en Occidente.* Madrid: Alianza Editorial, 1989 (1985).
- Vives, L.: *Tratado del socorro de los pobres.* 1781. Versión digital de Google Books.
- Panea, J. Manuel.: Juan Luis Vives y la responsabilidad para con los pobres. *PENSAMIENTO*, vol. 73 (2017), núm. 278, pp. 1173-1196
- Cosentino. *La Salpêtrière.* *Rev. Per Neurol* 1998 Vol 4 31. https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Cosentino/publication/289779625_La_Salpetriere/links/569290a408aee91f69a702ad/La-Salpetriere.pdf
- Conti, N. Aldo: Vincezo Chiarugi. La pazzia, sus géneros y especies: obra fundacional de la psiquiatría moderna. *VERTEX Rev. Arg. De Psiquiat.* 2017, Vol. XXVIII: 312-314.
- Sposini, F.: Vincenzo Chiarugi: Nosology, Pazzia, and the Cure of the «Altered Machine». <https://filippomspolini.wordpress.com/2018/06/25/vincenzo-chiarugi-nosology-pazzia-and-the-cure-of-the-altered-machine/>
- Restraining the Maniacs of the State: The 1774 Legge sui Pazzi of the Grand Duchy of Tuscany <https://filippomspolini.wordpress.com/2018/06/22/restraining-the-maniacs-of-the-state-the-1774-legge-sui-pazzi-in-the-grand-duchy-of-tuscany/>
- Salaverry, O.: La piedra de la locura. Inicios históricos de la salud mental. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2012;29(1):143-48.
- Jean-Baptiste PUSSIN Lons-le-Saunier (Jura) 29 septembre 1745 / Paris 7 avril 1811
- Huertas, R., del Cura, M.: Chiarugi versus Pinel. La carta abierta de Carlo Livi a Briè de Boismont. *Frenia*, Vol. IV-2-2004. www.researchgate.net/publication/28319349_Chiarugi_versus_Pinel_la_carta_abierta_de_Carlo_Livi_a_Briere_de_Boismont
- Barrera, A.; Cordero, A.: “William Tuke, John Conolly y el desarrollo de la Psiquiatría Inglesa en el siglo XIX”. *REVISTA DE PSIQUIATRIA* (1996) XIII I 31166 - 171. CHILE, <https://schiesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/11/96-3-009-William-Tuke-John-Conolly-y-el-desarrollo-de-la-Psiquiatría-Inglesa-en-el-siglo-XIX..pdf>
- Ryan, P.: El origen del tratamiento moral en Psiquiatría. *Salud mental*, ISSN 0185-3325, Vol. 4, N°. 2, 1981, págs. 30-32
- WHO: “Psychosocial Rehabilitation, a consensus statement”. *WAPR Bulletin*, vol. 8, July 1996.

(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), CI-
BERSAM, 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 desinstitutionalización. 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 de 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 Fábregas 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 satisfecho/a estás con nuestro servicio?; 2.- “¿Estás satisfecho/a 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 Fàbregas), sí como el hecho que las personas dades de baja del Servicio acostumbra 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 actividades diarias 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 vinculación	2,1%	(1)
Cambio de Domicilio	2,1%	(1)
Alta Dependencia Psiquiátrica	4,3%	(2)
Servicios de 3a. Edad	4,3%	(2)
Defunción	2,1%	(1)
Programa Residencial	4,3%	(2)
Programa Pisos Asistidos	4,3%	(2)

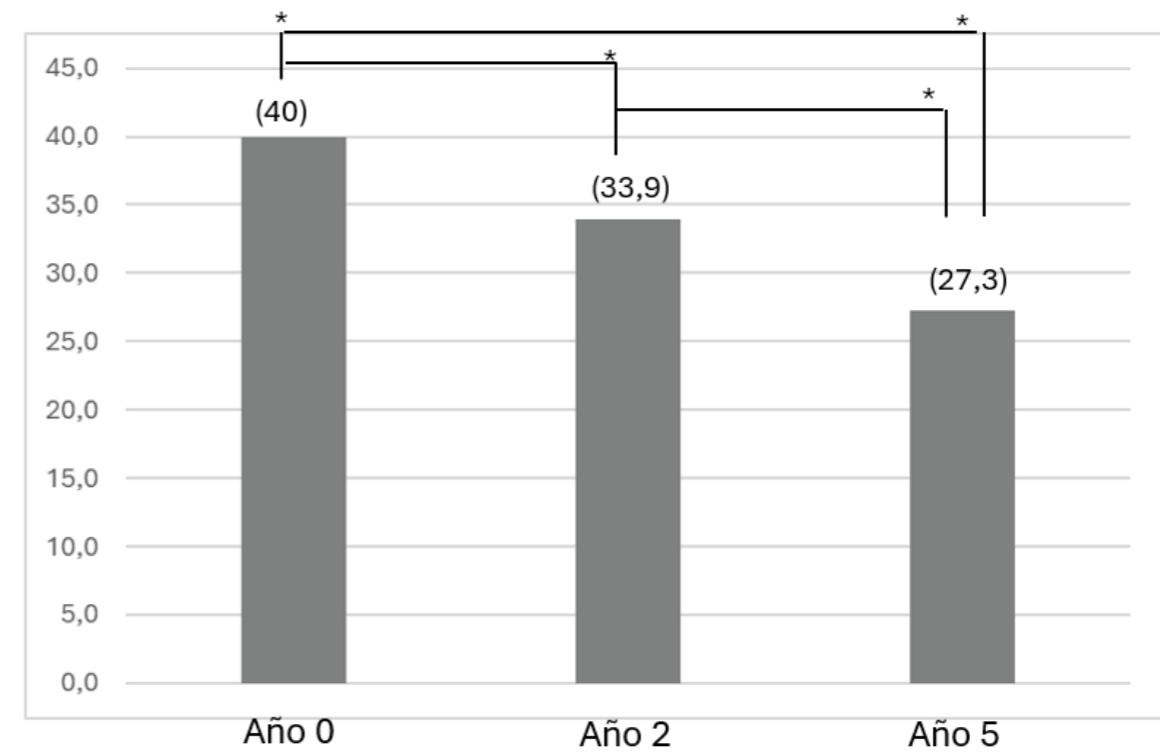
[Tabla 3]

Evolución por años de vinculación, según 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]

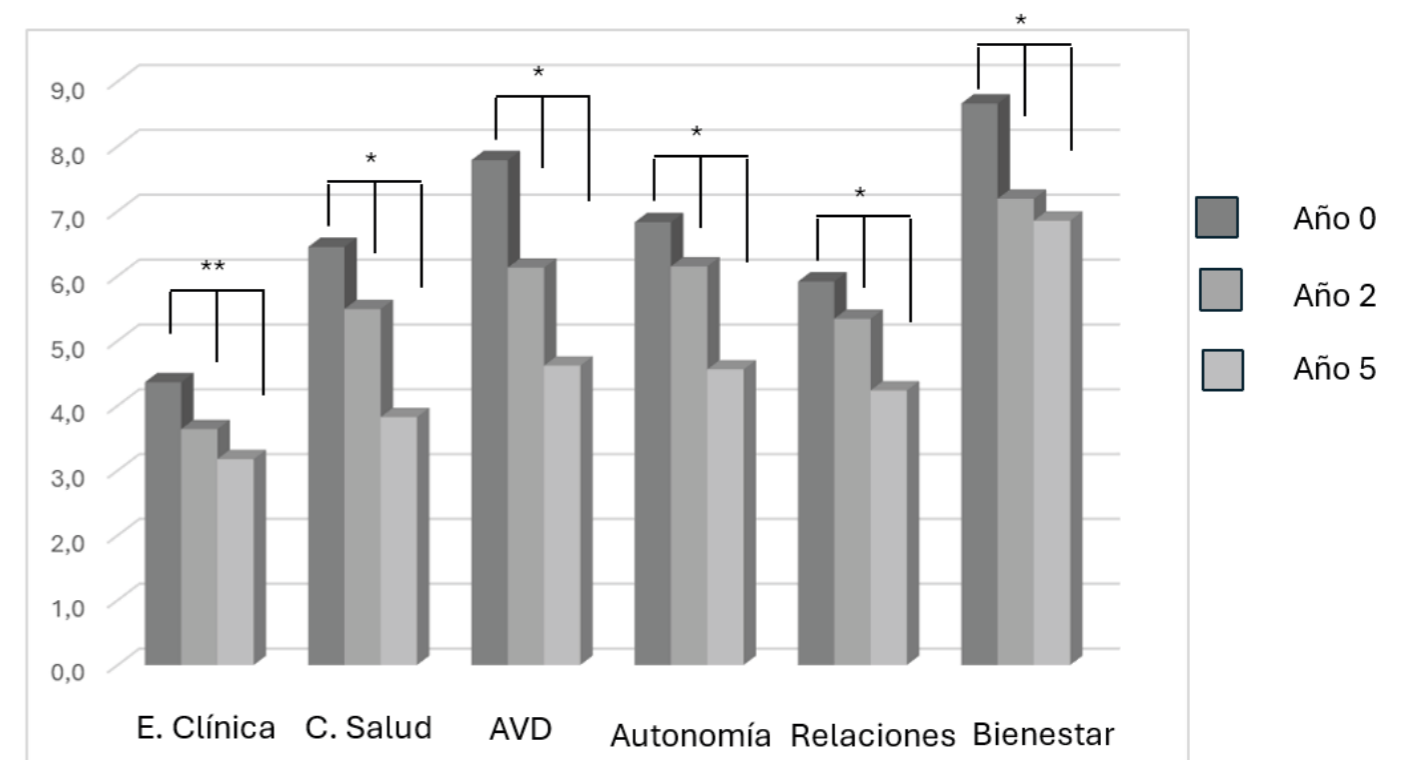
Evolución por años de vinculación, según la escala ENAR-TMG (promedio del total), David Lascorz



* < 0.01

[Gráfico 2]

Evolución por años de vinculación, según 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 Tomás, Bibiana Ruiz, Marisa García Durán, Carol García,
(-) Marisa Rosa, Víctor Pérez: Estudio relacional de las necesidades de soporte según los servicios de lugar de vida utilizados. *Rev Asociación Española 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) Martínez Zambrano, F.: Redes sociales y esquizofrenia. Tipología familiar, necesidades y sintomatología; ed. Diputación de Barcelona, 2002
- (6) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 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) Sörgaard 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) López M, Lara L, Laviana M, Fernández L, García-Cubillana P, López A. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *Arch Psiquiatr*. 2004;67(2): 101-28.11
- (11) R.P ... Liberman y A. Kopelwicz Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación 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, Pérez V, Ruiz B, Vegué J. Validación de la Escala de valoración de los Niveles de Atención Residencial, para personas con Trastorno mental Severo (ENAR-CPB). *Rev Asociación Española 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.

- (18) Kopelwicz A, Liberman RP, Mintz J, Zárate R. Efficacy of social skills training for deficit versus non deficit negative symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154:424-5.
- (19) Heinssen RK, Liberman RP, Kopelwicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory. *Schizophr Bull* 2000; 26:21-46.
- (20) Warner, R. "Community attitudes towards mental disorder" In G.Thornicroff & G.Szukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp.453-464) New York: Oxford University Press, 2001.
- (21) Gunderson JG. Patient/ therapist matching: a research evaluation. *Am J Psychiatry* 1978; 135:1193-7
- (22) Dingman CW, McGlashan TH. Psychotherapy. En: Bellack AS, editor. *A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia*. Nueva York, NY: Plenum Press,1989; p. 263-82.
- (23) Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:228-36.
- (24) Kopelwicz A, Corrigan P, Wallace C, Liberman RP. Biopsychosocial rehabilitation. En: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, editors. *Psychiatry*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1996; 1513-34.
- (25) Hogarty GE, Goldberg SC, Schooler N. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenia patients. III. Adjustment of non-relapsed patients. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31:609-18.
- (26) Gunderson JG, Frank AF, Katz HM, Vannicelli ML, Frosch JP, Knapp PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984; 10:564-98.
- (27) López Atienza JL y Sunyer M. "La función terapéutica. Una forma de hacer institucional". V Jornadas Nacionales de Hospitales y Centros de Día. Bilbao, 1987.
- (28) Bowlby, J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. 6ª Ed. Madrid: Morata; 2014. p. 154-158
- (29) Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*. 1993;16(4):11–23
- (30) (Sroufe, A. citado en: Marmarosh, C; Markin, R; Spiegel, E.B. Attachment in group psychotherapy. Washington: American Psychological Association; 2013. p. 21.)

(03)

ATENCIÓN A DOMICILIO EN SITUACIÓN DE CRISIS. EXPERIENCIA DE 6 AÑOS. EQUIPO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE PSIQUIATRÍA EN GIRONA



Autor: Nayef Fadel Molina¹, Ramon Rovira Garcia¹ e Irina Gil Abuin¹

¹ Equipo de Hospitalización Domiciliaria del Servicio de Rehabilitación Psiquiátrica de la Red de Salud Mental de Girona (Institut d'Assistència Sanitària, IAS)

Datos de contacto: nayef.fadel.ias@gencat.cat // ramon.rovira.ias@gencat.cat // irina.gil.ias@gencat.cat · Avenida Doctor Castany (P. H. Martí i Julià) s/n Salt, Girona (C.P. 17190)

Resumen

Este estudio analiza la experiencia de seis años del programa de Hospitalización Domiciliaria (HD) en salud mental, llevado a cabo por el Equipo de Hospitalización Domiciliaria de Psiquiatría en Girona. El objetivo principal del programa es proporcionar atención a personas en crisis psiquiátricas en su propio hogar, ofreciendo una alternativa menos estigmatizante y más integradora que la hospitalización convencional.

Los resultados indican un incremento progresivo de las derivaciones, especialmente desde las unidades hospitalarias, influenciado significativamente por factores como la presión asistencial y las condiciones particulares provocadas por la pandemia de COVID-19. La mayoría de los diagnósticos tratados fueron trastornos afectivos, debido a su mejor pronóstico y mayor aceptación voluntaria del tratamiento domiciliario. Sin embargo, también se atendieron casos de trastornos psicóticos y trastornos de personalidad.

La coordinación continua entre diferentes niveles asistenciales y la adaptación flexible de los criterios de inclusión fueron aspectos fundamentales para la eficacia del programa. Además, el estudio resalta que factores como antecedentes recientes de ingresos hospitalarios, visitas frecuentes a urgencias y problemas de adherencia al tratamiento podrían sugerir una mayor probabilidad de requerir hospitalización convencional posterior.

La evaluación de usuarios y profesionales destacó aspectos positivos como la accesibilidad del equipo, la eficacia de la coordinación y la calidad de la atención proporcionada, aunque también identificó áreas de mejora como una mayor implicación de las familias y una respuesta más ágil en la gestión del servicio.

Palabras clave:

Hospitalización domiciliaria, Salud mental, Crisis psiquiátricas, Trastornos afectivos, Trastornos psicóticos, Trastornos de personalidad, Atención comunitaria, Coordinación asistencial, Pandemia COVID-19, Derivaciones hospitalarias, Adherencia al tratamiento, Evaluación de servicios sanitarios, Girona.

Home care in crisis situations. 6 years of experience. Home Hospitalization Psychiatry Team in Girona.

This study analyzes the six-year experience of the Home Hospitalization (HH) program in mental health, conducted by the Psychiatric Home Hospitalization Team in Girona. The main objective of the program is to provide care to individuals experiencing psychiatric crises in their own homes, offering a less stigmatizing and more integrative alternative to conventional hospitalization.

Results indicate a progressive increase in referrals, especially from hospital units, significantly influenced by factors such as healthcare system pressures and specific conditions caused by the COVID-19 pandemic. Most diagnoses treated were affective disorders, due to their better prognosis and higher voluntary acceptance of home treatment. However, cases of psychotic disorders and personality disorders were also addressed.

Continuous coordination among different care levels and flexible adaptation of inclusion criteria were fundamental aspects of the program's effectiveness. Additionally, the study highlights that factors such as recent history of hospital admissions, frequent emergency visits, and treatment adherence issues may suggest a higher likelihood of subsequent conventional hospitalization.

Evaluations from users and professionals emphasized positive aspects such as team accessibility, coordination effectiveness, and the quality of care provided, while also identifying areas for improvement, including greater family involvement and more agile service management.

Keywords:

Home Hospitalization, Mental Health, Psychiatric Crisis, Affective Disorders, Psychotic Disorders, Personality Disorders, Community Care, Healthcare Coordination, COVID-19 Pandemic, Treatment Adherence, Girona.

Introducción

La necesidad de progreso y de una mejor atención en la salud mental, implica la voluntad de generar nuevos dispositivos de atención a sus usuarios, con la finalidad de mejorar la atención de las personas con un trastorno mental. Los trastornos mentales incluyen un grupo de enfermedades con síntomas psicóticos y deterioro grave de la vida social como la esquizofrenia, y las condiciones relacionadas, como el trastorno Bipolar y la depresión [1].

Durante las últimas cuatro décadas se han visto cambios globales en los sistemas de servicios de salud mental, con la intención de beneficiar a los pacientes y sus familias, y en respuesta a la necesidad de racionalizar los sistemas sanitarios [2] [3]. Se están estableciendo modelos de atención comunitaria con tal de minimizar la hospitalización y extender la atención aguda y la rehabilitación, en el contexto del entorno familiar y social de los individuos [4] [5]. En línea con el énfasis en el tratamiento comunitario y la rehabilitación para la atención de la salud mental por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [6], se ha demostrado que la atención basada en la comunidad ofrece una mejor calidad de vida y una mayor satisfacción para los usuarios de los servicios y sus familias, que una atención hospitalaria tradicional.

El *Pla director de Salut Mental de la Generalitat de Catalunya* [7] contempla el desarrollo de dispositivos intermedios como los Equipos de Intervención Precoz en la Psicosis (EIPP), Equipo de Tratamiento Aseritivo Comunitario (ETAC), Programas de Soporte Individualizado (PSI) y otros, con la intención de potenciar la atención comunitaria. La directriz del plan director responde acorde a los ideales de mejorar la atención de las personas que tiene un trastorno mental, potenciando el abordaje comunitario, y con la intención de reducir el estigma, integrar a estas personas en sus comunidades, normalizar su vida y disminuir su sufrimiento. La atención comunitaria facilita un abordaje más integrador, en un entorno menos restrictivo [8] y la capacidad de intervenciones multidisciplinares y multiprofesionales.

Las unidades de Hospitalización Domiciliaria (HD) en situación de crisis se concibieron para ofrecer una mejor cartera de servicios, reducir el estigma y el trauma que implica un ingreso hospitalario ordinario y para dar la oportunidad a las personas para desarrollar estrategias de afrontamiento en su propio entorno. Las personas con trastorno mental tienen menos probabilidades de tener relaciones protectoras, y cuando sus vínculos sociales son pobres, su recuperación se ve comprometida y tiene un mayor riesgo de recaída [9]. Al considerar el vasto panorama de la salud mental, la atención domiciliaria en situaciones de crisis emerge no solo como un componente crítico sino también como un desafío único dentro de nuestro esfuerzo colectivo para brindar cuidados comprensivos y efectivos. Este enfoque de atención comunitaria se sitúa en el corazón mismo de la vida de las personas, en un momento donde se sienten más vulnerables y necesitadas de comprensión, apoyo y atención profesional.

La relevancia de la atención domiciliaria radica en su capacidad para proporcionar una intervención temprana y personalizada, factores clave para un tratamiento exitoso. En el contexto de una crisis, el hogar se convierte en un espacio crucial para la intervención, ya que ofrece un entorno familiar y seguro para el paciente, al tiempo que permite a los profesionales de la salud mental observar e interactuar en el contexto real de la vida del individuo. Este enfoque ayuda a evitar la estigmatización y la alienación que a menudo acompañan a los tratamientos en entornos institucionales, fomentando un proceso de recuperación más humano y centrado en el paciente. Además, la atención domiciliaria en crisis facilita la continuidad del cuidado al integrar servicios de salud, apoyo social y recursos comunitarios, lo cual es esencial para abordar de manera efectiva las complejas necesidades de las personas en situaciones de crisis. Al trabajar dentro del hogar, los profesionales pueden colaborar más estrechamente con las familias y las redes de apoyo del paciente, creando un plan de cuidado más cohesivo y adaptado a las necesidades individuales.

Sin embargo, implementar este modelo de atención presenta desafíos únicos, incluyendo la necesidad de respuestas rápidas y flexibles, la adaptación a diversos entornos domésticos, y el manejo de situaciones que pueden ser tan variadas como las personas a las que atendemos. La relevancia de este enfoque, por tanto, no radica solo en su capacidad para tratar efectivamente las crisis de salud mental, sino también en su potencial para transformar nuestra manera de entender y responder a estas crisis, en un marco de respeto, dignidad y derechos humanos.

Funcionamiento de la unidad.

El programa de Hospitalización Domiciliaria (HD) en Salud Mental se centra en la atención de aquellas personas en proceso de crisis de su trastorno en el hogar.

Si bien, la atención no puede ser tan intensa como en una internación hospitalaria, la flexibilidad del dispositivo permite un régimen de atención intensivo, con varias visitas semanales, e incluso diarias, si la situación lo requiere.

El dispositivo atiende a la población de la comarca del *Gironès i Pla de L'Estany*, de la provincia de Girona. Esta población es la que tiene designada como referencia al *Centre de Salut Mental d'Adults del Gironès i Pla de l'Estany* (CSMA-Gi). La población que abarca esta región es de 222.107 personas [10] [11].

La unidad está situada en la unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del IAS del *Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt* (Girona), si bien su desempeño es en el ámbito comunitario. El equipo de HD está compuesto por 2 enfermeros/as y un psiquiatra a jornada completa. A parte de la atención presencial, el personal del equipo está localizable mediante contacto telefónico para dudas, imprevistos o en caso de urgencia. La persona atendida también tiene la posibilidad de acudir al servicio de urgencias de psiquiatría del *Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt* (Girona), en caso de necesidad, desde donde se ponen en contacto con el equipo para coordinarse. La atención presencial es de lunes a viernes de 8 a 15h, y los martes de 8 a 17h. La atención telefónica es de las 8 de la mañana a las 20h de la tarde de lunes a domingo. El dispositivo está pensado para atender un total de 10 casos simultáneos, aunque dada las circunstancias y la flexibilidad de esta modalidad de atención hacen que este número sea orientativo (se ha llegado a llevar hasta 19 casos a la vez). Desde el momento de la derivación del caso por parte de un profesional de red asistencial hasta la atención presencial por parte del equipo se procura que exista un lapso de atención menor a las 72h, siendo variable según las circunstancias de las personas atendidas y la presión asistencial del equipo en el momento de derivación.

El equipo de HD realiza coordinación semanal con el CSMA-Gi, con la Unidad de Hospitalización Agudos de psiquiatría (UHA) y la Unidad de Subagudos de Psiquiatría (HSA), así como acude al pase de Urgencias de Psiquiatría (UP) 2 veces por semana. Estas coordinaciones tienen como intención realizar una valoración conjunta de las personas que son o van a ser atendidas en el ámbito domiciliario con los referentes hospitalarios y ambulatorios. La finalidad de las coordinaciones es trabajar en la misma dirección, con tal de evitar confusiones o mensajes discordantes entre los diferentes profesionales que intervienen.

En el último año se han añadido coordinaciones semanales con el *"Espai Obert"* (Espacio Abierto) que es un centro abierto gestionado por la *Fundació Support de le Comarques Gironines y la Xarxa de Salut Mental* (XSM), que ofrece soporte en las necesidades básicas (alimentación e higiene) a personas con trastorno mental y situación de precariedad psicosocial en condiciones de baja exigencia. La intención de estas reuniones es dar consejo profesional y valorar según el caso si es necesaria una intervención por parte de profesionales de la salud mental por una crisis emergente.

Otra de las coordinaciones que se han incorporado este último año es con el Equipo de Tratamiento Aseritivo Comunitario (ETAC) que da un soporte ambulatorio en la comunidad a personas con dificultad psicosocial y trastorno mental grave. Al igual que en el anterior caso, nuestra función como equipo es brindar consejo, asesoramiento y valorar la necesidad de intervención si es necesario. Los desplazamientos a los domicilios se realizan mediante un vehículo de empresa. Se dispone de tratamientos farmacológicos dispensados por el hospital con tal de realizar reajustes de tratamiento si es necesario.

Inicialmente se plantearon los siguientes criterios de selección para la intervención domiciliaria: situación de crisis aguda de salud mental, ser mayor de 18 años, vinculación a nivel ambulatorio con el CSMA-Gi, aceptación voluntaria de la atención, persona a cargo como figura de supervisión del atendido en el domicilio (familiar o tutor legal), no presentar alteraciones conductuales que impliquen un riesgo para el atendido o terceras personas, no ideación autolítica estructurada, aceptación del tratamiento farmacológico, no consumo de tóxicos y no complicaciones médicas que requieran de cuidados complejos de carácter hospitalario. La realidad rápidamente nos mostró la inverosimilitud de estas condiciones excesivamente idealizadas, siendo

pocos los casos que cumplían tales condiciones. Nos dimos cuenta que las personas que cumplen tales premisas no suelen requerir de una intervención domiciliaria porque tiene suficientes recursos (ya sean personales o de carácter social) como para afrontar una crisis con el apoyo que se facilita a nivel ambulatorio.

Ante este paradigma se optó por incluir a todos los casos que se propusieran siempre y cuando cumplieran la premisa de aceptar voluntariamente la intervención, que no existiera un riesgo autolítico elevado y que el consumo de tóxicos no fuera la principal causa de su malestar.

La intervención a domicilio no quedó únicamente circunscrita a situaciones de crisis o descompensación sino también en casos que se requiera introducir tratamientos con supervisión intensiva (como en casos de introducción de Clozapina), cambios de tratamientos farmacológicos complejos (situaciones de polimedicación donde se valore una retirada o simplificación del tratamiento), casos en los que varios tratamientos ambulatorios no hayan sido efectivos y se busque averiguar si existe en el ámbito de la persona atendida alguna circunstancia que condicione la mejoría.

La frecuencia de visitas de las personas atendidas es variable, según valoración clínica realizada por el equipo, siendo en la mayoría de los casos de 2 veces por semana. Sin embargo; existen situaciones de gravedad que requieren de visitas diarias como descompensaciones psicóticas agudas o estados de manía que requieren de mayor soporte y contención. En situaciones menos graves, o personas cerca del final del proceso, la frecuencia de la atención pasa a ser semanal.

La duración de la atención domiciliaria suele ser de aproximadamente un mes. Este periodo es de carácter orientativo, ya que existen casos que consisten en visitas puntuales de valoración y casos que debido a la complejidad de la situación la intervención dura meses.

Durante la intervención se contempla mantener las visitas con los diferentes referentes de salud con la finalidad de normalizar el proceso y que se viva como una intervención concomitante y no disruptiva. En algunos casos se realizan visitas conjuntas cuando es importante dar una visión coordinada entre los diferentes referentes o cuando la persona atendida tiene dificultades con la vinculación ambulatoria y requiere cierto acompañamiento.

La siguiente publicación tiene la intención de dar una visión descriptiva de la atención realizada los últimos 6 años. A partir de los datos acumulados se pretenden describir el perfil de usuario el cual es atendido y poder dar una visión global de la atención del equipo. Una vez mostrado los datos, se realizan algunas reflexiones en el apartado de discusión.

Material y métodos (Metodología)

Se realiza un estudio descriptivo a partir de datos recogidos de los pacientes que han ingresado en la unidad de HD entre enero 2018 y diciembre del 2023 (ambos incluidos). Se han recogido datos sociodemográficos obtenidos consultando la historia clínica del paciente de manera retrospectiva y una vez concluida la intervención. Posteriormente los datos son trasladados a una base de datos en formato Excel y SPSS desde donde se realiza la extracción de resultados.

Resultados

A lo largo de estos seis años se han atendido 597 casos correspondientes a 405 personas. Analizando la muestra se observa que 288 han realizado sólo un ingreso, mientras que 117 han realizado dos o más ingresos, como se muestra en la siguiente gráfica [figura 1].

En el siguiente gráfico [figura 2] se puede observar el número de ingresos en cada uno de los 6 años recopilados. Se puede observar un aumento en las derivaciones claramente mayor en 2020, provocado por la situación de pandemia que condicionó mayores restricciones al ingreso hospitalario convencional y derivando en una mayor cantidad de intervenciones de carácter domiciliar. El aumento de los ingresos en 2022 y 2023 se puede explicar por el mayor conocimiento por parte de los profesionales del dispositivo y por incluir en las coordinaciones a las unidades de hospitalización de agudos (UHA) y subagudos (HSA), así como el servicio de urgencias psiquiátricas (UP).

Los primeros años la mayor parte de las derivaciones provienen del CSMA-Gi, lo cual subraya el papel de los servicios ambulatorios en la detección y manejo de los trastornos psiquiátricos graves que requieren hospitalización domiciliaria. Sin embargo, desde el 2020 (coincidiendo con la COVID-19) existe un gran aumento en las derivaciones desde el ámbito hospitalario (UP, UHA y HSA). La UHA es la unidad hospitalaria que deriva con mayor frecuencia a atención domiciliaria, seguida del servicio de subagudos y urgencias [Tabla 1].

El análisis descriptivo [Tabla 2] muestra que los pacientes tienen una media de edad de 46 años aproximadamente (45.91), sin embargo, hay una gran variabilidad en la muestra (DE 13,908). A nivel práctico no hay una clara predominancia de un género sobre otro.

Solo el 28 % de las personas atendidas se encontraban en situación laboral activa, lo que se podría explicar porque las personas con un trastorno de salud mental que requieren de una intervención intensiva, ya sea convencional o en domicilio, suelen tener mayores dificultades sociolaborales. Sólo en el 23'6% de las ocasiones la persona atendida vivía sola.

Respecto a los consumos activos de los pacientes atendidos durante la intervención, un 11'4% consumían cannabis, un 8'9% alcohol y un 6% presentaba consumo de benzodiazepinas con carácter de abuso.

Los trastornos afectivos (depresión y trastorno bipolar con un 53.3%) son los diagnósticos predominantes entre los pacientes, seguidos por los trastornos psicóticos (31.2%) [Figura 3]. Estos resultados son consistentes a lo largo de los años, y por la gravedad de la patología pueden requerir intervenciones intensivas y beneficiarse de una atención menos estigmatizante como la domiciliaria.

En la mayoría de los casos el motivo de derivación fue por un estado de descompensación psicopatológico (65.7%). Las derivaciones realizadas como seguimiento posterior a un ingreso convencional (Alta Hospitalaria) desde las unidades de hospitalización convencional (Unidad de Agudos y Subagudos) han supuesto hasta un 25.1% de las derivaciones. Esta modalidad se prestaba a personas ingresadas que, sin estar totalmente recuperadas, se encontraban en un momento donde se podía continuar con el ingreso a nivel domiciliar. De manera más minoritaria se han realizado intervenciones en domicilio para realizar cambios de tratamiento farmacológico en casos con pautas farmacológicas complejas o para aportar una orientación diagnóstica de la problemática que puede presentar el paciente en domicilio en casos de falta de respuesta a varios tratamientos.

En la mayoría de los casos (80.2%) se resolvió el episodio por mejoría clínica o consecución de los objetivos planteados con el paciente (p.e. cambio de tratamiento farmacológico). Una décima parte de los casos (9.4%) acabó en ingreso hospitalario convencional. Durante el proceso de ingreso domiciliar algunas personas perdieron criterios de seguimiento (6.2%) y en otras ocasiones decidieron no seguir voluntariamente (3.7%). Un caso en estos 6 años acabó con suicidio consumado.

Respecto a las intervenciones que acabaron en un ingreso hospitalario convencional (9.4 %), podemos señalar que en el análisis de este grupo específico se observa que no hay grandes diferencias demográficas respecto al grupo global [Tabla 3], siendo los trastornos afectivos el principal diagnóstico (51.8%), seguido de los trastornos psicóticos (39.3%).

El 60.9% vivían con un familiar de primer grado en el momento de la intervención. Es remarcable que el 30.4% de estas personas tenían problemas con el seguimiento del tratamiento farmacológico o historia de abandono anteriormente. Otro de los datos que llama la atención es que 60.7 % habían tenido al menos un ingreso hospitalario en menos de un año anterior a nuestra intervención, y hasta el 82.1% había acudido a urgencias al menos en una ocasión en ese mismo periodo. Tales datos nos hacen sospechar que pese a la misma distribución de diagnóstico que el grupo global, el hecho de tener antecedentes el último año de ingresos hospitalarios y consultas en urgencias puedan indicar de manera más predictiva una mayor dificultad en el manejo domiciliario. La comparación del mismo grupo, pero con las personas que no ingresaron en el hospital durante nuestra intervención así lo corrobora.

El grupo que no acabó ingresando durante nuestra intervención había menor afluencia tanto en urgencias (68.2 % acudieron el último año respecto al 82.1 % del grupo que acabó ingresando) como ingresos (47.9 % ingresó el año previo respecto al 60.7 % del grupo que acabó ingresando). En el grupo de las personas que ingresaron había mayor porcentaje de pacientes con un trastorno más grave clínicamente como la psicosis respecto al grupo que no acabó ingresando (39.3 % respecto 30.3%), predominando porcentualmente el resto de los diagnósticos en el grupo que no acabó ingresando. También había menor tasa de abandono del tratamiento farmacológico en el grupo de personas que no acabó ingresando respecto al que sí (18.3 % vs 30.4%). En próximas evaluaciones sería de interés valorar el grado de significancia estadística de los datos en el marco contextual de un ensayo clínico diseñado con este propósito.

Con el objetivo de recoger las opiniones, recomendaciones y sugerencias de los usuarios atendidos en el programa UHD, se organizó un grupo focal de selección aleatoria de los usuarios atendidos hasta entonces. De los 13 usuarios convocados, 10 confirmaron su asistencia y finalmente participaron 8. Durante la sesión, que se celebró el 15 de diciembre de 2021 en la sala del CSMA Gironès-Pla de l'Estany, se expusieron la motivación, los objetivos y la justificación del grupo, así como los criterios de inclusión de los participantes. La valoración general de la experiencia fue muy positiva; todos coincidieron en que la intervención domiciliaria les resultó de gran ayuda, menos traumática que un ingreso hospitalario, y les permitió mantener sus libertades, participar activamente en su tratamiento y tomar decisiones de forma compartida. No obstante, manifestaron la necesidad de dedicar más tiempo y atención a las familias, proponiendo más entrevistas familiares para ofrecer indicaciones terapéuticas y apoyo. Asimismo, destacaron la importancia de la flexibilidad en la duración de la intervención y valoraron positivamente la posibilidad de contactar telefónicamente con el equipo, lo que les proporcionó seguridad y redujo su ansiedad. Finalmente, subrayaron la buena coordinación entre los distintos equipos implicados, aunque señalaron que, en algunos casos, la reactivación del servicio fue algo lenta, sugiriendo como mejora una mayor agilidad en este aspecto.

En marzo de 2024 se llevó a cabo una encuesta de satisfacción sobre el programa de atención a domicilio, dirigida a los profesionales del CSMA del Gironés y Pla de l'Estany. Los resultados reflejan un alto grado de satisfacción con el programa de Hospitalización Domiciliaria (UHD), con una participación del 70,8% de los profesionales (17 de los 24 profesionales). La accesibilidad al equipo destacó como uno de los aspectos más valorados, con un 94.1% de los encuestados expresando un nivel de satisfacción muy alto. En cuanto a la coordinación y el traspaso de información, el 76.4% de los participantes considera que se garantiza de manera adecuada, mientras que un porcentaje similar subraya la importancia de mantener las visitas ambulatorias programadas durante las intervenciones domiciliarias.

En general, los encuestados se muestran satisfechos con la calidad de la atención, especialmente en aspectos como el tiempo de respuesta entre la derivación y la primera visita (82.3% considera que es adecuado), así como la disponibilidad del equipo, que es vista como suficiente por el 100% de los encuestados. Además, el trato hacia las familias y la satisfacción de los pacientes con la intervención son igualmente bien valorados, con un 70.5% muy satisfechos con el trato recibido y la resolución de la situación por la que se derivó el paciente. Sin embargo, se señalan algunos puntos de mejora, como la necesidad de ampliar el equipo y garantizar una mejor adherencia al tratamiento, así como mejorar la contención en pacientes que rechazan la intervención.

En términos generales, los resultados son positivos, destacando la coordinación, la accesibilidad y la rapidez del servicio como fortalezas del programa, aunque se identifican áreas de mejora, como el trabajo con las familias y la gestión del tiempo. La puntuación global de satisfacción del equipo se sitúa mayoritariamente entre 8 y 9 puntos, reflejando un buen desempeño del servicio y el compromiso de los profesionales.

Discusión

Los datos aportados en el perfil descriptivo de la unidad indican una clara tendencia al incremento de las derivaciones desde los dispositivos hospitalarios. Nuestra experiencia en los últimos años ha sido de una clara tendencia a incrementar progresivamente este tipo de derivación. Una de las posibles causas a tener en cuenta es el aumento de la presión asistencial en la Unidad de Agudos, donde la disponibilidad limitada de camas ejerce como un factor predictivo de los ingresos y alta de los pacientes [12]. Esto indica que cuanto menor número de camas disponibles hay en la unidad de Agudos, mayor número de derivaciones a domicilio se realizan. En este caso, hay que tener en cuenta que la unidad de Agudos abarca a toda la población de la provincia, y su presión asistencial no está determinada únicamente por los casos de la comarca del Gironés i Pla de l'Estany. Esta situación determina que el mayor incremento de ingresos en la unidad de agudos, procedentes de zonas fuera de la comarca del Gironés i Pla de l'Estany pueda repercutir en derivaciones a la UHD de casos que inicialmente no se habían planteado.

Otro de los factores que pueden haber influido en la mayor derivación de casos desde las unidades de hospitalización convencional es la pandemia de la COVID-19 en 2020. Tal suceso obligó a los servicios sanitarios a desarrollar estrategias para evitar la sobresaturación sanitaria y evitar los contagios en las propias unidades hospitalarias. Una de las medidas fue tener más presente la atención ambulatoria en domicilio para evitar contagios. La experiencia de poder atender a pacientes con suficiente gravedad como para tener que estar en una unidad de agudos y posteriormente comprobar que la atención domiciliaria era viable en estos pacientes generó mayor confianza en esta modalidad de atención entre los profesionales del ámbito hospitalario, así como mayor conocimiento del funcionamiento del equipo.

Finalmente, otra de las hipótesis de este incremento, puede ser explicado porque desde las unidades de ingreso se pueda percibir el equipo como un recurso al alta hospitalaria en situaciones complicadas o donde el apoyo ambulatorio es frágil o poco estable.

Año tras año, las estadísticas corroboran que los trastornos afectivos (T. Bipolar, T. depresivos) son el grupo diagnóstico más frecuente atendido (aproximadamente el 50% de los casos). Existen varios factores que explicarían estos resultados. Bajo nuestra experiencia, los trastornos afectivos suelen tener mejor pronóstico dada su "mayor conexión" con la realidad que los trastornos psicóticos. Suelen ser casos con mayor soporte social, menos asilados y más predispuestos a ser atendidos de manera voluntaria. En la mayoría de los casos son personas conscientes de su trastorno o al menos reconocen necesidad de ayuda por parte de los profesionales, facilitando así una atención transparente. Por otra parte, algunas personas con trastornos psicóticos han vivido nuestra intervención de manera invasiva, generando mayor paranoia y entrando en una dinámica de minimización de alteraciones u ocultación de sucesos al terapeuta por ver a este como a una autoridad perseguidora que puede ingresarlo en el hospital de manera involuntaria.

Otra explicación de porqué se atienden un menor porcentaje de casos con trastorno psicótico, sería por la existencia de dispositivos específicos para este tipo de pacientes. Los Equipos de Intervención Precoz en la Psicosis (EIPP) son equipos encargados en la atención de aquellas personas que debutan con un episodio psicótico desde los 15 hasta los 35 años, realizando un seguimiento durante 5 años, y están preparados para realizar intervenciones domiciliarias y aportar una atención intensiva si es necesario.

En el caso de las personas con un Trastorno de la Personalidad (principalmente TLP), las intervenciones han sido pocas y muy definidas. Partiendo de la premisa de que en estas personas existen dificultades vinculares que requieren de un tratamiento a largo plazo se optaba por ajustar un número de intervenciones determinadas para ofrecer una contención acotada en el tiempo.

Conclusión

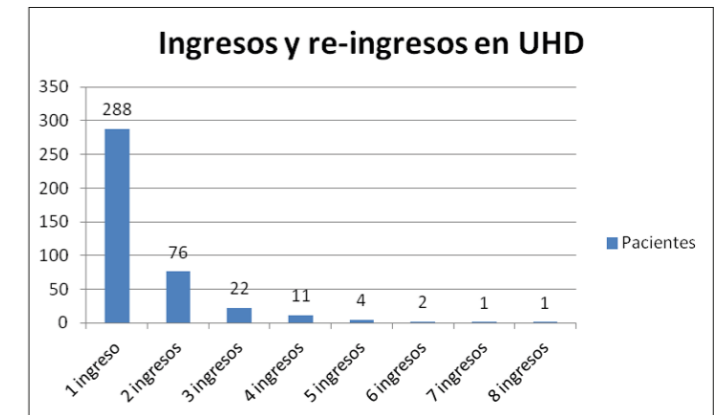
El programa de Hospitalización Domiciliaria (HD) en Salud Mental de la comarca del Gironés i Pla de l'Estany ha demostrado ser una alternativa eficaz y flexible a la hospitalización convencional, permitiendo atender a personas en crisis en un entorno menos estigmatizante y más familiar como es su propio domicilio. A lo largo de los seis años analizados, se ha observado un aumento progresivo en las derivaciones, especialmente desde unidades hospitalarias, fenómeno influido tanto por la presión asistencial como por las circunstancias excepcionales de la pandemia de COVID-19, que favoreció la expansión y consolidación de esta modalidad de atención. Los trastornos afectivos constituyen la mayoría de los diagnósticos atendidos, debido a su mejor pronóstico y mayor predisposición a aceptar el tratamiento voluntario, aunque también se ha brindado atención a pacientes con trastornos psicóticos y de personalidad en situaciones específicas. La coordinación constante entre los distintos niveles asistenciales, así como la capacidad de adaptación de los criterios de inclusión, han sido claves para la eficacia del dispositivo. Pese a los buenos resultados en términos de mejora clínica y continuidad de cuidados, los datos sugieren que factores como antecedentes de ingresos frecuentes, visitas a urgencias y dificultades en la adherencia al tratamiento podrían predecir una mayor probabilidad de ingreso hospitalario posterior. Estos hallazgos subrayan la necesidad de seguir evaluando y ajustando los criterios y estrategias de intervención para optimizar el manejo de los pacientes más complejos.

Asimismo, la incorporación de la perspectiva de los usuarios mediante un grupo focal ha reforzado la valoración positiva del programa. Los participantes destacaron que la intervención domiciliaria fue menos traumática que un ingreso hospitalario, preservó sus libertades y fomentó su implicación activa en el tratamiento. Subrayaron como fortalezas la posibilidad de contacto telefónico con el equipo y la buena coordinación entre dispositivos, aunque señalaron áreas de mejora como una mayor implicación de las familias y una respuesta más ágil en la reactivación del servicio. Estas aportaciones subrayan la importancia de incorporar la voz de los usuarios en la evaluación y mejora continua del programa, consolidando un modelo centrado en la persona y adaptado a sus necesidades reales.

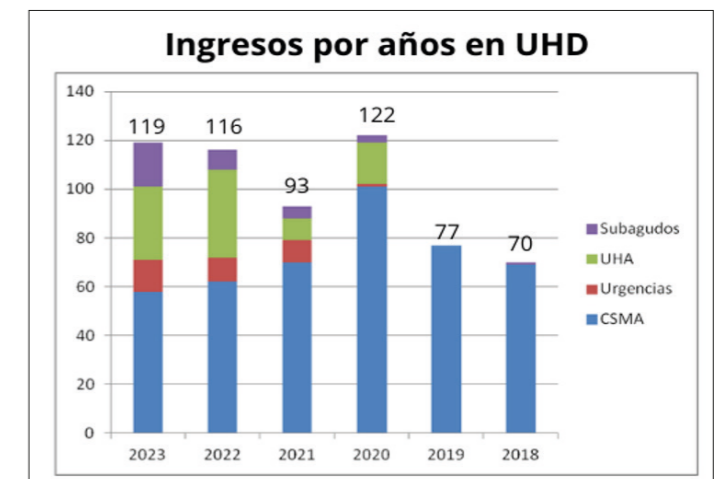
Los resultados de la encuesta de satisfacción entre los profesionales refuerzan los hallazgos previos, destacando la alta valoración de la accesibilidad al equipo y la eficacia en la coordinación y el traspaso de información. Además, se subraya la importancia de mantener las visitas ambulatorias durante las intervenciones domiciliarias. Sin embargo, también se identificaron áreas de mejora, como la necesidad de una mayor implicación de las familias y una respuesta más ágil en ciertos aspectos del servicio, lo que continúa siendo objeto de trabajo para optimizar la experiencia tanto de los profesionales como de los usuarios.

Anexo: Figuras y Tablas.

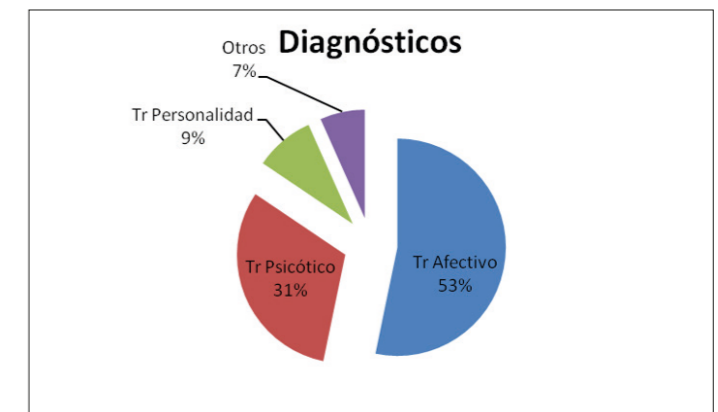
[Figura 1]
Número de pacientes con un ingreso o varios reingresos de la muestra.



[Figura 2]
Número de ingresos por año/unidad.



[Figura 3]
Gráfico sectorial de diagnósticos de la muestra completa.



[Tabla 1]
Número de pacientes derivados por servicio y año.

Servicio/ Año	2018	2019	2020	2021	2022	2023
CSMA	69	77	101	70	62	58
UHA		0	17	9	36	30
Subagudos	1	0	3	5	8	18
Urgencias		0	1	9	10	13

[Tabla 2]
Características sociodemográficas de la muestra.

Edad Media (DE)	45.91 (13.908)
Sexo, n (%)	
Mujer	321 (53.8)
Hombre	276 (46.2)
Situación laboral, n (%)	
Inactivo	241 (40.4)
Activo	167 (28)
Invalidez	131 (21.9)
Jubilado/a	55 (9.2)
Pre-laboral	3 (0.5)
Convivencia, n (%)	
Solo	141 (23.6)
1r Grado	364 (60.9)
2n Grado	19 (3.1)
Cuidador	14 (2.3)
Otros	59 (15.9)
Unidad de procedencia, n (%)	
CSMA-Gi	430 (72)
Agudos	91 (15.2)
Subagudos	35 (5.9)
Urgencias	34 (5.7)
EIPP	4 (0.7)
Espai Obert	2 (0.3)
SIE	1 (0.2)
Diagnóstico, n (%)	
Trastorno Afectivo	318 (53.3)
Trastorno Psicótico	186 (31.2)
Trastorno de Personalidad	53 (8.9)
Otros	40 (6.7)
Consumo de Tóxicos, n (%)	
No consumo	399 (66.8)
Cannabis	68 (11.4)
Alcohol	53 (8.9)
Cocaína	16 (2.7)
Benzodiazepinas	36 (6)
Otros	25 (4.2)
Motivo de derivación, n (%)	
Descompensación	392 (65.7)
Cambio de tratamiento	9 (1.5)
Falta de respuesta	15 (2.5)
Orientación diagnóstica	31 (5.2)
Alta hospitalaria	150 (25.1)

Motivo de Alta UHD, n (%)	
Alta por mejoría	479 (80.2)
Defunción	1 (0.2)
Ingreso Hospitalario	56 (9.4)
Alta voluntaria	22 (3.7)
Pérdida de criterios	37 (6.2)
Error administrativo	2 (0.3)

[Tabla 3]
Características demográficas según ingreso hospitalario o no al final de la intervención domiciliaria.

	Ingreso Hospitalario al final de intervención	Sin Ingreso Hospitalario al final de la intervención
Casos, n (%)	56 (9.4)	541 (90.6)
Diagnóstico, n (%)		
Trastorno Afectivo	29 (51.8)	289 (53.4)
Trastorno Psicótico	22 (39.3)	164 (30.3)
Trastorno de Personalidad	2 (3.6)	51 (9.4)
Otros	3 (5.4 %)	37 (6.8)
Convivencia, n (%)		
Solo	11 (19.6)	130 (24)
1r Grado	34 (60.7)	330 (60.9)
2n Grado	0	18 (3.3)
Cuidador	0	11 (2)
Otros	11 (19.6)	52 (9.6)
Antecedente de abandono de tratamiento, n (%)		
Si	17 (30.4)	99 (18.3)
No	39 (69.6)	442 (81.7)
Ingreso Hospitalario durante el último año, n (%)		
Si	34 (60.7)	255 (47.9)
No	22 (39.3)	286 (52.9)
Visitas al servicio de urgencias durante el último año, n (%)		
Si	46 (82.1)	369 (68.2)
No	10 (17.9)	172 (31.8)

Bibliografía

- Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2015 Jan 30;225(1-2):14-30.
- Gråwe R, Ruud T, Bjørngaard JH: Alternative akuttilbud i psykisk helsevern for voksne. [Alternative acute mental health services for adults]. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2005, 125: 3265-3268.
- Sjølie H, Karlsson B, Kim HS: Crisis resolution and home treatment: structure, process and outcome - a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010, 17: 881-892.
- Burns T: The rise and fall of assertive community treatment?. *Int Rev Psychiatry.* 2010, 22 (2): 130-137.
- European Commission: Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. (Green Paper) COM 2005, 484. 2005, Brussels: EU Health and Consumer Protection Directorate-General.
- World Health Organization: Mental health declaration for Europe. Facing the challenges, building solutions. 2005, Helsinki: WHO European Ministerial Conference on Mental Health.
- Pla director de salut mental i addiccions: estratègies 2017-2020 (gencat.cat).
- Department of Health. The Mental Health Policy Implementation Guide. Department of Health. 2001. p 11-12
- Pevalin DJ, Goldberg DP. Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness. *Psychol Med* 2003; 33(2): 299–306.
- Idescat. El municipi en xifres. Banyoles (Pla de l'Estany) Població Pla de l'Estany.
- Idescat. Cercador: «gironés» Població Gironés.
- Bachrach LL. General hospital psychiatry and deinstitutionalization: a systems view. *Gen Hosp Psychiatry.* 1985 Jul;7(3):239-48.

(04)

HACIENDO VISIBLE LO INVISIBLE: EL RETORNO SOCIAL DE LA INVERSIÓN EN PROGRAMAS DE SALUD MENTAL

MAKING THE INVISIBLE VISIBLE: THE SOCIAL RETURN ON
INVESTMENT IN MENTAL HEALTH PROGRAMS



Autor: José Manuel García Marrero
Director Gerente Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial
Certificado en SROI - Associate Practitioner Social Value. Social Value UK, Londres.

Introducción

Considerando el trabajo de Chiarugi y sus contemporáneos a la luz de nuestra visión contemporánea En el contexto actual de limitación de recursos públicos y creciente exigencia de eficacia y transparencia, la necesidad de demostrar el valor real de las intervenciones en salud mental adquiere una relevancia crucial. No basta con saber que los programas de rehabilitación psicosocial y de inserción sociolaboral funcionan: es necesario evidenciar que generan beneficios sociales y económicos tangibles para los usuarios, para las Administraciones Públicas y para la sociedad en su conjunto.

Medir el impacto social y económico de estos programas no es solo una cuestión técnica, sino una estrategia clave para asegurar su sostenibilidad, legitimidad y expansión. Y en este terreno, la metodología SROI (Social Return on Investment) se ha consolidado como una herramienta rigurosa y poderosa para traducir cambios cualitativos en valores cuantificables.

Este artículo propone un recorrido por la aplicación de SROI en el ámbito de la salud mental, concretamente en la evaluación de programas de inserción sociolaboral dirigidos a personas con trastorno mental grave. A partir de la experiencia de la Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial y su Proyecto ISOL, se exponen resultados, aprendizajes y argumentos que refuerzan la necesidad de medir para mejorar, visibilizar y sostener lo que, de otro modo, puede permanecer invisible.

La Metodología SROI: Más allá del número.

El Social Return on Investment (SROI) es una metodología de análisis coste-beneficio que permite traducir en términos económicos los cambios sociales, medioambientales y económicos generados por una organización o intervención. Su objetivo no es únicamente poner cifras a los resultados, sino contar la historia del valor creado: cómo y para quién cambia la vida tras participar en un proyecto o recibir una intervención.

El ratio SROI expresa, en forma monetaria, cuánto valor se genera por cada euro invertido. En el caso que nos ocupa, los programas de inserción sociolaboral para personas con problemas de salud mental presentan un retorno medio de 3,60 € por cada euro invertido. Este resultado, lejos de ser anecdótico, refleja un cambio estructural con impactos directos e indirectos: mejora de la salud mental, reducción de hospitalizaciones, aumento de la empleabilidad, alivio del estrés familiar, incremento de la recaudación fiscal y reducción del uso de servicios sociales.

Además de medir el valor creado, el enfoque SROI promueve una cultura de evaluación participativa y de mejora continua. Sus principios metodológicos - como la implicación de los grupos de interés, la transparencia o la atribución del impacto- garantizan una aproximación ética, completa y replicable.

Evidencia del Impacto: Ejemplo Práctico del Proyecto Isol

La Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial aplicó la metodología SROI al Proyecto ISOL, orientado a la inserción sociolaboral de personas con enfermedad mental grave. Los resultados del análisis son reveladores: por cada euro invertido, se generaron 4,18 € de valor económico-social.

Se analizaron impactos en diferentes niveles. Desde la perspectiva sanitaria, se documentó una reducción muy significativa de las hospitalizaciones: el número de días de ingreso pasó de 652 a 78 en el grupo de 58 personas analizadas de un total de 250 personas que anualmente se benefician del Proyecto Isol, con una media de 11,24 días antes del programa frente a 1,33 días después. El ahorro para el sistema de salud se estimó en 287.100,00 € anuales, considerando un coste medio por noche de hospitalización de 500,00 €.

En el plano económico, los beneficios también fueron notables: aumento de salarios, ingresos por IVA, IRPF y Seguridad Social, y dinamización del tejido empresarial. Además, se contabilizó el impacto sobre la calidad de vida, el bienestar emocional, la autoestima y las relaciones sociales, todos ellos factores esenciales para una inclusión real y duradera.

Personas usuarias, familias, equipos profesionales y administraciones: El cambio es transversal.

Uno de los aspectos más valiosos del análisis SROI es que permite identificar y valorar los efectos del proyecto en todos los grupos implicados, grupos de interés, más allá de los beneficiarios directos. En el caso de ISOL, los trabajadores con contrato de inserción no solo mejoraron su empleabilidad y salud mental, sino que incrementaron su autonomía y autoestima.

Las familias experimentaron una reducción del estrés, una mejora de su calidad de vida y mayor tiempo disponible para acceder al empleo. Los profesionales implicados también vieron reforzada su estabilidad laboral y motivación.

Para la Administración, el impacto fue doble: ahorro directo en costes sanitarios, prestaciones y servicios sociales, e ingresos por cotizaciones e impuestos. Esta visión sistémica del cambio generado es fundamental para tomar decisiones informadas sobre financiación, políticas públicas y diseño de programas.

Medir para gestionar, convencer y transformar

Los resultados de la evaluación SROI del Proyecto ISOL no solo refuerzan su continuidad, sino que ofrecen argumentos sólidos para replicarlo, escalarlo y asegurar su financiación. Medir el impacto permite transformar la visión que tienen los financiadores y la Administración sobre estos programas: lo que antes se consideraba un gasto asistencial, se revela ahora como una inversión rentable.

En países como Reino Unido, ya es habitual que se exija incluir estudios de impacto económico y social en las licitaciones públicas, y que estos tengan un peso relevante en la adjudicación de fondos. Este enfoque fomenta la eficiencia, la transparencia y la orientación a resultados en el Tercer Sector.

Promover la incorporación de SROI entre las entidades de salud mental no solo mejora su credibilidad, sino que fortalece su capacidad de gestión, les ayuda a identificar áreas de mejora, y sobre todo, les permite visibilizar aquello que de otro modo quedaría fuera de los radios tradicionales de evaluación: la esperanza, la autonomía, la dignidad recuperada.

Conclusiones

Medir el impacto social y económico de los programas de rehabilitación psicosocial y de inserción sociolaboral no es una moda pasajera, sino una necesidad estratégica. Las entidades deben dar el paso: por legitimidad, por mejora continua y por sostenibilidad.

La experiencia con el Proyecto ISOL demuestra que es posible, útil y transformador. Aplicar la metodología SROI permite hablar el idioma de los financiadores sin perder el alma del trabajo social. Y sobre todo, ofrece pruebas tangibles de que estos programas son eficaces, efectivos y eficientes.

Es hora de hacer visible lo invisible. De convertir la intuición en evidencia. Y de reivindicar que invertir en salud mental no solo es un deber ético: es, también, una de las mejores inversiones sociales que podemos hacer.

Bibliografía

- Nicholls, J., Lawlor, E., Neitzert, E., & Goodspeed, T. (2012). A Guide to Social Return on Investment. London: The SROI Network.
Guía de referencia para aplicar la metodología SROI, ampliamente aceptada internacionalmente.
- Social Value International (2023). Principles of Social Value.
Disponible en: <https://socialvalueint.org>
Organización que establece los estándares internacionales de medición del valor social.
- Social Value UK (2016). Proving Value and Improving Practice: A Guide to Social Return on Investment in Mental Health.
Disponible en: <https://socialvalueuk.org>
Guía específica sobre SROI aplicado a salud mental.
- Rajan, R. G. (2019). El tercer pilar: La comunidad olvidada por el Estado y el mercado. Deusto.
Obra clave para contextualizar el valor de lo comunitario y el rol del Tercer Sector.
- HM Government UK (2022). Green Book: Central Government Guidance on Appraisal and Evaluation. HM Treasury.
Documento que orienta las evaluaciones de impacto en Reino Unido, donde el SROI tiene valor normativo en contrataciones públicas.
- Sandel, M. J. (2012). Lo que el dinero no puede comprar: Los límites morales del mercado. Debate. Referencia ética para apoyar la necesidad de valorar el impacto más allá del precio.
- García Marrero, J. M. (2025). Haciendo visible lo invisible: Medir el Retorno Social de la Inversión en salud mental .Presentación en jornadas Tenerife. Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial. Base del artículo, aporta datos concretos sobre impacto económico y social.

(05)

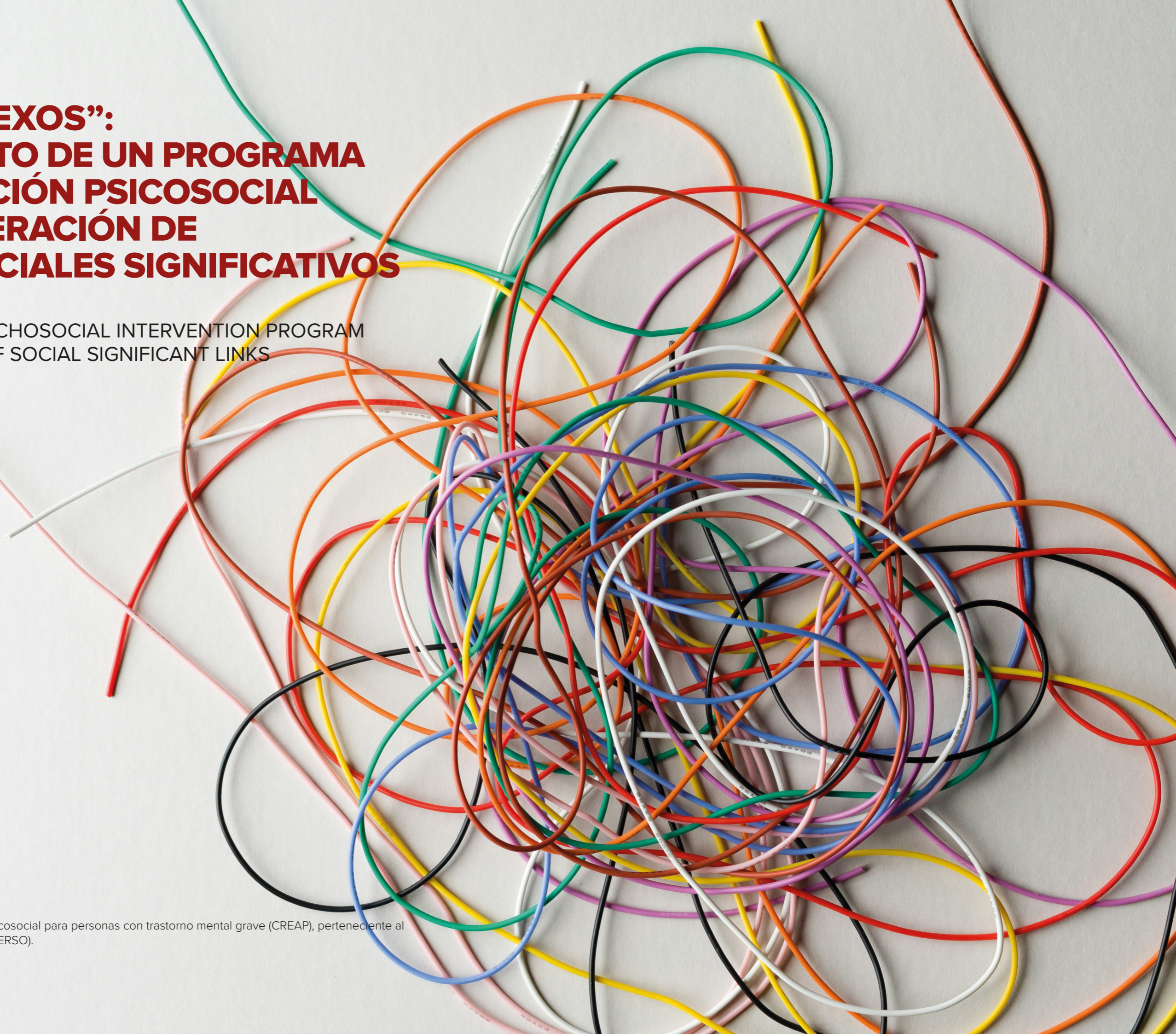
“CREANDO NEXOS”: ESTUDIO PILOTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA GENERACIÓN DE VÍNCULOS SOCIALES SIGNIFICATIVOS

“CREANDO NEXOS”:
A PILOT STUDY OF A PSYCHOSOCIAL INTERVENTION PROGRAM
FOR THE GENERATION OF SOCIAL SIGNIFICANT LINKS

Autor: Juan Lázaro Mateo

1Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial para personas con trastorno mental grave (CREAP), perteneciente al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Datos de contacto: juanlazaro@imserso.es



Resumen

El presente estudio piloto evaluó la eficacia del programa de socialización Creando Nexos en la reducción de la soledad y los síntomas depresivos, así como en el fortalecimiento de la vinculación grupal en personas adultas. Treinta participantes fueron asignados a un grupo experimental, que recibió la intervención, o a un grupo control sin tratamiento. Ambos grupos completaron medidas pre y post intervención empleando la escala UCLA-3, el cuestionario PHQ-9 y la escala EVGL-7. Los análisis mostraron mejoras significativas en el grupo experimental en todos los indicadores evaluados, acompañadas de tamaños del efecto elevados, mientras que el grupo control no evidenció cambios relevantes. Asimismo, las comparaciones entre grupos revelaron diferencias significativas en las puntuaciones de cambio, confirmando la eficacia preliminar del programa. A pesar de las limitaciones asociadas al tamaño muestral y al carácter piloto del estudio, los resultados sugieren que Creando Nexos es una intervención prometedora para reducir la desconexión social y promover el bienestar emocional. Se discuten las implicaciones prácticas y las líneas de investigación futura necesarias para consolidar estos hallazgos.

Palabras clave:

Trastorno mental grave; Soledad; Depresión; Vinculación grupal; Intervenciones psicosociales; Estudio

Abstract

This pilot study evaluated the effectiveness of the Creando Nexos socialization program in reducing loneliness and depressive symptoms, as well as strengthening group bonding among adults. Thirty participants were assigned to an experimental group, which received the intervention, or to a control group without treatment. Both groups completed pre- and post-intervention assessments using the UCLA-3 Loneliness Scale, the PHQ-9 Depression Questionnaire, and the EVGL-7 Group Bonding Scale. The analyses revealed significant improvements in the experimental group across all outcome measures, accompanied by large effect sizes, whereas the control group showed no meaningful changes. Furthermore, between-group comparisons indicated significant differences in change scores, supporting the preliminary effectiveness of the program. Despite limitations related to the small sample size and the exploratory nature of the study, the findings suggest that Creando Nexos is a promising intervention for reducing social disconnection and promoting emotional well-being. Practical implications and future research directions needed to consolidate these results are discussed.

Keywords:

Several mental disorder; Loneliness; Depression; Group bonding; Psychosocial interventions; Pilot study; Social well-being.

Introducción

La soledad en sí misma, como situación objetiva, es el hecho de no compartir la cotidianidad con nadie, ni a nivel social, ni de familia, ni de pareja. La soledad en sí misma puede ser una situación deseada o no, por la persona. Pero más importante que la situación objetiva de si una persona pasa sus días en soledad o acompañada, es si se siente sola y hasta qué punto esto le afecta (Masi, Chen y Cacioppo, 2011). La cuestión relevante es la autopercepción que pueda tener sobre sentirse sola y lo grave que eso le pueda resultar, lo cual puede darse tanto si la persona cuenta con una red social como si no, porque el sentimiento o autopercepción de soledad es totalmente subjetivo. La soledad no deseada, como se la suele llamar en España, o soledad sin más, es un fenómeno relacional, que toma forma en el hecho mismo de la relación entre sujetos, por lo que no puede conceptualizarse como que la persona "esté sola" (Formoso, 2024), sino más bien que se sienta sola. Se puede compartir la cotidianidad con compañía, pero si esta no cubre las necesidades emocionales el sentimiento de soledad puede aparecer igualmente y verse gravemente afectada la salud mental en cualquier momento de la vida (Mund et al., 2020). Vivir solo o sola tiene una connotación positiva, ya que permite dedicar más tiempo de calidad a actividades personales y al bienestar. La soledad, por el contrario, tiene implicaciones más perjudiciales, ya que apunta a un desapego emocional de los demás y de la sociedad (Bosma et al., 2015; Tani et al., 2022).

Este fenómeno ha recibido muchas definiciones a lo largo de décadas. Sullivan (1953) ya lo describió como una experiencia desagradable que se asocia con la insatisfacción de la necesidad de intimidad interpersonal. Peplau y Perlman (1982) la definieron como la experiencia desagradable que ocurre cuando la red social de una persona es deficiente, bien cualitativa o cuantitativamente. West, Kellner y Moore-West (1986) la definieron como el resultado de las limitaciones percibidas en las relaciones sociales de la persona. Mikulincer y Segal (1990) la consideraban una experiencia subjetiva y multidimensional definida por el conjunto de afectos que experimentan las personas que la viven. Cacioppo y Patrick (2008), propusieron que la soledad no deseada es un mecanismo orgánico inscrito genéticamente, mediante el proceso evolutivo, que alerta al ser humano del aislamiento social que pondría en riesgo su reproducción en tanto que especie. Más recientemente ha sido definida como la percepción subjetiva de una insatisfacción por las relaciones existentes (Castro-Blanco, 2020). A lo largo de los años se han ido sucediendo los abordajes desde todos los prismas teóricos, tanto el biologicista, como el psicológico y el sociológico, pero una de las carencias notables es la de abordajes multidimensionales, más próximos a la realidad multifactorial humana (Formoso, 2024). Cuando la persona se autopercebe en situación de soledad, puede sufrir consecuencias psicológicas adversas como una mayor reactividad al estrés (Brown, Gallagher y Creaven, 2018), ansiedad, depresión, alteraciones del sueño o falta de energía (Luanai-gh y Lawlor, 2008). Incluso incrementa su riesgo de mortalidad temprana por suicidio (Holwerda et al., 2012; Holt-Lunstad et al., 2015; McClelland, et al., 2020; Gomboc et al., 2022).

Como principales causas se han identificado varias. Por un lado, en los países industrializados se evidencia un deterioro en la cantidad y en la calidad de las relaciones sociales. Esta situación es debida a diferentes factores, entre los que destacan: una reducción de la convivencia intergeneracional, la dificultad para relacionarse con los demás, derivada de factores intrínsecos o personales, una mayor movilidad social, un retraso en la edad de matrimonio, una mayor proporción de hogares unipersonales, un mayor número de divorcios o un envejecimiento poblacional unido a un aumento de las situaciones de dependencia (McPherson y Smith-Lovin, 2006; Putnam, 2000). A medida que aumenta la edad, también aumenta el número de factores de riesgo de soledad, como la viudez y las discapacidades físicas (Aartsen & Jylhä, 2011). Otro factor de riesgo es la pereza que algunas personas sienten por esforzarse en mantener candentes sus relaciones interpersonales. Este fenómeno ya fue estudiado hace décadas y fue acuñado como "pereza social" por Latané, Williams y Harkis (1979). La pereza social es más acusada en unas personas que en otras. Cuando la persona se siente plena aun viviendo sola, la pereza social es habitual, pero lleva al aislamiento y pérdida de vínculos personales, lo cual inicialmente no le importa, pero años más tarde, si aparece el sentimiento de soledad, quizá no le quede ninguna relación personal recuperable. Más allá de la antigüedad del término, la incidencia de este fenómeno ha sido ampliamente investigada (Karau y Williams, 1993; Liden et al., 2004; Simms y Nichols, 2014; Karau y Wilhau, 2020).

También es relativamente frecuente sentir soledad en el entorno laboral, ya que el 11% de la población activa se siente sola o aislada en su trabajo (Jopling, McClelland y Proffitt, 2023).

En el caso de los más jóvenes, un factor de riesgo generador de soledad es el uso abusivo de las redes sociales virtuales en detrimento de las relaciones personales presenciales (Ros, y Gutiérrez, 2022). El consumo de contenidos en Internet, redes sociales y plataformas de emisión en directo o streaming, ha aumentado considerablemente en los últimos años. Una de las principales razones por las que las personas consumen este tipo de contenido es aburrimiento; la otra razón importante es la soledad no deseada. Ambos, la necesidad de entretenimiento y de compañía se satisface consumiendo contenido en streaming en comunidades virtuales como las que pueblan la plataforma Twitch (Velasco, y Manjón, 2022). En los jóvenes, la soledad no deseada provoca problemas adicionales a los ya citados. Por ejemplo, el sentimiento de soledad en adolescentes favorece el bajo rendimiento e incluso el fracaso académico (Jefferson, Barreto, Verity y Qualter, 2023). La alternativa para reducir el riesgo de soledad social en jóvenes es que estos reduzcan el uso de las redes virtuales e incrementen las actividades en la comunidad y las relaciones interpersonales (Goodfellow, 2022).

La población de personas mayores como colectivo es el que más número de personas tiene en situación de soledad, sin embargo respecto a proporción intragrupo, es la población psiquiátrica, es decir, las personas con trastornos mentales graves la que sufre un mayor índice de soledad (Pielage, Luteijn y Arrindell, 2005; Yarnoz, 2008). En España hay más de 1.400.000 personas que sufren problemas graves de salud mental. Teniendo en cuenta que el porcentaje de la población psiquiátrica que sufre soledad está actualmente cerca del 34% (Heron et al., 2022), la cifra aproximada es de unas 476.000 personas. También la población de personas sin hogar sufre una alta incidencia de casos de soledad no deseada, teniendo frecuentemente problemas de adicciones o trastornos mentales graves que han provocado que sus seres queridos los acaben abandonando (Bachiller, 2010).

Las personas que cursan con deterioro cognitivo moderado o severo o con demencias pueden buscar la soledad o el aislamiento, ya que les aporta cierta tranquilidad. Se trataría por un lado de respetando su tendencia, procurar que el aislamiento no se cronifique porque probablemente afecte a agravar su deterioro por un lado y por otro lado se debería garantizar su calidad de vida o grado de bienestar como medida de éxito (Gallego, 2025). Del mismo modo, las personas que sufren discapacidad psicosocial a causa de un trastorno mental grave, muestran a menudo tendencias voluntarias al aislamiento cuando se agravan los síntomas (Correll et al., 2020), pero su propio aislamiento voluntario a largo plazo es reforzador de la sintomatología negativa, estableciéndose una bidireccionalidad causal (da Rocha et al., 2017) que lleva una espiral de aislamiento voluntario y sintomatología derivada del mismo (Lim et al., 2018), que debe ser interrumpida de forma externa por profesionales o por seres queridos de la persona, para evitar la autodestrucción (Lim et al., 2018), mediante intervenciones que incrementen el apoyo social y la participación en redes familiares, comunitarias o profesionales, pueden romper este círculo, reduciendo la soledad y mejorando tanto los síntomas como el pronóstico en trastorno mental grave.

Yang y Víctor, (2011) realizaron en 2011 un estudio sobre soledad en 25 naciones europeas, analizada por tres rangos de edad: menores de 30 años, el siguiente tramo llega hasta los 59 años y por último de 60 en adelante. Los resultados de este estudio mostraron que 15 naciones, incluida España, tienen un índice de SND superior al 10% en las personas mayores, sufriendo los índices más altos Polonia (20,1%), Hungría (20,1%), Rusia (24%) y Ucrania (34%). El estudio dividió estas 25 naciones en tres grupos en función de los índices de SND.

Según los resultados de la encuesta publicada por el EUROSTAT en 2017, los hogares unipersonales han aumentado significativamente en Europa. La proporción de hogares con una o dos personas fue 3,6 puntos porcentuales mayor en 2016 que en 2007. Por el contrario, la proporción de hogares con cuatro miembros o más disminuyó 1,7 puntos. En 2016, los hogares unipersonales representaban el grupo más grande de la UE. El 32,5% de los hogares estaba formado por una sola persona, el 31,2% por dos personas y sólo el 14% por cuatro personas (EUROSTAT, 2017).

En cuanto a la repercusión económica en Europa de la soledad, el estudio de Burlina y Rodríguez-Pose (2023), muestra que las regiones con mayor proporción de personas sociables que interactúan entre sí impulsa la actividad económica y el crecimiento, mientras que por el contrario, las regiones con mayor índice de personas con baja socialización tienen un menor desarrollo económico. Una situación similar a la descrita por Klinenberg (2012) para el caso de Estados Unidos. Ese menor desarrollo de la región también se refleja a nivel individual de esas mismas personas con bajos índices de interacción social, que a su situación de SND tienen que sumar

dificultades económicas. La soledad y la circunstancia que a menudo rodea a las personas que la sufren, frecuentemente las conduce a sufrir depresión e incluso a tener ideas de suicidio. Los estudios a nivel europeo demuestran también que las regiones con mayores índices de soledad tienen frecuentemente mayores tasas de suicidios (Lee, 2023).

En el caso de España, el estudio de 2011 de Yang y Víctor sobre la incidencia de la SOLEDAD en 25 países europeos, mostró que el 4,4% de los menores de 30 años en nuestro país la sufrían, además del 6,5% de las personas de hasta 59 años y el 11,5% de los mayores. En enero de 2022, el número de personas de 65 y más años en España era de 9.947.700 lo que supone un 21% de toda la población (INE, 2020). De estos, el 11,5% está en situación de SOLEDAD, es decir 1.143.985 y aproximadamente 200.000 de ellos sufren un trastorno mental grave. Lo que implica que cuando fallezcan sus familiares más cercanos no tendrán a nadie.

Más recientemente, uno de los acontecimientos mundiales de mayor relevancia sanitaria, la pandemia de Covid-19 y principalmente los confinamientos que se decretaron para atajarla, pusieron de manifiesto la gran cantidad de personas que sufren el problema de la soledad no deseada. Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2021a:6-7), durante la pandemia y confinamiento de 2020 los sentimientos de soledad afectaron de alguna manera a porcentajes importantes de la población española: un 35,9% de los españoles y españolas se sintieron en soledad en algún grado durante la pandemia, mientras que el 61,1% tuvo miedo en algún momento a estarlo. Estos datos, en su estratificación muestran una concentración de niveles de soledad muy alta en los grupos de edad de entre 18 y 34 años, de alrededor del 50% (CIS, 2021b:12).

En cuanto al impacto económico en España, según el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (SoledadES), los costes tangibles de la soledad no deseada se situaron en el año 2021 en torno a 14.141 millones de euros, representando esta cifra el 1,17 % del PIB de España para ese año. Del mismo modo, la soledad no deseada genera una reducción en la calidad de vida equivalente al 2,8 % del total de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) de la población española mayor de 15 años. (Casal, Rivera y Rodríguez, 2023).

Existen a día de hoy experiencias de intervención en soledad no deseada desde diferentes paradigmas y abordajes, como el mindfulness (Lindsay, Young, Brown, Smyth, Creswell, 2019), la terapia asistida con animales (Banks y Banks, 2002), terapias online (Saulsberry, et al., 2013; Lim et al., 2020), terapias artísticas (Pitkala, Routasalo, Kautiainen, Sintonen y Tilvis, 2011), muchas terapias con enfoques cognitivos (Conoley y Garber 1985; Ogrodniczuk, Joyce y Piper, 2003; Salloum y Overstreet, 2012; Mendelson et al., 2013; O'Mahen et al., 2014; Gawrysiak, Nicholas, Hopko, 2009; Zang, Hunt, Cox, 2013 y 2014).

Sin embargo, varias revisiones (Cattan, White, Bond y Learmouth, 2005; Fokkema y Van Tilburg, 2007; Masi, Chen, Hawkey y Cacioppo, 2010), indican que sólo unas pocas intervenciones son efectivas. Las que más eficacia han demostrado son las que tienen una base de intervención psicológica (Gardiner y Geldenhuys, 2016). Estas abordan prioritariamente la cognición social desadaptativa y en segundo lugar generan oportunidades para conocer a otros, enseñar habilidades sociales o aumentar el apoyo social (Masi et al., 2010). Pero más eficaces todavía son las intervenciones integradoras, que incluyen ambas partes, habiendo actualmente una carencia de programas integradores multidimensionales (Formoso, 2024).

Respecto a la duración habitual de las intervenciones en soledad no deseada, el promedio de duración de los programas de intervención es de 16,4 semanas (Masi, Chen y Cacioppo, 2011), habiendo programas que consiguen objetivos terapéuticos en unas pocas semanas, como el de Banks y Banks (2002) o el de Lim y sus colaboradores (2020) que tienen ambos una duración de 6 semanas y otros como el de Fokkema y Knipscheer (2007) que se prolonga hasta los 3 años.

Otro factor importante es el del tamaño del grupo. Como indica Alcover (1999), no hay un modo sencillo para determinar el tamaño ideal de un grupo, ya que depende de múltiples factores como los objetivos del grupo, la relación entre sus miembros o las características individuales. Para el objetivo de generar vínculos que reduzcan la soledad no deseada, los grupos grandes tienen desventajas, como la generación de subgrupos y divisiones con facilidad, algunos miembros quedarán excluidos, además de que el tiempo será insuficiente para examinar y comprender todas las interacciones de cada uno de los miembros (Vinogradov, 1996). Los grupos pequeños por otra parte, vienen mostrando un gran potencial desde hace décadas (Knobloch y Knoblochva, 1964), siendo una de las mejores opciones en el tratamiento de la soledad no deseada.

Se debe tener en cuenta que con dos personas no hay grupo, es una pareja, y en cuanto falle una de las dos, la otra se queda sola, por lo que el mínimo sería de tres personas, aunque es preferible un tamaño grupal de cuatro o cinco miembros (Vinogradov, 1996). Por otro lado, a partir de seis participantes ya se puede considerar grupo y no grupo reducido, con su consiguiente riesgo de segregación y desvinculación (Burlingame, McClen-don y Alonso, 2011). Por lo tanto, el tamaño idóneo de los grupos de intervención comunitaria contra la soledad no deseada estaría entre 3 y 5 participantes.

En cuanto a la duración de las sesiones, se necesitan de veinte a treinta minutos para que el grupo vaya entrando en materia, superando las reticencias a expresarse con confianza y al menos son necesarios 60 minutos para trabajar en los temas más importantes de la sesión. Hay un punto de rendimiento decreciente, ya que al cabo de dos horas la mayoría de los terapeutas se dan cuenta de que empiezan a fatigarse, y el grupo se cansa y se vuelve repetitivo, por lo que la duración adecuada de las sesiones está entre 90 y 120 minutos (Yalom, 1985).

Para facilitar la cohesión, del grupo es de gran utilidad que este sea homogéneo, ya que en general las personas prefieren unirse a otras en las que perciben características, actitudes o rasgos parecidos a los suyos (Seminotti, 2001). Sin embargo, la heterogeneidad del grupo terapéutico ayuda a que se den menos situaciones de bloqueos o pensamientos monofocales, aportando pensamiento divergente (Alcover, 1999). Esto es útil cuando el grupo debe solucionar tareas o evolucionar, pero cuando se trata de generar cohesión contra la soledad no deseada, cuidar la fortaleza del vínculo es prioritario, por lo que en este caso son preferibles los grupos heterogéneos.

Los programas de intervención contra la soledad no deseada, plantean abordajes tanto de tratamientos individuales como grupales. Los programas individuales pueden ser eficaces, especialmente los tratamientos psicológicos (Barreto et al., 2020; Hickin et al., 2021; Jarvis et al., 2019; Masi et al., 2011), pero a menudo no lo son tanto para personas que se encuentran en ciertas situaciones, como la soledad total objetiva, es decir, no tener pareja, no tener ningún familiar vivo y no tener ningún amigo. Tampoco son altamente eficaces para casos de personas marginadas por su condición, como ocurre con población psiquiátrica (Yarnoz, 2008), ni con migrantes en muchos casos (Delaruelle, 2023), personas mayores, etc. Para poder abordar los casos más difíciles se requiere un programa que combine intervenciones grupales con intervenciones individuales y que trabaje tanto aspectos cognitivos, como conductas sociales en el medio comunitario (Alba y Crespo, 2023).

El programa FEP (Friendship enrichment programme) es un programa dirigido y validado para mujeres mayores (Stevens, 2001). Este programa anima a las participantes a tomar conciencia de sus propias necesidades y deseos sociales, analizar su red social existente, reflexionar sobre sus expectativas de amistad, mejorar la calidad de las amistades existentes y desarrollar nuevas amistades. El programa combina el entrenamiento en habilidades sociales con debates guiados que brindan a los participantes la oportunidad de tomar conciencia de cogniciones sociales o comportamientos sociales desadaptativos. Bouwman, Aartsen, van Tilburg y Stevens (2017), realizaron una adaptación de este programa de enriquecimiento de la amistad, FEP por sus siglas en inglés, centrado en estimular diversas estrategias de afrontamiento para aliviar la sensación de soledad. Las tres estrategias trabajadas en este programa son: el desarrollo de redes, la adaptación de los estándares de relación y la reducción de la importancia de la discrepancia entre las relaciones reales y deseadas. Los resultados no mostraron una mejoría en las puntuaciones de soledad, por lo que, aunque el programa FEP sí es efectivo en formato presencial, no lo es tanto al aplicarlo mediante dispositivos digitales.

Aunque las herramientas telemáticas tienen su utilidad, no se deben obviar las ventajas de estar presente para reducir el malestar psicológico (Martín-Asuero y de la Banda, 2007). Debemos aprender de todos los estudios que están demostrando cómo las redes sociales virtuales, incluso las de interacción en directo, están propiciando el sentimiento de soledad en quienes las usan (Velasco, y Manjón, 2022; Ángel-Franco y Alzate-Marín, 2015). Estos estudios apuntan a que los recursos telemáticos no son la alternativa eficaz frente a los abordajes presenciales de la soledad no deseada, sino que a lo sumo podrían ser un complemento.

El programa Creando Nexos se diseñó en base a las necesidades señaladas en la bibliografía acerca de la soledad social que con frecuencia sufren las personas con discapacidad psicosocial causada por un trastorno mental grave. En este artículo se detalla el estudio piloto realizado en el Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave (Creap), dependiente del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero), sobre la potencial eficacia terapéutica de este programa para la generación de vínculos sociales significativos.

- 1. Hipótesis principal:** El programa Creando Nexos reduce significativamente los sentimientos de soledad social de sus participantes respecto a sus puntuaciones previas a la intervención.
- 2. Hipótesis 2:** Los participantes que consigan generar una buena vinculación con el grupo, reducirán su ideación autolítica.
- 3. Hipótesis 3:** Los participantes que consigan generar una buena vinculación con el resto del grupo reducirán su sintomatología relacionada con afectividad depresiva.

Metodología

Para el diseño del programa, se realizó en primer lugar una revisión bibliográfica, teórica y metodológica, sobre teoría del vínculo, roles sociales, programas de socialización, programas de entrenamiento de habilidades sociales, programas de ocio y programas de entrenamiento emocional, a partir de la cual se construyó una estructura primordialmente centrada en la experiencia de los participantes y con baja carga psicoeducativa, ya que la bibliografía evidencia un panorama sobresaturado de intervenciones con una alta carga cognitiva, en detrimento de las intervenciones más centradas en la conducta prosocial en sí misma. En segundo lugar, se realizó una implementación prematura con un grupo pequeño de personas con trastornos mentales graves, a modo de estudio de viabilidad, el cual ya mostró resultados positivos y permitió perfeccionar el programa para la posterior ejecución del estudio piloto que refleja este artículo.

En la prueba de viabilidad se observaron además aspectos cualitativos que se tuvieron en cuenta después en la ejecución de este estudio piloto. Uno de los más relevantes fue el rechazo no explícito de los participantes a utilizar la terminología relacionada con la soledad. A pesar de que estaban participando voluntaria y explícitamente por ese motivo, ninguno nombró el programa como el programa contra la soledad, sino que utilizaron expresiones como "el grupete" y similares. Por ello, en la siguiente versión del programa se hizo apenas una mención mínima a la soledad, que se planteó únicamente como una de las diferentes problemáticas que este programa puede ayudar a mejorar. En la versión final implementada en este estudio piloto, en todo momento se hizo referencia al programa desde una perspectiva positiva, no focalizada en el problema sino en el objetivo, generar vínculos personales significativos. Al no nombrarles la soledad en absoluto, los participantes del estudio piloto fueron ciegos a los objetivos de la investigación, pero los profesionales sí los conocían, por lo que el blinding fue solamente de "simple ciego". [JL1.1]Para este estudio, se realizó un diseño experimental con grupo control y asignación aleatoria.

Participantes

Se hizo un cribado a 36 personas usuarias del Creap, a partir del cual se descartaron a 6 de ellas por los criterios de exclusión del estudio, de modo que finalmente se obtuvo una muestra válida de 30 personas con un diagnóstico psiquiátrico, atendidas en el Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial para personas con trastorno mental grave (Creap), centro dependiente del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero). La edad media fue de 40.83 años (DT = 9.19), con un rango de 28 a 56 años. El 23.3% de la muestra se identificó como mujer (n = 7) y el resto como hombre (n = 23). Todos los participantes fueron evaluados con los mismos instrumentos antes y después de aplicar el programa. Se asignaron aleatoriamente a ambos grupos, control y experimental. El grupo control participó en un programa de ocio y socialización común, ofrecido habitualmente en este mismo centro como parte de la oferta terapéutica, en el que las actividades de socialización y ocio no tienen objetivos previstos de generar a propósito vínculos significativos, más allá de los que pudieran surgir espontáneamente. Posteriormente, dentro de los grupos experimentales, se repartieron aleatoriamente los participantes en subgrupos de 5 personas. El tamaño de estos subgrupos es una característica del programa, ya que se diseñó para ser implementado en grupos de entre 3 y 5 participantes, para facilitar la confianza y el vínculo. Los participantes no realizaron otras actividades relacionadas con la socialización, ocio o habilidades sociales durante el estudio, para reducir el riesgo de introducción de variables confundentes. [JL2.1]

- **Criterios de inclusión:** todas las personas con trastorno mental grave del centro que cumplieren criterios de soledad en la administración de la escala de cribado y quisiesen participar en el programa voluntariamente.
- **Criterios de exclusión:** personas a las que el cribado identificó como personas sin sentimientos de soledad.

Instrumentos

El diseño de la evaluación sigue la técnica multifactorial propuesta por Vlaming y sus colaboradores (2010). Se utilizó una batería de pruebas basadas en la evidencia, formada por las escalas descritas a continuación. Los ítems de las pruebas se introdujeron en un cuestionario digitalizado, administrado por profesionales del equipo sociosanitario transdisciplinar, mediante el cual las respuestas numéricas quedaron automáticamente registradas en una tabla, evitando así errores de tabulación de datos. Se impartió una formación extensa sobre la evaluación y también sobre el programa a los técnicos que lo implementaron, facilitándoles el material y posteriormente se les asesoró durante la implementación.

Escala UCLA-3

La UCLA-3 (Russell, 1996) es una versión breve derivada de la escala UCLA (Russell, Peplau y Cutrona, 1980) de 20 ítems, diseñada para grandes encuestas y entrevistas telefónicas. Se compone únicamente de los tres indicadores con mayor carga en el factor de soledad ("falta de compañía", "sentirse excluido", "sentirse aislado"), con un formato de respuesta de 3 puntos (1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = frecuentemente); la puntuación total es la suma (rango 3–9), donde valores más altos reflejan mayor soledad. En muestras poblacionales de EE. UU., el instrumento mostró consistencia interna adecuada para una escala de 3 ítems ($\alpha \approx .72$), alta correlación con la versión larga ($r \approx .82$) y validez convergente con síntomas depresivos y estrés, apoyando su uso como indicador global parsimonioso de soledad percibida. La adaptación española (Trucharte, 2023) confirma una estructura unifactorial, consistencia interna buena ($\alpha = .82$) y asociaciones en la dirección esperada con depresión, ansiedad, paranoia y bienestar en una muestra representativa nacional (N \approx 1950), además de proporcionar valores normativos. Los ítems en español recomendados son: "¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía?", "¿...te sientes excluido?" y "¿...te sientes aislado de los demás?", manteniendo el mismo esquema de respuesta y cómputo. Estos resultados avalan la equivalencia métrica y la idoneidad de la UCLA-3 para monitorización poblacional de la soledad y estudios epidemiológicos en España.

Cuestionario PHQ-9

El PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) es un instrumento de autoinforme desarrollado por Kroenke, Spitzer y Williams (2001) dentro del proyecto PRIME-MD para el cribado y la evaluación de la gravedad de la depresión en contextos clínicos y de atención primaria. Consta de nueve ítems que evalúan la frecuencia de los síntomas depresivos en las últimas dos semanas, cada uno correspondiente a los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor del DSM. Sus ítems se puntúan en una escala Likert de 0 a 3, permitiendo obtener un rango total de 0 a 27 puntos. Los autores proponen puntos de corte diferenciados que permiten clasificar la gravedad de la sintomatología, siendo ≥ 10 el umbral recomendado para identificar casos probables de depresión clínicamente relevante. Incluye además un ítem adicional sobre deterioro funcional que no contribuye a la puntuación total.

La adaptación española, realizada por Díez-Quevedo et al. (2001), ha mostrado consistencia interna elevada, adecuada validez convergente con otros instrumentos y diagnósticos clínicos, así como una estructura unidimensional estable. Estas propiedades se han replicado en diversas muestras hispanohablantes, consolidando al PHQ-9 como una herramienta breve, gratuita y eficaz para el cribado, la evaluación clínica, la investigación y el seguimiento de la depresión.

Escala EVGL-7

Se diseñó una escala ad hoc para esta investigación, para la evaluación del vínculo autopercebido de los participantes hacia el resto del grupo. Esta escala se utilizó para medir de forma cuantitativa el progreso de la vinculación subjetiva de los miembros participantes. La escala EVGL-7 (Evaluación del Vínculo Grupal de Lázaro) es una escala breve de autoinforme diseñada para medir la intensidad del vínculo afectivo, cognitivo y social que una persona experimenta hacia un grupo al que pertenece o desea pertenecer. El instrumento está compuesto por siete ítems que evalúan componentes clave del vínculo grupal, incluyendo apoyo percibido, confianza, disfrute de la compañía, cohesión y valoración positiva del grupo. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de cinco puntos (0 = Nada, 1 = POCO, 2 = Algo, 3 = Bastante, 4 = Mucho). La escala permitió cuantificar la fuerza autopercebida del vínculo a través de una puntuación total obtenida por el sumatorio directo de los ítems, con un rango posible de 0 a 28 puntos. Por el tamaño muestral no se pueden arrojar datos de validez de esta escala, pero debido a su practicidad demostrada en este estudio se continuará utilizando en posteriores implementaciones del programa hasta alcanzar un tamaño muestral suficiente para evaluar sus características psicométricas.

Descripción de las sesiones

El programa se divide en 10 fases. La primera es la de cribado y la última la de seguimiento, siendo el resto fases de intervención, que engloban un total de 17 sesiones de intervención grupal. De las 17 sesiones, 4 solamente son psicoeducativas, sobre las relaciones sociales y el resto son actividades grupales destinadas a generar un vínculo significativo entre los miembros del grupo, basadas en aquellos factores que las evidencias identifican como claves en la generación y fortalecimiento de vínculos interpersonales. Se estima que el tiempo total de intervención es de 30 horas por grupo.

Análisis estadístico

Se calcularon estadísticos descriptivos para cada grupo y momento de medida. Para evaluar los cambios intra-grupo (pre–post) se realizaron pruebas t de Student para muestras relacionadas, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, por separado para cada escala. El tamaño del efecto para los cambios intra-grupo se estimó mediante la d de Cohen para medidas repetidas, calculada como la media de las diferencias dividida por la desviación típica de las diferencias. Para comparar el cambio entre grupos se calcularon puntuaciones de cambio y se realizaron pruebas t para muestras independientes. En este caso, el tamaño del efecto entre grupos se expresó en términos de d de Cohen, utilizando la desviación típica combinada de las puntuaciones de cambio.

Resultados

En el grupo experimental se observó un cambio de la fase pre a la fase post. En las puntuaciones obtenidas mediante la administración de la escala de medición de la soledad UCLA-3, la media pasó de 7.93 (DT = 0.59) a 4.33 (DT = 1.63). La prueba t para muestras relacionadas fue significativa, $t(14) = 7.73$, $p = 0.000$, con un tamaño del efecto grande ($d_z = -1.99$). Se muestran a continuación los descriptivos en la tabla 1.

[Tabla 1]
Descriptivos de la evaluación de la soledad

Grupo	Momento	Media	DT	n
Experimental	Pre	7.93	0.59	15
Experimental	Post	4.33	1.63	15
Control	Pre	8.40	0.51	15
Control	Post	8.40	0.51	15

En el grupo control, la media de puntuación en soledad pre-tratamiento fue de 8.40 (DT = 0.51) y la media post de 8.40 (DT = 0.51). El cambio pre-post fue no significativo, $t(14) = 0.00$, $p = 1.000$, con un tamaño del efecto $d_z = 0.00$.

La comparación de las puntuaciones de cambio (post – pre) entre el grupo experimental y el grupo control mostró una diferencia significativa, $t(28) = -7.56$, $p < 0.000$ aproximadamente, con un tamaño del efecto entre grupos de $d = -2.76$.

Como se puede observar en los datos de la tabla 2, derivados de las mediciones obtenidas con el cuestionario PHQ-9 para evaluación de sintomatología depresiva, en el grupo experimental se observó un cambio de la fase pre a la fase post. En PHQ-9 (depresión), la media pasó de 14.93 (DT = 6.40) a 7.73 (DT = 5.51). La prueba t para muestras relacionadas fue significativa, $t(14) = 8.74$, $p = 0.000$, con un tamaño del efecto grande ($d_z = -2.26$).

[Tabla 2]
Descriptivos de la medición de síntomas depresivos

Grupo	Momento	Media	DT	n
Experimental	Pre	14.93	6.40	15
Experimental	Post	7.73	5.51	15
Control	Pre	18.47	5.49	15
Control	Post	18.20	5.87	15

En el grupo control, la media pre fue de 18.47 (DT = 5.49) y la media post de 18.20 (DT = 5.87). El cambio pre-post fue no significativo, $t(14) = 0.26$, $p = 0.795$, con un tamaño del efecto $d_z = -0.07$. La comparación de las puntuaciones de cambio (post – pre) entre el grupo experimental y el grupo control mostró una diferencia significativa, $t(28) = -5.33$, $p < 0.000$ aproximadamente, con un tamaño del efecto entre grupos de $d = -1.95$.

Respecto a la evaluación de la vinculación grupal mediante la escala propia EVGL-7, se observó en el grupo experimental se observó un cambio de la fase pre a la fase post. La media pasó de 5.07 (DT = 0.96) a 25.47 (DT = 2.00). La prueba t para muestras relacionadas fue significativa, $t(14) = -46.98$, $p = 0.000$, con un tamaño del efecto grande ($d_z = 12.13$). En la tabla 3 se muestran los estadísticos relativos a la vinculación grupal en ambas condiciones experimentales.

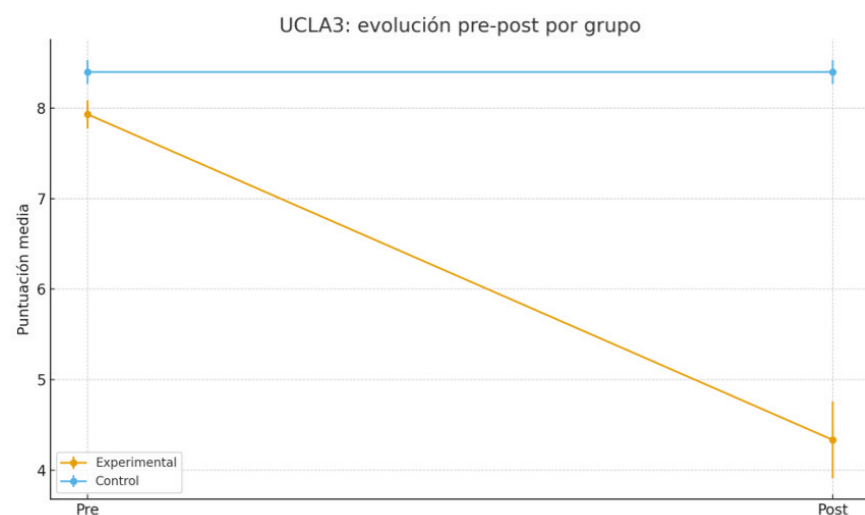
[Tabla 3]
Descriptivos de la vinculación grupal

Grupo	Momento	Media	DT	n
Experimental	Pre	5.07	0.96	15
Experimental	Post	25.47	2.00	15
Control	Pre	4.67	0.98	15
Control	Post	4.53	0.52	15

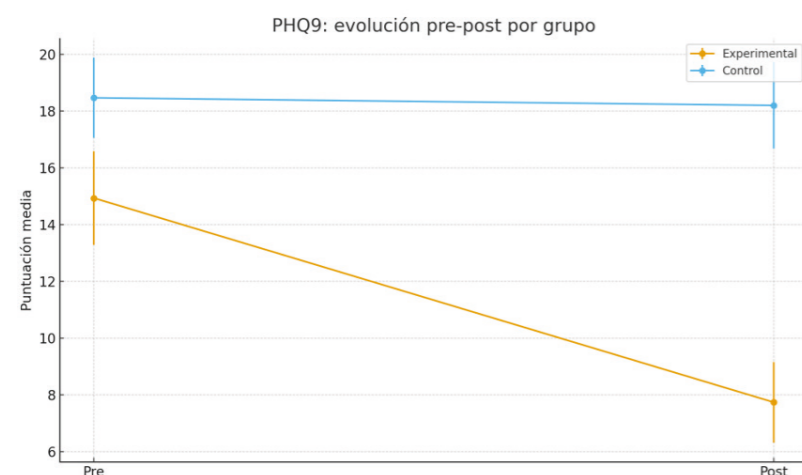
En el grupo control, la media pre fue de 4.67 (DT = 0.98) y la media post de 4.53 (DT = 0.52). El cambio pre-post fue no significativo, $t(14) = 0.41$, $p = 0.685$, con un tamaño del efecto $d_z = -0.11$. La comparación de las puntuaciones de cambio (post – pre) entre el grupo experimental y el grupo control mostró una diferencia significativa, $t(28) = 37.99$, $p < 0.000$ aproximadamente, con un tamaño del efecto entre grupos de $d = 13.87$.

Los siguientes gráficos muestran la evolución de las medias en ambas condiciones experimentales respecto a las tres variables evaluadas. Como se puede observar, el grupo control mantuvo unas puntuaciones medias en las evaluaciones post tratamiento, muy similares a las de la evaluación pre tratamiento, con variaciones estadísticamente insignificantes entre ambos momentos de medición, mientras que las medias grupales en la condición experimental, mostraron un claro descenso en las tres variables.

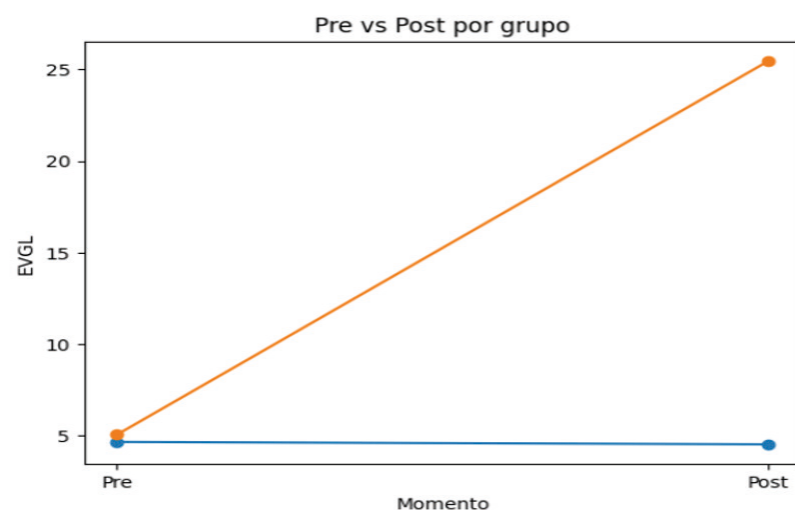
[Figura 1] Evolución pre-post por grupo en UCLA3.



[Figura 2] Evolución pre-post por grupo en PHQ9.



[Figura 3] Evolución pre-post por grupo en EVGL.



Discusión

El presente estudio piloto tuvo como objetivo evaluar la eficacia inicial del programa de socialización Creando Nexos para reducir la soledad y los síntomas depresivos, así como para promover la vinculación grupal entre los participantes. En consonancia con las hipótesis, los resultados mostraron mejoras significativas en el grupo experimental respecto a su propio rendimiento pre y post intervención, mientras que el grupo control no experimentó cambios relevantes. Además, las diferencias observadas en las puntuaciones de cambio entre grupos fueron consistentes y se acompañaron de tamaños del efecto elevados, lo que respalda la utilidad del programa como intervención psicosocial orientada a disminuir la desconexión social.

En primer lugar, los participantes del grupo experimental mostraron una reducción sustancial en las puntuaciones de soledad evaluadas con la UCLA-3. El descenso significativo en la fase post, junto con un tamaño del efecto grande, sugiere que la intervención favoreció la percepción de conexión con otras personas. Dado que la soledad constituye un factor de riesgo bien establecido para el bienestar psicológico, esta mejora constituye un indicador temprano del valor del programa. Por el contrario, el grupo control mantuvo niveles estables de soledad a lo largo del estudio, lo que refuerza la interpretación de que los cambios observados se deben al programa y no a fluctuaciones temporales o a factores externos no controlados.

En relación con los síntomas depresivos medidos mediante el PHQ-9, también se halló una reducción significativa en el grupo experimental, incluyendo el ítem 9, sobre ideación autolítica, mientras que el grupo control permaneció sin cambios. Estos resultados coinciden con estudios previos que han demostrado que las intervenciones centradas en la interacción social y el apoyo grupal pueden amortiguar el malestar emocional y reducir la sintomatología depresiva. El tamaño del efecto observado sugiere que Creando Nexos podría constituir una herramienta prometedora para complementar intervenciones clínicas o comunitarias tradicionales.

Por último, los datos referentes a la vinculación grupal (EVGL-7) revelaron un incremento notable en el grupo que participó en el programa. Esta mejora fue particularmente marcada en comparación con el grupo control y se acompañó de un tamaño del efecto muy elevado en las puntuaciones de cambio. Este aspecto es especialmente relevante, dado que la sensación de pertenencia y cohesión grupal ha sido relacionada en la literatura con mejoras en el bienestar subjetivo, la participación social y la adherencia a programas psicoeducativos.

A pesar de la solidez de los hallazgos preliminares, el estudio presenta limitaciones que deben ser consideradas. La muestra reducida, característica de un estudio piloto, limita la generalización de los resultados y la estabilidad de las estimaciones estadísticas. Asimismo, la ausencia de aleatorización estricta en la asignación a los grupos podría introducir sesgos no controlados. Futuras investigaciones deberían incorporar muestras más amplias, diseños experimentales robustos y evaluaciones de seguimiento que permitan determinar la persistencia de los efectos del programa a lo largo del tiempo.

En conjunto, los resultados obtenidos sugieren que Creando Nexos es un programa con un impacto positivo sobre la soledad, los síntomas depresivos y la vinculación grupal. Este estudio piloto aporta evidencia preliminar que apoya su implementación y justifica la realización de ensayos experimentales de mayor escala para consolidar su eficacia y establecer sus mecanismos de acción.

En el transcurso y finalización de este estudio piloto, se observaron aspectos que no se midieron, pero que serán tenidos en cuenta para el diseño de la versión definitiva del programa. Por ejemplo, se observó que desarrollaron un vínculo más fuerte los participantes que parecían compartir rasgos de personalidad, en consonancia con lo que indican las evidencias (Campbell, Holderness, & Riggs, 2015).

Limitaciones

A pesar de los resultados prometedores obtenidos en este estudio piloto, es importante considerar varias limitaciones que pueden afectar la interpretación y generalización de los hallazgos. En primer lugar, el tamaño reducido de la muestra (N = 30) limita la potencia estadística y aumenta el riesgo de inestabilidad en las estimaciones, especialmente en los tamaños del efecto. Aunque los resultados fueron significativos en varias medidas, estudios con un mayor número de participantes permitirían confirmar con mayor fiabilidad la magnitud de los cambios observados.

Asimismo, el estudio careció de medidas de seguimiento longitudinal que permitan evaluar la estabilidad de los efectos del programa a largo plazo. Es posible que los beneficios detectados inmediatamente después de la intervención disminuyan con el tiempo si no se mantienen oportunidades de socialización o estrategias de vinculación grupal. Por ello, se recomienda que investigaciones posteriores incluyan evaluaciones de seguimiento a medio y largo plazo.

Otra limitación metodológica fue el proceso de blinding o cegado, que no fue más que un simple ciego, puesto que los implementadores, evaluadores y analista de datos conocíamos las características de las condiciones experimentales y los objetivos del estudio. En la planificación del estudio de eficacia para la validación del programa, cuya implementación comenzará próximamente, se ha diseñado un blinding de triple ciego, ya que ni los participantes, ni los implementadores, ni los analistas de datos, conocerán las diferencias entre las condiciones, ni las hipótesis del estudio. Se está formando a un extenso grupo de profesionales de la salud mental de diferentes partes de España, para que supervisen y evalúen la implementación del programa en sus centros y recursos. Ya se les ha explicado el procedimiento diseñado para que no pueda haber filtración de esta información a participantes ni implementadores.

Por último, el estudio se enmarcó en un contexto sociocultural específico, lo que puede limitar la extrapolación de los resultados a poblaciones con características distintas. Factores como las normas sociales sobre la interacción, el grado de apoyo comunitario o el perfil demográfico de los participantes podrían modular los efectos del programa en otros entornos.

En conjunto, estas limitaciones subrayan la necesidad de llevar a cabo investigaciones futuras más amplias y controladas que permitan consolidar y refinar la evidencia preliminar aportada por este estudio piloto.

Conclusiones

El presente estudio piloto proporciona evidencia preliminar del potencial del programa de socialización significativa Creando Nexos para mejorar el bienestar psicosocial de los participantes. Los resultados mostraron reducciones significativas en la soledad y los síntomas depresivos en el grupo experimental, acompañadas de un notable incremento en la vinculación grupal. En contraste, el grupo control no experimentó cambios relevantes en ninguna de las variables evaluadas, lo que refuerza la interpretación de que las mejoras observadas se relacionan directamente con la participación en la intervención.

La magnitud de los efectos encontrados, especialmente en la disminución de la soledad y en el aumento de la cohesión grupal, sugiere que Creando Nexos constituye una herramienta prometedora para promover la conexión social y el bienestar emocional en personas que presentan dificultades de integración o sentimientos de aislamiento. Estos resultados son coherentes con la literatura que destaca el papel fundamental de las intervenciones grupales como mecanismos efectivos para combatir la soledad y fortalecer el sentido de pertenencia comunitaria.

No obstante, las conclusiones deben interpretarse con cautela debido a las limitaciones propias de un estudio piloto, como el tamaño muestral reducido y la falta de aleatorización completa. Aun así, los hallazgos justifican la realización de investigaciones posteriores con diseños experimentales más robustos, muestras más amplias y evaluaciones de seguimiento que permitan determinar la estabilidad y generalización de los efectos en el tiempo.

En conjunto, los resultados sugieren que Creando Nexos es una intervención viable y potencialmente eficaz, con un impacto positivo en varios indicadores clave del bienestar psicológico y social. Este estudio constituye un primer paso importante para el desarrollo y validación de programas destinados a reducir la soledad, mejorar la salud mental y fortalecer la vinculación comunitaria en poblaciones vulnerables.

Las administraciones públicas tienen la responsabilidad de liderar un enfoque integrador para la prevención e intervención en materia de soledad, con atención particular en la prevención primaria a nivel poblacional (Crowe, Liu, Bagnarol, y Fried, 2024), promoviendo la creación e implementación de programas de intervención orientados a la eficacia. Mediante la aplicación de este programa, desarrollado en el seno de la red de centros del Imsero, las diferentes entidades, centros y recursos del sector de los servicios sociales, podrán funcionar como nexos de unión entre personas que sufren el problema de la soledad no deseada.

Propuestas futuras

Actualmente el Creap está iniciando una coordinación multicéntrica para realizar la siguiente fase de validación del programa Creando Nexos. En colaboración con distintas entidades del ámbito de la rehabilitación psicosocial ubicadas por todo el territorio español, a las que se les impartirá la correspondiente formación técnica, las próximas acciones irán encaminadas a la implementación con una muestra de gran tamaño.

Conflicto de intereses

No existe ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Journal of Ageing, 8, 31–38.
- Alcover, C.M. (1999). El entorno personal y social de los grupos. en F. Gil, & C. M. Alcover (Eds.), *Introducción a la psicología de los grupos* (pp. 161-190). Madrid: Pirámide.
- Alba y Crespo, (2023). Soledad no deseada, desempleo y vulnerabilidad. *Carabanchel se mueve, una intervención en red y comunitaria. Trabajo social hoy*, (98), 77-88.
- Ángel-Franco, M. B., & Alzate-Marín, Y. E. (2015). Relaciones familiares y sociales en adolescentes usuarios de redes sociales virtuales (RSV). *Katharsis*, (20), 79-99.
- Atkinson, JM, Coia, DA, Gilmour, WH y Harper, JP (1996). El impacto de los grupos educativos para personas con esquizofrenia en el funcionamiento social y la calidad de vida. *The british journal of psychiatry*, 168 (2), 199-204.
- Bachiller, S. (2010). Exclusión, aislamiento social y personas sin hogar. Aportes desde el método etnográfico. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de servicios sociales*, 47(1), 63-73.
- Badía Corbella, M., Orgaz Baz, B. M., Verdugo Alonso, M. Á., Ullán de la Fuente, A. M., Martínez Aguirre, M. M., & Longo Araújo de Melo, E. (2011). El Inventario de Evaluación del Ocio en jóvenes y adultos con discapacidad intelectual. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 42(239), 7–22.
- Banks MR, Banks WA (2002). The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *Journal of Gerontology*. 57^a (7):M428–M432.
- Bosma H, Jansen M, Schefman S, et al. (2015) Lonely at the bottom: A cross-sectional study on being ill, poor, and lonely. *Public Health* 129(2): 185–187.
- Bouwman, TE, Aartsen, MJ, van Tilburg, TG y Stevens, NL (2017). ¿Estimular diversas estrategias de afrontamiento alivia la soledad? Resultados de un programa de enriquecimiento de amistad en línea. *Revista de relaciones sociales y personales*, 34 (6), 793-811.
- Brawley, L. R., Carron, A. V., & Widmeyer, W. N. (1987). Assessing the cohesion of teams: Validity of the Group Environment Questionnaire. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 9(3), 275-294.
- Brown E., Gallagher S. and Creaven A., (2018). Loneliness and acute stress reactivity: A systematic review of psychophysiological studies. *Psychophysiology* 55.5 (2018).
- Burlina, C., & Rodríguez-Pose, A. (2023). Solo y solitario. El coste económico de la soledad para las regiones de Europa. *Medio Ambiente y Planificación A: Economía y Espacio*.
- Burlingame, GM, McClendon, DT y Alonso, J. (2011). Cohesión en la terapia de grupo. *Psychotherapy*, 48 (1), 34.
- Burlingame, GM, McClendon, DT y Yang, C. (2018). Cohesión en la terapia de grupo: un metanálisis. *Psychotherapy*, 55 (4), 384.
- Buz, J., Urchaga, D., & Polo, M. E. (2014). Análisis factorial confirmatorio de la escala de soledad de De Jong Gierveld en personas mayores españolas. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(2), 588-596.
- CaCioppo, John T. y patriCK, William (2008). *Loneliness. Human nature and the need for social connection*. Nueva York: Norton.
- Casal B., Rivera C., Rodríguez-Míguez E (2023). El coste de la soledad no deseada en España. *Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada: Madrid*.
- Cattan M., White M., Bond J., Learmouth A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25, 41–67.
- Castro-Blanco, M.P. (2020). La soledad y las personas mayores. *Labor Hospitalaria*, 326, 67-79.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2021a). Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19. Avance de resultados. CIS: Madrid.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2021b). Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19. Avance de resultados. Tabulación por variables sociodemográficas. CIS: Madrid.
- Conoley CW, Garber RA (1985). Effects of reframing and self-control directives on loneliness, depression, and controllability. *J Couns Psychol* 32(1):139–142.
- Correll CU, Schooler NR (2020). Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Volume 16. 519–534.
- Crowe, CL, Liu, L., Bagnarol, N. y Fried, LP (2024). Prevención de la soledad y el papel del sistema de Salud Pública. *Perspectivas en salud pública*, 144 (1), 31-38.
- Da Rocha, B.M., Rhodes, S., Vasilopoulou, E. y Hutton, P. (2018). Soledad en la psicosis: una revisión metaanalítica. *Schizophrenia bulletin* , 44 (1), 114-125.
- Delaruelle, K. (2023). Desigualdades en soledad relacionadas con la migración entre grupos de edad: un estudio comparativo transnacional en Europa. *European Journal of Ageing* 20, 35.
- Díez-Quevedo, C., Rangil, T., Sánchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(1), 22–29.
- DiTomasso E y Spinner B (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for adults (SESLA). *Personality and Individual Differences*, 14, 127-134.

- Donnellan, M. B., Oswald, F. L., Baird, B. M., & Lucas, R. E. (2006). The Mini-IPIP scales: Tiny-yet-effective measures of the Big Five factors of personality. *Psychological Assessment*, 18(2), 192–203.
- EUROSTAT (2017). *People in the EU—Statistics on household and family structures*. EUROSTAT: Luxembourg.
- Fokkema C. M., Van Tilburg T. G. (2007). Zin en onzin van eenzaamheidsinterventies bij ouderen [Loneliness interventions among older adults: Sense or nonsense?]. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, 161–177.
- Fokkema, T. y Knipscheer, K. (2007). Escapar de la soledad mediante la digitalización: una evaluación cuantitativa y cualitativa de un experimento holandés sobre el uso de la TEC para superar la soledad entre los adultos mayores. *Envejecimiento y salud mental*, 11, 496-504.
- Formoso, Ó. B. (2024). Hacia una cartografía teórica de la soledad: Una revisión de los acercamientos teóricos a la soledad. *Papers. Revista de Sociologia*, 109(1), e3207-e3207.
- Gallego, M., (2025). *Aproximación a la soledad en los centros del Imsero*. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M (2016) Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community* 1–11.
- Gawrysiak M, Nicholas C, Hopko DR (2009) Behavioral activation for moderately depressed university students: randomized controlled trial. *Journal Couns Psychol* 56(3):468–475.
- Gomboc, V., Krohne, N., Lavrič, M., Podlogar, T., Poštuvan, V., Zdravec Šedivy, N., & De Leo, D. (2022). Emotional and social loneliness as predictors of suicidal ideation in different age groups. *Community mental health journal*, 1-10.
- Goodfellow C., et al, (2022). Loneliness and personal wellbeing in young people: Moderating effects of individual, interpersonal, and community factors, *Journal of Adolescence* 94.4 pp. 554-568, (p.555).
- Hawkins, B. A., Ardovino, P., Rogers, N. B., Foose, A., & Olsen, N. (2002). *Leisure assessment inventory*. Ravensdale, WA: Idyll Arbor.
- Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LÁ, Rich-Ruiz M, RoldánVillalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE, et al. (2022). Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. *Atención Primaria*; 54:102218.
- Heron, P., Spanakis, P., Crosland, S., Johnston, G., Newbronner, E., Wadman, R., ... & Peckham, E. (2022). Loneliness among people with severe mental illness during the COVID-19 pandemic: Results from a linked UK population cohort study. *PloS one*, 17(1), e0262363.
- Hickin, N., Käll, A., Shafran, R., Sutcliffe, S., Manzotti, G., & Langan, D. (2021). The effectiveness of psychological interventions for loneliness: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88, 102066.
- Holt-Lunstad J. et al., (2015), 'Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review', *Perspectives on psychological science* 10.2 pp. 227-237.
- Holwerda T. J., Beekman A. T. F., Deeg D. J. H., Stek M. L., Van Tilburg T. G., Visser P. J. ... Schoevers R. A. (2012). Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: Only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychological Medicine*, 42, 843–853.
- INE (2020). *Censo de Población*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INJUVE (2014). *Cifras jóvenes. Sondeo de Opinión. Jóvenes, ocio y consumo*. Madrid: Observatorio de la juventud en España.
- Jefferson, R., Barreto M., Verity L. and Qualter P., (2023), 'Loneliness During the School Years: How It Affects Learning and How Schools Can Help', *Journal of School Health* 93.5 pp.428-435.
- Jopling, McClelland and Proffitt (2023). Loneliness at work, *British Red Cross* (pp.7-11).
- Karau, S. J., & Williams, K. D. (1993). Social loafing: A meta-analytic review and theoretical integration. *Journal of personality and social psychology*, 65(4), 681.
- Karau, S. J., & Wilhau, A. J. (2020). Social loafing and motivation gains in groups: An integrative review. *Individual motivation within groups*, 3-51.
- Klinenberg E (2012) *Going solo: The extraordinary rise and surprising appeal of living alone*. New York: Penguin.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Knobloch, F., & Knoblochva, J. (1964). Psicoterapia en términos de la teoría de pequeños grupos sociales. *Revista Cubana de Medicina*, 3(1), 78–91.
- Latané, B., Williams, K., & Harkins, S. (1979). Many hands make light the work: The causes and consequences of social loafing. *Journal of personality and social psychology*, 37(6), 822.
- Lee, S. (2023). Passive Suicidal Ideation in Older Adults from 12 European Countries. *Journal of Population Ageing*, 16(1), 137-154.
- Liden, R. C., Wayne, S. J., Jaworski, R. A., & Bennett, N. (2004). Social loafing: A field investigation. *Journal of management*, 30(2), 285-304.
- Lim, MH, Gleeson, JFM, Alvarez-Jimenez, M. et al. Soledad en la psicosis: una revisión sistemática. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53, 221–238 (2018).
- Lim, MH, Gleeson, JF, Rodebaugh, TL, Eres, R., Long, KM, Casey, K., y Penn, DL (2020). Una intervención digital piloto dirigida a la soledad en jóvenes con psicosis. *Psiquiatría social y epidemiología psiquiátrica*, 55, 877-889.

- Lindsay, E. K., Young, S., Brown, K. W., Smyth, J. M., & Creswell, J. D. (2019). Mindfulness training reduces loneliness and increases social contact in a randomized controlled trial. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(9), 3488-3493.
- Luanaigh C. Ó., Lawlor B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213–1221.
- Mann, F., Bone, JK, Lloyd-Evans, B., Frerichs, J., Pinfold, V., Ma, R., ... y Johnson, S. (2017). Una vida menos solitaria: el estado del arte en intervenciones para reducir la soledad en personas con problemas de salud mental. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52, 627-638.
- Martín-Asuero, A., & de la Banda, G. G. (2007). Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *International journal of clinical and health psychology*, 7(2), 369-384.
- Martínez-Molina, A., & Arias, V. B. (2018). Balanced and positively worded personality short-forms: Mini-IPIP validity and cross-cultural invariance. *PeerJ*, 6 (9), e5542.
- Masi C., Chen H., Hawkey L., Cacioppo J. A (2011). A Meta-Analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*. Aug; 15(3).
- McClelland, H., Evans, J. J., Nowland, R., Ferguson, E., & O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of affective disorders*, 274, 880-896.
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Brashears, M. E. (2006). Social isolation in America: Changes in core discussion networks over two decades. *American sociological review*, 71(3), 353-375.
- Mendelson T, Leis JA, Perry DF, Stuart EA, Tandon SD (2013) Impact of a preventive intervention for perinatal depression on mood regulation, social support, and coping. *Arch Women Ment Health* 16(3):211–218.
- Mikulincer, M. y Segal, J. (1990). «A multidimensional analysis of the experience of loneliness». *Journal of social and personal relationships*, 7, 209-230.
- Mund, M., Freuding, M. M., Möbius, K., Horn, N., & Neyer, F. J. (2020). The stability and change of loneliness across the life span: A meta-analysis of longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Review*, 24(1), 24- 52.
- O'Mahen HA, Richards DA, Woodford J, Wilkinson E, McGinley J, Taylor RS et al (2014) Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychol Med* 44(8):1675–1689.
- Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Piper WE (2003) Changes in perceived social support after group therapy for complicated grief. *Journal of Nervious Mental Disorders*. 191(8):524–530.
- Oslé, J. E. T. (2022). Diseño de la escala de cohesión grupal para contextos escolares de Enseñanza Media. *Revista Cubana de Psicología*, 4(6), 36-57.
- Peplau LA y Perlman D (1982). Perspectives on loneliness. En LA Peplau y D Perlman (Eds.) *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp 1-18). New York: Wiley.
- Pitkala, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H., Sintonen, H., & Tilvis, R. S. (2011). Effects of socially stimulating group intervention on lonely, older people's cognition: a randomized, controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(7), 654-663.
- Putnam RD (2000). *Bowling Alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Ros J., y Gutiérrez S. (2022). La Expresión Del Aburrimiento Y La Soledad No Deseada En Twitch. *Revista ICONO 14. Revista Científica De Comunicación Y Tecnologías Emergentes* 20 (2).
- Rubenstein C, Shaver P y Peplau LA (1979). Loneliness. *Human Nature*, 2, 59-65.
- Rubio, R., Rubio, L., & Pinel, M. (2009). *Un instrumento de medición de soledad social, Escala Este II*. Madrid: IMSER-SO.
- Russell D, Peplau, LA y Cutrona CE (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.
- Saulsberry A, Marko-Holguin M, Blomeke K, Hinkle C, Fogel J, Gladstone T et al (2013) Randomized clinical trial of a primary care internet-based intervention to prevent adolescent depression: one-year outcomes. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 22(2):106–117.
- Salloum A, Overstreet S (2012) Grief and trauma intervention for children after disaster: exploring coping skills versus trauma narration. *Behav Res Ther* 50(3):169–179
- Simms, A., & Nichols, T. (2014). Social loafing: A review of the literature. *Journal of Management Policy and Practice*, 15(1), 58.
- Stevens, N. A. N. (2001). Combating Loneliness: a friendship enrichment programme for older women. *Ageing & Society*, 21(2), 183-202.
- Sullivan HS (1953). *The interpersonal theory in Psychiatry*. New York: Norton.
- Schwartz S. H. (1987). An invitation to collaborate in cross-cultural research on values. Manuscrito inédito. Jerusalén, The Hebrew University.
- Schwartz, S. H. y Bilsky, W. (1987). Towards a structural model of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 550–562.

- Schwartz, S.H. (1992) Universals in the content and the structure of values: Theoretical advances and empirical test in 20 countries. En M. Zanna (Ed.) *Advances in experimental Social Psychology*. Vol. 25, pp. 1-65.
- Tani M, Cheng Z, Piracha M, et al. (2022) Ageing, health, loneliness and wellbeing. *Social Indicators Research* 160: 791–807.
- Trucharte, A., Calderón, L., Cerezo, E., Contreras A., Peindado V. y Valiente C., (2023). Three-item loneliness scale: psychometric properties and normative data of the Spanish version. *Curr Psychol* 42, 7466–7474.
- Velasco, J. R., & Manjón, S. G. (2022). La expresión del aburrimiento y la soledad no deseada en Twitch. *Revista ICONO 14. Revista científica de Comunicación y Tecnologías emergentes*, 20(2).
- Vinogradov S. y Yalom I. D., (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós: Barcelona.
- Vlaming, R., Haveman-Nies, A., Van't Veer, P. y Groot, LC (2010). Diseño de evaluación para un programa de intervención complejo dirigido a la soledad en ancianos holandeses no institucionalizados. *Salud pública de BMC*, 10, 1-9.
- West DA, Kellner R y Moore-West M (1986). The effects of loneliness: a review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 351-363.
- Yalom, I. D., (1985). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Nueva York: Basic Books.
- Yang, K. y Víctor, C. (2011). Edad y soledad en 25 naciones europeas. *Envejecimiento y sociedad*, 31 (8), 1368-1388.
- Yarnoz, S. (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *International journal of psychology and psychological therapy*, 8(1), 103-116.
- Zang YY, Hunt N, Cox T (2013) A randomised controlled pilot study: the effectiveness of narrative exposure therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake. *BMC Psychiatry* 13:41.
- Zang YY, Hunt N, Cox T (2014) Adapting narrative exposure therapy for Chinese earthquake survivors: a pilot randomised controlled feasibility study. *BMC Psychiatry* 14:262.

(06)

VEINTE AÑOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: ANÁLISIS DE LA VOTACIÓN PARA LOS MEJORES ARTÍCULOS DE LA REVISTA

Resumen

En 2024 se han cumplido 20 años desde el lanzamiento del primer número de la Revista de Rehabilitación Psicosocial, que se creó en 2004. En estos veinte años se han publicado unos 145 artículos. Para conmemorar esta trayectoria se llevó a cabo una votación para identificar los artículos más relevantes publicados entre 2004 y 2024. Participaron diez miembros del Comité Editorial y de la Junta de FEARP. Se registraron 93 votos repartidos entre 45 artículos, lo que refleja la diversidad y calidad del corpus editorial. Este artículo analiza el proceso de votación, las temáticas más valoradas y presenta una revisión cualitativa de los veinte artículos más votados.

Introducción

Durante dos décadas, la Revista de Rehabilitación Psicosocial (RRP) ha sido un referente en la difusión de conocimiento y experiencias en su campo y, por extensión, en el de la salud mental comunitaria. En la celebración de su 20º aniversario, se realizó una consulta a diez expertos para seleccionar los artículos más influyentes de este periodo. Esta iniciativa tiene implicaciones no solo de carácter conmemorativo, sino también críticas y reflexivas respecto al desarrollo histórico y las tendencias emergentes en rehabilitación psicosocial. En la bibliografía actual no hay muchos artículos que ejerciten una selección de lo más destacado en nuestra disciplina, exceptuando el acertado trabajo de Marcelino Alvarez (1).

La RRP es una publicación con una idiosincrasia muy marcada, difícil de encajar con otras revistas. Por un lado, es un tipo de publicación que se encuentra a medio camino entre **dos grupos de revistas, las ‘académicas’ y las ‘profesionales’** (2).

- Las revistas académicas se dirigen a la comunidad científica y académica. Sus trabajos pasan habitualmente un proceso de revisión.
- La revista profesional está dirigida a una audiencia más restringida como son los miembros de una profesión. Su contenido trata de mantener informado a este colectivo de los últimos avances relativos a su profesión.

La diferencia clave entre revistas académicas y profesionales radica en la revisión por pares. Las revistas académicas someten sus artículos a un proceso de revisión por pares (o arbitraje) por expertos en el campo, mientras que las revistas profesionales, usualmente, no lo hacen (3). La RRP tiene los objetivos de las revistas profesionales combinado con los procedimientos de revisión de las revistas académicas.

Si contextualizamos la RRP dentro del panorama de revistas españolas vemos que, según un estudio realizado en 2017 entre 1200 revistas (4), el perfil de las revistas científicas españolas se caracteriza por:

- Un modelo con financiación principal de ayudas institucionales. El cobro de cargos por publicar entre las revistas científicas españolas es menos del 3%. La RRP no recibe ayudas económicas institucionales ni cobra a los autores por publicar.
- La mayoría de las revistas carece de una estructura organizativa estable y depende, en gran medida, del trabajo voluntario. La RRP se basa en el trabajo voluntario del Comité Editorial.
- Madrid, Cataluña y Andalucía son las regiones que editan la mayoría de las revistas científicas españolas. Actualmente la RRP se maquetan en Murcia.
- En cuanto a la titularidad, hay un predominio de revistas universitarias y, en menor medida, de revistas de asociaciones y sociedades profesionales. La RRP tiene la titularidad de la federación de asociaciones de FEARP- Ha estado con la colaboración de otras entidades como DOYMA y fundaciones (FISLEM, Fundesa-lud). Actualmente explora apoyos de futuro por parte de universidades (UJI), CREAP, etc.
- La producción de revistas científicas es mayor en el ámbito de las Artes y Humanidades y las Ciencias Sociales, que conjuntamente aglutinan el 68% del total. La RRP se haya a medio camino entre las ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales.
- La mayoría de las revistas (50%) se publican tanto en formato de papel como digital, cerca de un 30% se publica solo en formato digital y un 20% de las revistas españolas se publican solo en formato impreso. La RRP se publica solo en formato digital (salvo algún número excepcional o conmemorativo).
- Un 5% de las revistas informó que publicaba solo en inglés, el total de las que informaron combinar el castellano con el inglés en proporciones variables supera el 40%. La RRP publica en castellano.

- El acceso abierto emerge de confluencia de tres factores: la crisis en los costes de las publicaciones impresas, la desproporcionada subida de precios de las revistas científicas, las oportunidades de acceso ofrecidas por internet.

La RRP publica en acceso abierto.

- En cuanto a la estructura organizativa, los editores generalmente tienen dos roles. Por un lado, el rol como editores les permite aportar su “saber hacer” gestionando la actividad científica. Por otro lado, el rol administrativo/gerencial que compromete la eficiencia de la difusión científica. Este modelo, donde una misma persona ejerce ambos roles -editor y administrador- les aleja del modelo de profesionalización. Además de la dependencia de un trabajo voluntario para sostener la estructura organizativa (presente en un 70% de los encuestados).

Dentro de este panorama de las publicaciones científicas (académicas o profesionales) un aspecto importante es la evaluación de revistas científicas, un campo complejo y dinámico. El factor de impacto (IF) sigue siendo el criterio más relevante, pero se critica su uso exclusivo como medida de la calidad de una revista, ya que puede ser manipulable y no refleja la calidad intrínseca de los artículos.

Se han propuesto diversas alternativas y mejoras a las métricas tradicionales, como el uso de factores de impacto ponderados o la consideración de otros indicadores de calidad. Existen también otras métricas basadas en redes sociales, que buscan ofrecer una visión más completa del impacto de las publicaciones.

Desde la RRP, hemos impulsado un proceso de votación de los artículos más influyentes, no tanto para evaluar el impacto de la RRP como un acercamiento a los artículos y las temáticas más relevantes dentro de nuestro ámbito profesional y a partir de un círculo de expertos en rehabilitación.

Metodología

El procedimiento se inició con la invitación para votar extensiva a los miembros de dos grupos de expertos, los miembros del Comité Editorial de la RRP y los miembros de la Junta de Gobierno de la FEARP.

Participaron 10 expertos en total, quienes seleccionaron hasta un máximo de 10 artículos cada uno, entre los 145 publicados. El criterio de votación fue elegir los artículos con mayor influencia en cada votante. Se copilaron 93 votos distribuidos entre 45 artículos distintos, lo cual refleja la amplia dispersión del voto ya que casi un tercio de los artículos publicados fue destacado como influyente. El recuento lo encabezaron 4 artículos, con 5 votos cada uno. Presentamos aquí una revisión de los 20 más votados, con énfasis en su contribución temática y metodológica al campo.

Resultados y discusión

Los 20 artículos más votados cubren un amplio abanico de temas, desde estudios longitudinales, propuestas feministas, reducción del estigma, hasta análisis funcionales y desafíos como la desinstitutionalización en el siglo XXI o la atención a colectivos específicos como personas inmigrantes sin hogar, jóvenes, mayores, etc.

Las categorías predominantes fueron:

- Evaluaciones longitudinales y seguimiento clínico [1].
- Perspectiva de género y enfoque feminista [2].
- Reducción del estigma e intervenciones psicosociales [3].
- Evaluación de trastornos específicos como el TLP [4].
- Aportes metodológicos a la intervención terapéutica [5,13].
- Modelos restaurativos y atención comunitaria [10].
- Nuevas miradas sobre institucionalización, postpsiquiatría y atención transcultural [9,18,20].

La diversidad temática refleja el carácter interdisciplinario y crítico de la revista, donde se integran propuestas clínicas, sociales, filosóficas y éticas en torno al tratamiento y recuperación de personas con trastorno mental grave.

Conclusiones

Este análisis destaca la riqueza, profundidad y evolución de la rehabilitación psicosocial en el ámbito hispano en los últimos veinte años. La selección colectiva de estos artículos resalta no solo los hitos pasados, sino también los desafíos contemporáneos y futuros.

La dispersión de votos, con cuatro artículos en primer lugar y muchos otros con entre 1 y 4 votos, sugiere una distribución equitativa del interés lector. Este patrón puede reflejar la calidad consistente de las publicaciones de la revista, así como una diversidad de intereses temáticos entre sus lectores.

Cabe destacar que los artículos más votados no pertenecen exclusivamente a los años más recientes, lo que refuerza la vigencia de ciertos contenidos y su impacto duradero. Futuras ediciones podrían implementar estrategias de segmentación temática o categorías diferenciadas para una votación más especializada.

La revista puede ser una plataforma para la reflexión, el debate y la transformación de las prácticas en rehabilitación psicosocial y en salud mental en general.

Los 20 artículos más votados (de menor a mayor número de votos recibidos):

- Sanz M, et al. Estudio de la evolución de las personas con trastorno mental grave atendidas en un Centro de Rehabilitación Psicosocial durante los 10 primeros años de su funcionamiento (Mayo 1989- Abril 1999). *Revista Rehabilitación Psicosocial*. 2021; 17(1): 10-18.
- Martín-Jaureguizar I. La rehabilitación psicosocial también puede ser feminista. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2023. 19(2):10-17.
- Orviz García S, et al. Resultados de un programa para la reducción del estigma internalizado en personas afectadas de trastorno mental grave. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2023; 19(1):24-31.
- López, M.V., et al. Trastorno de personalidad límite y rehabilitación psicosocial: ¿funciona?... *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2024; 20(2): 10-19.
- Marredo J. La Psicología de los Constructos Personales en el Ámbito de la Rehabilitación Psicosocial. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2010; 7(1):27-34
- Muñoz M. La Lucha Contra el Estigma de la Enfermedad Mental. Razones para la Esperanza.. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2013; 10(2):10-19.
- Navarro D., Chévez A. Elementos Esenciales en La Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastorno Mental Grave. Opinión de los Expertos Mediante Estudio Delphi. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2019; 11(1):6-16.
- Penadés R, et al. Recomendaciones para las buenas prácticas de la evaluación neuropsicológica dentro del ámbito de la salud mental. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2019; 15 (1): 10-19.
- García Valdecasas J. Psiquiatría y postpsiquiatría para un mundo en crisis (social, económica y climática). *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2020; 16(1): 16-26.
- Aznar Martínez A, et al. Reflexión sobre el Enfoque Restaurativo Global (ERG) en Servicios de Rehabilitación Comunitaria (SRC). *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2023; 19(1):14-21.
- Navarro D, et al. Análisis de necesidades asociadas a personas con trastorno mental grave atendidas en centros y servicios de rehabilitación psicosocial con elevada edad.. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2024; 20(1):22-36.
- Guinea R. La rehabilitación psicosocial en Europa. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2014; 11(1):28-45.
- Frojan-Parga MX, et al. Análisis funcional de la interacción terapéutica. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2015; 12(2):4-13.
- Muñoz, M., Perez y Panadero. Intervención con personas sin hogar. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2004. 1(2):64-72.
- Saiz J, Rosillo M. Investigación en Rehabilitación Psicosocial: Investigaciones posibles, Repercusiones posibles.. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2023;19(1):8-12.
- Mas-Expósito L, Rubio R. Evidencia científica en Primeros Auxilios en Salud Mental. Aproximación a través de metaanálisis y ensayos controlados y aleatorizados. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2024; 20(1):12-21
- Barrios-Morilla C, Villegas F. Inserción laboral de jóvenes con problemas de salud mental *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2019. 15(2):10-17.
- Villegas F. Desinstitucionalización 2.0. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2020. 16(2):33-37.
- Fdez Blanco JI. La rehabilitación psicosocial: apuntes para la reflexión y el debate. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2020; 16(2):20-25.
- Recalde Iglesias F. La atención a personas inmigrantes con trastorno mental sin hogar desde una perspectiva cultural. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2022; 18(2):8-17.

Panel de expertos que participaron en la votación:

- Luis Pelegrin, 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 de Gran Canaria. Tesorera de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial.
- Jaime A Fernández, Editor de la Revista de Rehabilitación Psicosocial. Psicólogo clínico Gran Canaria

Bibliografía

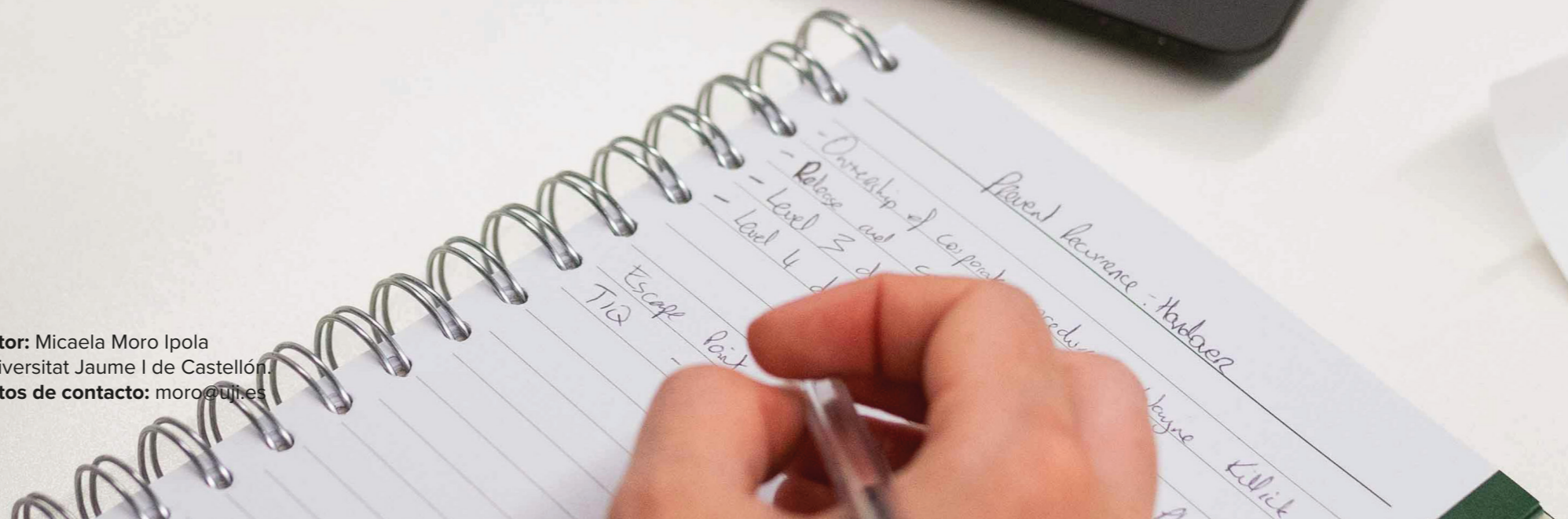
- López Álvarez, M. (2011). Diez referencias destacadas en Rehabilitación Psicosocial. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology, 2011; 7, 9-14. <https://idus.us.es/server/api/core/bitstreams/52bef9ed-a27b-4446-9e15-9846bc4b8157/content>
- Giménez Toledo E, Gómez Caridad I.Martín Sempere MA.Páez Mañá J.Román Román A. Urdín Caminos C. Vázquez Valero M. La edición de revistas científicas. Guía de buenos usos Coor Adelaida Román Román. (CINDOC-CSIC) Madrid, 2001.
- Mcdonald, Steven ; Feather, John. British library and information science journals: a study of quality control. Journal of Information Science, 1995, 21(5), p. 359-369.
- Claudio González, M.G., Martín Baranera, M. Y Villarroya Planas, A. La edición de revistas científicas en España: una aproximación descriptiva. Anales de Documentación, 2017, vol. 20, nº 1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesdoc.201.265771>

(07)

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL ESTIGMA INTERNALIZADO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE, EN DIFERENTES CONTEXTOS DE VIDA

Autor: Joaquín Moreno Fernández
Máster en rehabilitación psicosocial.
Datos de contacto: joaquinmorenofdz@gmail.com

Autor: Micaela Moro Ipola
Universitat Jaume I de Castellón.
Datos de contacto: moro@uji.es



Resumen

El estigma internalizado constituye una de las principales barreras para la integración y recuperación de las personas con trastorno mental grave. En este trabajo se compararon los niveles de autoestigma en función del contexto de vida, diferenciando a personas que viven en mayor autonomía y otras dependientes de instituciones residenciales. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal con un enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 77 participantes con diagnóstico de trastorno mental grave. El grupo comunitario, más autónomo, contó con 53 participantes y el grupo institucional con 24. Para la recogida de datos se utilizó la escala ISMI (*Internalized Stigma of Mental Illness*), validada en español, se administró de manera autoadministrada y registrada mediante la plataforma Qualtrics. **Resultados:** se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, con puntuaciones totales de la escala más elevada en el grupo residencial y, especialmente en las subescalas de Alineación, Estereotipos y Discriminación percibida. La dimensión Resistencia al estigma no presentó diferencias estadísticas. **Conclusión:** Estos hallazgos sugieren que los entornos residenciales influyen en la vivencia del estigma internalizado y resalta la importancia de adaptar estrategias de rehabilitación psicosocial y promover modelos comunitarios inclusivos. En conclusión, en la lucha contra el estigma deben considerarse políticas y programas de salud que impulsen la autonomía, la participación y la calidad de vida de las personas con enfermedad mental grave.

Palabras clave:

estigma internalizado; trastorno mental grave; ISMI; institucionalización; rehabilitación psicosocial.

Abstract

Internalised stigma is one of the main barriers to the integration and recovery of people with severe mental health conditions. This study compared levels of self-stigma according to living context, distinguishing between individuals living with greater autonomy and those in residential institutions. **Material and methods:** A descriptive, observational and cross-sectional study with a quantitative approach was conducted. The sample consisted of 77 participants diagnosed with severe mental illness, of whom 53 belonged to the more autonomous community group and 24 to the institutionalized group. Data were collected using the Spanish-language version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale, which was administered in a self-report and guided format via the Qualtrics platform. **Results:** Statistically significant differences were found between the groups, with higher scale scores observed in the residential group, particularly in the Alienation, Stereotypes, and Perceived discrimination subscales. The Stigma-resistance dimension did not show statistical significance. **Conclusion:** These findings suggest that residential environments influence the experience of internalised stigma, highlighting the importance of adapting psychosocial rehabilitation strategies and promoting inclusive, community-based models. Therefore, combatting stigma must be incorporated into health policies and programmes that foster autonomy, participation and quality of life for individuals with severe mental health conditions.

Keywords:

internalized stigma; severe mental illness; ISMI; institutionalization; psychosocial rehabilitation.

Introducción

El estigma vinculado a los trastornos mentales continúa siendo una de las principales barreras para la recuperación, integración social, acceso a servicios de calidad y al acceso al trabajo para las personas con trastorno mental grave (TMG). Según la Organización Mundial de la Salud, en 2022 (1), abordar el estigma debe ser una prioridad estratégica en la transformación de los sistemas de salud mental a nivel global.

Más allá de los síntomas clínicos, las personas con enfermedad mental grave deben hacer frente a un proceso de marginación social históricamente arraigado, que perpetúa la exclusión, la desigualdad y la falta de oportunidades. Esta dinámica impacta de forma directa en su calidad de vida, en su bienestar emocional y en su identidad personal (2). Desde una perspectiva sociológica, Goffman definió el estigma como una marca social que desacredita al individuo, condicionando su persona y su dignidad ante la mirada del otro y degradando su imagen social (3). Esta conceptualización fue más ampliada por Link y Phelan, quienes identificaron tres componentes clave del estigma: los estereotipos (atribuciones negativas), los prejuicios (actitudes negativas) y la discriminación (conductas negativas) (4).

Entre las múltiples formas de estigmatización, una de las más lesivas y silenciadas es el autoestigma o estigma internalizado, que se refiere a la aceptación, por parte de la persona, de los estereotipos negativos impuestos socialmente. Es decir, el individuo llega a verse a sí mismo como incapaz, inferior o peligroso, lo que genera consecuencias devastadoras en términos de autoestima, empoderamiento y proyección vital (5).

En este contexto, la escala ISMI (*Internalized Stigma of Mental Illness*) se ha consolidado como una herramienta psicométrica de referencia para evaluar el estigma internalizado en población con TMG. Desarrollada por JB Ritsher, esta escala mide cinco dimensiones (6). La adaptación cultural al español fue realizada por Rosario Bengochea-Seco, lo cual la convierte en un instrumento apropiado para estudios en contextos hispanohablantes (7).

Diversos autores han señalado que el contexto residencial influye en el nivel de estigma internalizado. En entornos institucionales se puede reforzar la percepción de incapacidad, dependencia y desvinculación del entorno social, mientras que vivir de forma autónoma en la comunidad puede favorecer una imagen positiva y más activa de las personas con enfermedades mentales (3).

El objetivo de este trabajo ha sido analizar el estigma internalizado en dos grupos diferentes, como punto de partida para fundamentar intervenciones psicosociales personalizadas en función del entorno de los usuarios, fomentar los servicios centrados en la persona y visibilizar la necesidad de una atención más comunitaria e inclusiva.

Hipótesis

- **Hipótesis principal:** *Las personas con enfermedad mental grave que residen en centros sociosanitarios o recursos residenciales presentan niveles más elevados de estigma internalizado, en comparación con aquellas que viven en entornos comunitarios con mayor grado de autonomía.*
- **Hipótesis secundaria:** *Las dimensiones de alineación, estereotipos, aislamiento y discriminación percibida será más arraigada en el grupo institucionalizado que en el grupo de mayor autonomía. La subescala de la resistencia al estigma será la menos consistente psicométricamente.*

Objetivos

Objetivo general: Comparar el nivel de estigma internalizado en personas con enfermedad mental en función de su contexto de vida, con mayor autonomía y en un medio institucionalizado.

Objetivos específicos:

1. Medir el nivel de estigma internalizado en personas con trastorno mental grave que viven de una manera autónoma solas o con familiares.
2. Medir el nivel de estigma internalizado en personas con enfermedad mental que residen en instituciones psiquiátricas o centros terapéuticos.
3. Identificar diferencias significativas entre ambos grupos.
4. Analizar las implicaciones clínicas y sociales de los resultados obtenidos para orientar intervenciones futuras.

Material y Métodos

4.1 Diseño del estudio:

El presente trabajo adopta un diseño observacional, descriptivo, transversal y con enfoque cuantitativo.

4.2 Muestra:

La muestra estuvo compuesta por 78 participantes adultos con diagnóstico formal de TMG, divididos en dos grupos que no fueron homogéneos (n=53 el 1º grupo, n=24 el 2º grupo y 1 caso perdido), seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo con su contexto de vida:

- **Grupo 1 (Comunitario):** personas con TMG que viven solas, con familiares o en pisos tutelados, en régimen autónomo o semiautónomo, y que están en seguimiento por parte de dispositivos de salud mental comunitarios. La mayoría de los participantes son usuarios de la asociación FEAFES.
- **Grupo 2 (Institucionalizado):** personas con TMG que residen de forma permanente en centros residenciales y sobre todo los participantes residen en el Centro de Rehabilitación Psicosocial del Grupo 5 de Plasencia.

4.3. Criterios de inclusión:

Tener 18 años o más, diagnóstico clínico de TMG (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad u otros diagnósticos incluidos en la definición de TMG), estabilidad clínica suficiente para participar en una evaluación, capacidad para comprender y firmar el consentimiento informado y participación voluntaria.

4.4. Criterios de exclusión:

Deterioro cognitivo severo o diagnóstico concomitante de demencia, presencia de un episodio agudo (psicótico o afectivo) en el momento de la evaluación, incapacidad funcional para leer y comprender el cuestionario, rechazo a participar o retirada del consentimiento en cualquier momento y consumo activo de sustancias.

4.5 Variables

Variables principales:

- **Variable independiente:** tipo de contexto de vida (comunitario vs. institucionalizado).
- **Variable dependiente:** nivel de estigma internalizado (escala ISMI)

Variables secundarias / de control: Edad y sexo.

4.6 Instrumento de recogida de datos

Se emplea la Escala ISMI (**Internalized Stigma of Mental Illness**), desarrollada y validada al español. Este instrumento consta de 29 ítems distribuidos en cinco subescalas: Alienación, Estereotipos, Discriminación percibida, Retraimiento social, Resistencia al estigma. El contenido de la escala está disponible en el artículo de la adaptación a español (7). Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de 4 puntos (1 = nada de acuerdo, 4 = totalmente de acuerdo). Las puntuaciones más altas reflejan mayor nivel de estigma internalizado. La escala fue administrada y recogida en formato digital mediante la plataforma Qualtrics, que permite anonimato, accesibilidad y control de calidad en la recogida de datos.

4.7 Análisis de datos

Los datos serán analizados utilizando el programa SPSS. El análisis se realizará en varias fases:

1. Estadística descriptiva: medias, desviaciones estándar, frecuencias y porcentajes para las variables sociodemográficas y clínicas.
2. Pruebas de normalidad: prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la distribución de las variables continuas.
3. Análisis bivariado: comparación de medias: prueba t de Student para muestras independientes; comparación entre grupos con la correlación de Pearson y cálculo de tamaño del efecto (d de Cohen) e IC al 95% y al 99%

4.8 Aspectos éticos

El estudio se ajusta a los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki (2013) y en la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, así como a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado antes de participar y de forma anónima. El proyecto pasó por un proceso de selección y revisión de la idoneidad y eticidad de la investigación de la empresa Grupo 5, dando acceso a poder recoger muestras en uno de sus centros.

Resultados:

Para conocer si las muestras seguían la curva normal, se realizó la prueba de Shapiro-Wilk con la variable ISMI (puntuación total de la escala). En el grupo 1 (autónomo) el estadístico fue 0.957 y la $p < 0.057$. En el grupo 2 (institucional) el estadístico fue 0.9222 y la $p < 0.063$. Se acepta, por lo tanto, la hipótesis nula de la normalidad de las distribuciones lo que justifica el uso de pruebas estadísticas paramétricas.

5.1. Características sociodemográficas.

La muestra inicial fue de 78 participantes, la media de edad fue de 48,32 años (DE=12,34; rango 19–68). En cuanto, a la variable del sexo estuvo un poco equilibrada, participaron 32 hombres y 45 mujeres. La variable de la residencia, se puede ver cuántos participantes pertenecen a cada grupo en la tabla 1.

[Tabla 1]

Distribución por tipo de residencia

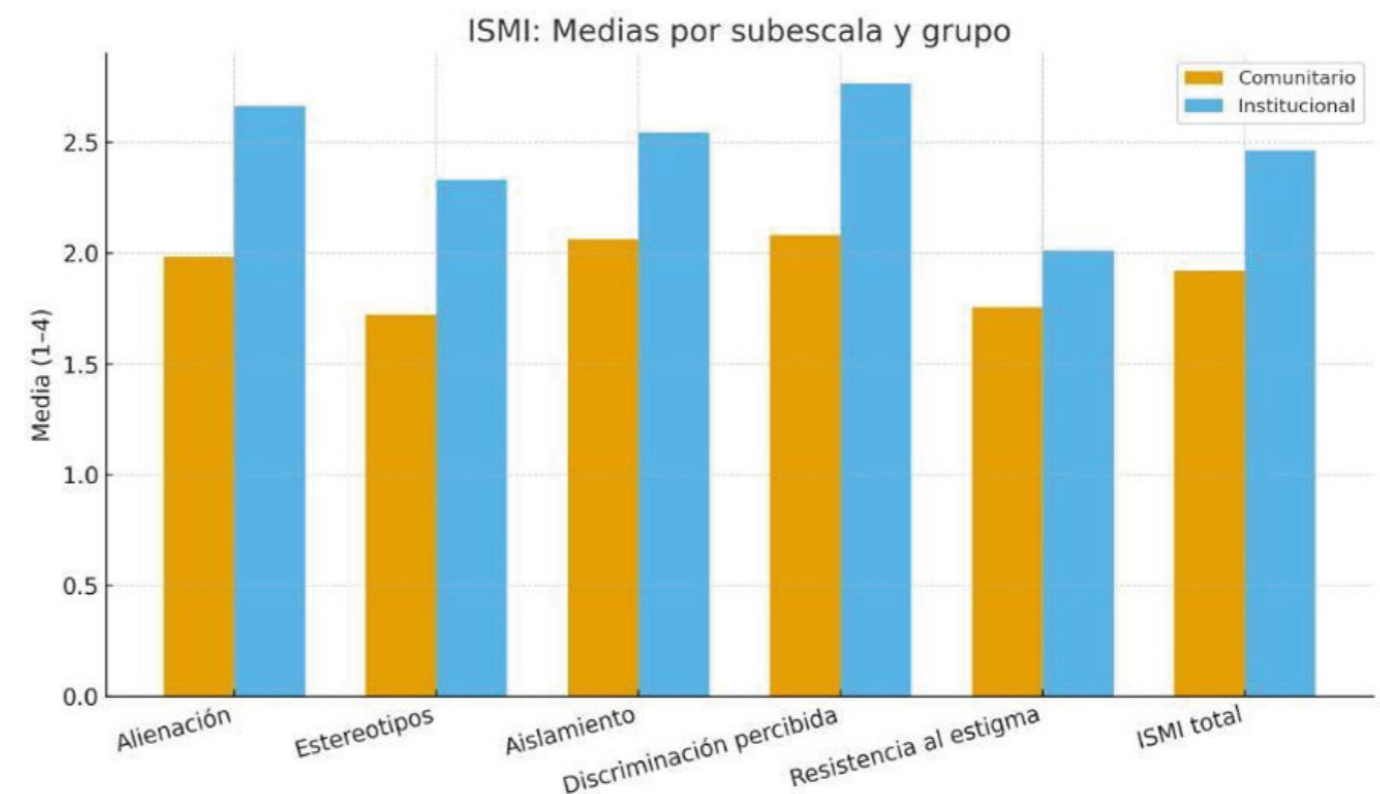
Residencia	N	%
Vivienda individual/familiar/tutelada	53	67.9 %
Residencia o institución	24	30.8 %
Caso perdido en el sistema	1	1,3 %

5.2. Datos de la escala ISMI.

La muestra total obtuvo unas puntuaciones medias entre 1,84 y 2,29 en las subescalas, con una media global de la escala ISMI en los encuestados es de 2,09 con una desviación estándar de 0,59 (DE=0,59). Se presenta un nivel medio de estigma internalizado en el conjunto de la muestra. En el análisis por tipo de residencia, se observó que el grupo que vive en residencias o instituciones terapéuticas presentó una mayor puntuación en todas las subescalas y por tanto mayor grado de estigma internalizado que el grupo con mayor autonomía, como está representado en la figura 1.

[Figura 1]

Medidas por subescalas y grupos.



5.3. Correlaciones.

El análisis de las correlaciones de Pearson identificó asociaciones consistentes entre las diferentes dimensiones de la escala ISMI. Los análisis del grupo completo mostraron que todas las subescalas se correlacionaron de manera positiva y son casi todas significativas en el nivel 0.001, excepto en la dimensión resistencia que dio magnitudes más bajas que el resto de las subescalas. véase en la tabla 2.

En el grupo institucionalizado las correlaciones fueron más fuertes entre algunas dimensiones, se hallaron coeficientes elevados entre las dimensiones de alienación y aislamiento ($r=0,840$) y entre aislamiento y discriminación percibida ($r=0,833$) ambas en $p < 0,001$.

[Tabla 2] Correlaciones del grupo completo.

Correlaciones		Alineación	Estereotipos	Aislamiento	Discriminación	Resistencia
Alienación	Correlación de Pearson	1	.69**	.77**	.72**	.49**
	Sig.		<.001	<.001	<.001	<.001
	N	77	77	77	77	77
Estereotipos	Correlación de Pearson	.69**	1	.64**	.64**	.49**
	Sig.	<.001		<.001	<.001	<.001
	N	77	77	77	77	77
Aislamiento	Correlación de Pearson	.77**	.64**	1	.76**	.38**
	Sig.	<.001	<.001		<.001	<.001
	N	77	77	77	77	77
Discriminación	Correlación de Pearson	.72**	.64**	.76**	1	.33**
	Sig.	<.001	<.001	<.001		.003
	N	77	77	77	77	77
Resistencia	Correlación de Pearson	.49**	.49**	.38**	.33**	1
	Sig.	<.001	<.001	<.001	.003	
	N	77	77	77	77	77

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

4.4. Comparación entre grupos.

Se realizaron comparaciones entre los grupos comunitario ($n=53$) y el institucionalizado ($n=24$).

Las diferencias fueron estadísticamente significativas en las dimensiones Alineación, Aislamiento, Estereotipos y Discriminación percibida. En particular, se observaron diferencias en Alienación ($t = -3,72$; $p < 0,001$; $d = 0,74$), Estereotipos ($t = -3,98$; $p < 0,001$; $d = 0,62$) Aislamiento ($t = -2,89$; $p = 0,005$; $d = 0,68$), Discriminación percibida ($t = -3,93$; $p < 0,001$; $d = 0,71$) y en la puntuación total de la ISMI ($t = -4,12$; $p < 0,001$; $d = 0,54$), todas con tamaños del efecto entre moderados y altos. La subescala de Resistencia al estigma no alcanzó significación estadística significativa ($t = -1,79$; $p = 0,077$), estos datos se muestran en la tabla 3. Estos resultados reflejan que el estigma internalizado es mayor en personas institucionalizadas con una magnitud relevante desde el punto de vista clínico.

[Tabla 3] Comparación entre grupos.

Escala	Media Comunitario	Media Institucional	t (aprox)	p (bilateral)	d de Cohen
Alienación	1.9827	2.6639	-3.72	< .001	0.74
Estereotipos	1.7234	2.3323	-3.98	< .001	0.62
Aislamiento	2.0616	2.5458	-2.89	=.005	0.68
Discriminación percibida	2.0821	2.7646	-3.93	< .001	0.71
Resistencia al estigma	1.7566	2.0125	-1.79	=.077	0.58
ISMI total	1.9213	2.4638	-4.12	< .001	0.54

Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que las personas con enfermedad mental grave residentes en contextos institucionalizados presentan niveles más altos de estigma internalizado que aquellas que viven en entornos comunitarios o con mayor grado de autonomía. Las diferencias fueron consistentes en las subescalas de Alienación, Estereotipos, Aislamiento y Discriminación percibida, así como en la puntuación total de la ISMI, lo que sugiere que el contexto residencial y sociocultural influyen de manera clave en la vivencia del estigma. Estos hallazgos coinciden con los descritos en otros trabajos, donde se concluye que los pacientes hospitalizados presentan puntuaciones más elevadas de estigma internalizado en comparación con otros pacientes en régimen ambulatorio, especialmente en la dimensión de Alienación (8). En la misma línea, un estudio español mostró que los usuarios de redes comunitarias de rehabilitación psicosocial presentaban niveles mayores de autoestigma que otros pacientes con seguimiento ambulatorio, (9).

La bibliografía es escasa y con resultados diferentes y ambiguos al comparar un grupo en tratamiento ambulatorio y otro grupo hospitalizado o residencial. Estas discrepancias ponen en evidencia la complejidad del fenómeno y la necesidad de considerar más factores socioculturales y sociodemográficos como la siguiente investigación que considero características psicosociales (10). Es cierto que las características sociodemográficas y las variables son muy diferentes en las investigaciones referentes a la utilización de la escala ISMI y por ello se puede dar la variabilidad de los resultados.

Un aspecto relevante de este estudio es el comportamiento psicométrico de la subescala Resistencia al estigma, que mostró correlaciones positivas, pero sin llegar a alcanzar significación estadística, lo que concuerda con lo encontrado en la bibliografía. Hay que señalar que esta dimensión tiene menos consistencia interna que el resto de las escalas (7).

Conclusión

Esta investigación confirma que el contexto residencial influye en la vivencia del estigma internalizado, las personas institucionalizadas presentan mayores puntuaciones, en la escala, en los niveles de alineación, aislamiento y discriminación percibida que quienes residen en comunidad con mayor autonomía. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de modelos comunitarios más inclusivos que impulsen la autonomía, la implementación de estrategias y políticas contra el estigma y favorecer el empoderamiento de las personas con enfermedades mentales. La subescala Resistencia al estigma muestra menor consistencia interna como muchos de los estudios que han utilizado esta herramienta. Este trabajo está en la línea de otros estudios publicados en la literatura científica, en el sentido de que los entornos residenciales pueden intensificar la percepción del estigma, con el consiguiente empeoramiento de la calidad de vida. Sin embargo, la bibliografía es escasa, con resultados en algunos casos ambiguos o contradictorios, por lo que sería necesario continuar investigando en este campo.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Corrigan PW. On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change. Washington: American Psychological Association; 2005. <https://doi.org/10.1037/10887-000>
- Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1963.
- Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001;27:363–85. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2010;71(12):2150–6. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2010.09.030>
- Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* 2003;121(1):31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez de Tojeiro-Roce J, García-Polavieja B, et al. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2018;11(4):244–54. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007>
- Szcześniak D, Kobyłko A, Wojciechowska I, Kłapciński M, Rymaszewska J. Internalized stigma and its correlates among patients with severe mental illness. *Psychiatry Clin Psychopharmacol.* 2018;28(2):214–20. <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1418311>
- González-Sanguino C, González-Domínguez S, Castellanos MA, Muñoz M. Mental illness stigma: A comparative cross-sectional study of social stigma, internalized stigma and self esteem. *Clínica y Salud.* 2022;33(2):59–64. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a16>
- James TT, Kutty VR. Assessment of internalized stigma among patients with mental disorders in Thiruvananthapuram District, Kerala, India. *Asia Pac J Public Health.* 2015;27(2):439–44. <https://doi.org/10.1177/1010539514562449>

08)

**«YA NO TIENES QUE REGATEAR
SOLO CON EL PENSAMIENTO»**





Esto es lo que dijo un jugador de un equipo noruego de fútbol callejero sobre sus experiencias como futbolista. Los jugadores de estos equipos son personas con experiencias vividas de problemas de salud mental y/o abuso de sustancias. En un estudio sobre el fútbol callejero (Ogundipe, Borg, Thompson, Knutsen, Johansen y Karlsson, 2020), los participantes hablaron del valor de pertenecer a un equipo de fútbol real y de jugar al fútbol en un estadio real. Hablaron de un lugar donde podían hacer amigos, simplemente estar con gente «como uno mismo» y de la alegría, así como de la lucha por ponerse en mejor forma y tener un propósito en la vida diaria.

Algún lugar al que pertenecer

La soledad y la sensación de ser un extraño en la sociedad son experiencias típicas de las personas que viven con problemas de salud mental y abuso de sustancias. El apoyo social y los lugares comunitarios disponibles y accesibles son esenciales (Bjørlykhaug, Karlsson, Hesook y Kleppe, 2021). Es bien sabido que puede ser difícil encontrar un trabajo significativo y lugares inclusivos y acogedores, donde uno se sienta aceptado y pueda ser uno mismo (Karlsson & Borg, 2023). La recuperación social y la ciudadanía han estado durante mucho tiempo en el centro de las políticas de salud y bienestar (OMS, 2022). Sin embargo, las personas siguen denunciando los retos que supone ser incluidas y aceptadas como seres humanos iguales. Ha habido muchos programas prometedores de salud mental comunitaria que tienen como objetivo lugares comunitarios accesibles, inclusión social y ciudadanía. Sin embargo, el tiempo en la comunidad no es lo mismo que una vida en comunidad. En un trabajo de Hamer, Finlayson y Warren (2014), se exploró el camino hacia la plena ciudadanía de los usuarios de los servicios de salud mental. Los resultados revelaron que el grado en que las personas eran aceptadas como ciudadanos de pleno derecho con los mismos derechos civiles, políticos y sociales que los demás dependía de su capacidad para adoptar las reglas y normas de su sociedad y parecer ciudadanos «normales». Los participantes experimentaron a menudo ser «otros» y estar excluidos de los muchos derechos y responsabilidades de la ciudadanía. Afirmaron que ser etiquetado con una enfermedad mental implicaba ser marginado e ignorado, lo que ponía barreras a su condición de ciudadano.

Disponer de lugares inclusivos y acogedores donde sentirse respetado y aceptado es esencial para apoyar la salud mental y la ciudadanía de las personas. Los lugares acogedores son comunidades sociales donde puedes «ser tú mismo», contribuir y participar de la forma en que te sientas cómodo (Karlsson & Borg, 2023; Sneathen, Jeffries, Thomas, & Salzer, 2021). Los lugares inclusivos pueden encontrarse en gimnasios, bibliotecas, tiendas, cafeterías y campos de fútbol. Estos entornos son significativos, acogedores y agradables. Todos lo hemos experimentado: la sensación de entrar en una habitación y sentirse bienvenido y querido. Me aceptan

y soy suficientemente bueno como soy. En comunidades locales, organizaciones, lugares de encuentro virtuales y a través de intereses o aficiones, uno puede experimentar esto. Los grupos comunitarios de acogida también pueden basarse en relaciones de fe y cuestiones espirituales, experiencias vividas que se comparten o cuestiones prácticas. Simplemente haciendo cosas juntos, cómo ayudar a un compañero en la jardinería o en la cocina.

Políticas de salud y bienestar

En las políticas de salud y bienestar, tanto nacionales como internacionales, se afirma desde hace décadas que la salud mental es parte integrante de nuestra salud y bienestar generales y un derecho humano básico (OMS, 2022). El informe de la OMS (2022) nos recuerda que la salud mental es de vital importancia para todos, en todas partes. Tener una buena salud mental significa que podemos conectar, funcionar, hacer frente y prosperar. La salud mental existe en un continuo complejo, con experiencias que van desde un estado óptimo de bienestar hasta estados de gran sufrimiento y dolor emocional. La OMS (2022) afirma que en el centro de la reforma de la salud mental se encuentra una importante reorganización de los servicios de salud mental. Esta reorganización pretende desplazar el centro de apoyo y atención de los hospitales psiquiátricos a los servicios de salud mental y bienestar basados en la comunidad. También implica remodelar las características físicas, sociales y económicas de los entornos -en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, los lugares sociales y la comunidad en general- para proteger mejor la salud mental y prevenir las afecciones mentales. Estos entornos deben ofrecer a todos las mismas oportunidades de experimentar la ciudadanía, prosperar y alcanzar el nivel más alto posible de salud mental y bienestar. Las necesidades de apoyo de los ciudadanos deben satisfacerse a través de una red comunitaria de servicios accesibles, asequibles y de calidad y de ayuda adaptada. Individuos, gobiernos, proveedores de asistencia, organizaciones no gubernamentales, académicos, empleadores, sociedad civil y otras partes interesadas tienen todos un papel que desempeñar. Entonces, ¿cómo se puede hacer un seguimiento de todo esto y convertirlo en realidad? ¿Dónde están las buenas ideas y las historias de éxito? ¿De quién podemos aprender?.

Fútbol callejero noruego

Nos gustaría compartir una iniciativa prometedora en el contexto de las ligas de fútbol de alto nivel de Noruega. Se llama fútbol callejero. Este concepto no significa que el fútbol se juegue en la calle o que los jugadores vivan en la calle. El concepto tiene sus primeras raíces en una iniciativa de fútbol para personas sin hogar. En Noruega, el fútbol callejero se organiza en colaboración con clubes de fútbol de alto nivel y servicios comunitarios de salud mental y abuso de sustancias y otros servicios de bienestar social. El primer equipo de fútbol callejero en un club de fútbol nacional comenzó en 2011 y en los años siguientes surgieron varios más. Se creó una organización paraguas, la Fundación de Fútbol (Fotballstiftelsen (gatelaget.no)), para organizar partidos, torneos y apoyo de diversas maneras. Un aspecto importante de la actividad de Football Stiftelsen es que no surgió del deseo de representar una alternativa a los servicios existentes. Surgió de la pasión por el fútbol y la búsqueda de nuevas formas de apoyar al prójimo. La Football Foundation ve en el fútbol una gran fuerza por su carácter integrador y atractivo. La Football Foundation quiere utilizar su posición para marcar la diferencia para los ciudadanos que no están incluidos en la sociedad de una manera respetuosa y basada en los derechos. El objetivo es crear una vida cotidiana mejor en colaboración con las personas.

En 2024, había 31 equipos de fútbol callejero en Noruega afiliados a uno de los equipos de fútbol de las divisiones superiores (Football Stiftelsen <https://gatelaget.no>). Para jugar en uno de los equipos, no se necesita una referencia ni una solicitud. Basta con presentarse. El objetivo es crear una vida cotidiana más significativa para los deportistas. El enfoque en la actividad y el carácter inclusivo del deporte pueden contribuir a mejorar la salud, tanto mental como física. Los distintos clubes de la Fundación de Fútbol organizan de dos a tres sesiones de entrenamiento a la semana en horario diurno. Los equipos cuentan con entrenadores de fútbol bien cualificados que a menudo tienen una larga experiencia en el fútbol. En todos los entrenamientos y partidos se sirve comida. Los jugadores tienen acceso a vestuarios, diversas instalaciones y una ducha. El club proporciona a todos los jugadores el equipo de fútbol necesario. También se organizan actividades sociales conjuntas fuera de los entrenamientos. Muchos jugadores han encontrado un trabajo remunerado gracias a las asociaciones de fútbol callejero. Los resultados a finales de 2022 mostraron (Oslo Economics, 2023: <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2023/09/Rapport-gatelag-2.pdf>) que:

- 1171 jugadores estaban inscritos en un equipo
- 102 jugadores consiguieron un empleo remunerado durante el año
- 40 jugadores empezaron la escuela/educación durante el año
- 98 empezaron en proyectos de formación laboral durante el año.

En todos los ámbitos, los resultados fueron considerablemente mejores que los del año anterior.

Los equipos de fútbol callejero actúan como una iniciativa de bajo umbral, en la que puede participar cualquier persona con problemas de salud mental y consumo de sustancias. No se hace distinción de sexo ni de edad. Todo el mundo es bienvenido. Un aspecto único de los equipos de fútbol callejero son las asociaciones desarrolladas con los servicios locales de salud mental y abuso de sustancias y los servicios de bienestar. Profesionales de estos servicios asisten y apoyan a los jugadores de diversas maneras en los entrenamientos y partidos. Esto tiene una gran ventaja, ya que tanto los profesionales como los servicios son mucho más accesibles. Es más fácil tanto establecer contacto como mantener un contacto continuo con profesionales específicos.

Se han realizado algunos estudios sobre el fútbol callejero en el contexto noruego, y varios a nivel internacional (Friedrich & Mason, 2017; Benkwitz&Healy, 2019; Benkwitz, 2022). En el contexto de este artículo, presentaremos las conclusiones de un proyecto de investigación noruego (Thompson, Knutsen, Johansen, Borg,& Karlsson, 2019).

Recuperación en el terreno de juego

En el estudio de evaluación se realizaron ocho entrevistas de grupos focales con cuatro equipos de fútbol callejero. Participaron 51 personas. La atención se centró en las experiencias de los jugadores sobre si el fútbol callejero contribuía a sus procesos de recuperación y de qué manera. Se publicó un informe de investigación (Thomsen et.al., 2019), y a continuación se presentan algunas de las conclusiones.

Una vida cotidiana significativa fue una de las áreas en las que se hizo hincapié. Había varias historias detrás de por qué una persona se convertía en jugador de fútbol callejero. Algunos tenían una pasión fundamental y de toda la vida por el fútbol, mientras que para otros se trataba más de participar en una actividad y experimentar un significado. Se destacó el hecho de tener algo a lo que ir, conocer a otras personas y ponerse en forma. Los participantes destacaron el valor de pasarlo bien juntos y de apoyarse mutuamente. Las descripciones que se repitieron fueron: compañerismo, espíritu de equipo, tener algo que esperar, estar comprometido, hacer frente a la situación y divertirse. El hecho de que el equipo de fútbol fuera un contexto seguro y que los entrenamientos tuvieron lugar en un entorno seguro fue crucial. Esto tenía que ver con el hecho de que no se hablaba demasiado de las drogas y del mal uso del entorno. Ser un equipo significaba ser conscientes del respeto y el valor de los demás y de las normas y rutinas comunes.

Un campo de entrenamiento para muchas cosas fue otro tema que surgió. A través de la comunidad futbolística, los equipos de fútbol callejero surgieron como «campos de entrenamiento» para dos áreas en particular: el deporte en sí y la parte social. El aspecto deportivo se refería a la mejora de la salud física y mental y a convertirse en mejores jugadores de fútbol. Varios hablaron de la alegría de ponerse en forma. Muchos habían tenido un estilo de vida pasivo. Era liberador sentirse más fuerte, más sano y simplemente sentirse bien. Formar parte de un equipo de fútbol muy respetado en la comunidad proporcionó sentimientos de orgullo, esperanza e inspiración. El equipo también se describió como un campo de entrenamiento para los aspectos sociales de la vida. Por ejemplo, los jugadores hablaron de cómo habían desarrollado amistades, y algunos mencionaron tener un lugar seguro para hablar de temas como ser padres o las dificultades para encontrar trabajo. También se habló de aprender a aceptar cumplidos y a tolerar críticas y correcciones.

Nos gustaría compartir las experiencias de un equipo concreto de fútbol callejero. No participaron en el estudio mencionado anteriormente. Un lugar donde puedes ser tú mismo fue un hallazgo clave del estudio. Como hemos descrito anteriormente, las comunidades se desarrollan a través de intereses, aficiones y experiencias compartidas. Los participantes revelaron experiencias previas de compañerismo en entornos de abuso de sustancias. Estas comunidades no fueron del todo útiles. Aun así, se trataba de una comunidad con personas que tenían experiencias y retos similares. Esto significaba que podían relajarse y ser ellos mismos. En los equipos de fútbol callejero se sentían seguros. No tenían que involucrarse y actuar. Esto era liberador.

Muchos participantes calificaron a los equipos de fútbol callejero como el mejor servicio de asistencia y seguimiento de Noruega. La colaboración flexible y accesible con los servicios de salud mental y abuso de sustancias, la NAV (Administración Noruega de Trabajo y Bienestar) y diversos proveedores fue única. Especialmente el hecho de que caras conocidas de las comunidades profesionales estuvieran presentes en los días de entrenamiento y de partido. Los equipos fueron un contexto exitoso en la preparación de los jugadores para la vida laboral. Las personas de contacto habituales del equipo en NAV también fueron de gran ayuda. En algunos equipos, los profesionales de NAV asistían a los almuerzos o aparecían en las sesiones de entrenamiento. El fácil acceso a la ayuda y el apoyo y la escasez de procedimientos y normas supusieron un alivio. Otro factor fue el valor de conocer a las personas que trabajaban en los servicios y saber quién era la persona de contacto. Era muy distinto colaborar con profesionales a pie de campo, fuera de sus locales y oficinas.

El equipo de fútbol callejero de Asker

Andre Muri y Aina Rype son personas clave en el equipo de fútbol callejero del municipio de Asker. Reflexionan juntos y ofrecen algunos ejemplos concretos y reflexiones sobre lo que hace que el equipo funcione. El municipio de Asker tiene unos 99.000 habitantes y está bien desarrollado en cuanto a servicios sanitarios, sociales y de bienestar. El club de fútbol de Asker se fundó en 1899 y actualmente juega en la 3ª división de la liga noruega. El equipo de fútbol callejero de Asker se fundó en 2013.

Recursos

Andre, como entrenador principal, cuenta con una amplia experiencia como futbolista profesional a nivel nacional e internacional. Como director ejecutivo (CEO) experimentado, ha trabajado con equipos de fútbol masculino y femenino al más alto nivel en Noruega, así como con muchos proyectos sociales diferentes en sus antiguos clubes. La dedicación de Andre, su compromiso personal y su amor por el fútbol y el gran juego, tienen un valor clave para los jugadores y contribuyen a que se sientan seguros, bienvenidos e incluidos en el club como miembros valiosos y colaboradores.

Aina y su colega Wenche trabajan como asistentes sociales en Asker y dedican la mayor parte de su tiempo de trabajo (un puesto y medio) al equipo de fútbol callejero. Ambas tienen experiencia como trabajadoras sociales y formación especializada en adicciones y salud mental. Sin embargo, el aspecto más importante de sus cualidades profesionales no aparece sobre el papel, sino que es su genuino deseo de apoyar a los jugadores para que tomen mejores decisiones y ayudarles a alcanzar sus objetivos personales, que es una parte importante de la asociación. Una asociación tan estrecha entre el municipio y el club de fútbol local facilita una forma completamente diferente de mantener el contacto y el diálogo con el grupo destinatario. Tener que pasar por procedimientos para concertar citas y sentirse confrontado a alguien con poder que quiere discutir cuestiones abrumadoramente difíciles en una oficina puede ser una barrera enorme para la gente. En cambio, el equipo de fútbol callejero ofrece tres oportunidades de reunirse cada semana de una forma mucho más acogedora. El contexto y el ambiente reducen el estrés y las tensiones que pueden aparecer en una oficina de una autoridad pública. Los jugadores y los profesionales disponen de un contexto en el que es más fácil desarrollar una relación de confianza, debido al tiempo que pasan juntos y, lo que es más importante, a la forma en que se pasa ese tiempo juntos. Los jugadores eligen implicarse y participar ellos mismos, lo cual es un buen punto de partida para establecer relaciones, ya que elimina gran parte de la barrera que suponen las diferencias de poder y jerarquía. Formar parte del mismo equipo de fútbol refuerza la afiliación y la similitud. Al entrenar y viajar juntos, compartir habitaciones, fracasar, tener éxito y compartir muchas emociones y experiencias diferentes, se abre la posibilidad de mantener conversaciones más reales y de confianza y se ofrece un espacio mejor a la hora de apoyar el proceso de recuperación de una persona. También nos enorgullece mencionar que ambos trabajadores sociales fueron galardonados con el premio «Trabajador social del año, 2024» de Felles Organisasjoner, que es el sindicato más importante de trabajadores sociales de Noruega. Nos enorgullece saber que este trabajo de alta calidad se realizó en co-creación con un pequeño club de fútbol.

El equipo de fútbol callejero colabora estrechamente con varias organizaciones y proveedores.

Football Stiftelsen (La Fundación del Fútbol). Proporcionan ayuda económica, organizan torneos y otros actos, y aportan conocimientos y recursos.

Servicios locales de tratamiento y rehabilitación. A las personas en tratamiento se les ofrece la oportunidad de asistir a entrenamientos y partidos. El equipo colabora con los jugadores y sus equipos de tratamiento para resolver sus problemas vitales y planificar su futuro. Tres jugadores se trasladaron a Asker para formar parte de su equipo de fútbol callejero y trabajar así en su recuperación a través del fútbol.

Municipalidad de Asker. El equipo trabaja principalmente con los servicios de salud mental y adicciones, pero también con otros proveedores de la comunidad. El municipio proporciona apoyo financiero de varias maneras. Los dos trabajadores sociales asignados tienen competencias, habilidades y conocimientos únicos sobre la comunidad y los servicios. Ofrecen consultas, trabajo en red, ayuda práctica, transporte de ida y vuelta a los entrenamientos y a los partidos. El equipo de fútbol callejero también recibe apoyo e interés de la prensa local, el alcalde y las autoridades locales.

Un gran escenario para la práctica de los estudiantes. El municipio y el equipo colaboran con universidades que imparten educación sanitaria y asistencial. El equipo de fútbol callejero es un lugar muy apreciado para los periodos de prácticas.

Cuenta con recursos como servicios de enfermería comunitaria y un lugar de encuentro llamado Varmestua. Aquí los jugadores pueden tomar una comida o una taza de café. Pueden conocer a otros seres humanos, tener profesionales a su disposición y la oportunidad de hacer llamadas telefónicas o pedir prestado un ordenador.

Patrocinadores y otros recursos. Tiene un gran valor y repercusión que más gente y la comunidad como tal conozcan mejor a las personas que luchan con problemas de salud mental y drogas. Muchos sufren la estigmatización y se sienten marginados. Las familias también sufren. Es importante tener una visión más orientada a los recursos de las personas que luchan. En el tiempo que llevamos con el equipo de fútbol callejero hemos notado cambios positivos.

Resultados en 2023

- 45 personas de entre 21 y 56 años participaron en el equipo de fútbol callejero de Asker
- El equipo ofreció un mínimo de 5441 horas de actividades sin drogas, significativas y promotoras de la salud durante el año
- 15 de los jugadores tienen ahora un empleo remunerado
- 2 jugadores son estudiantes a tiempo completo y 2 tienen un empleo con apoyo
- Oslo Economics (<https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2023/09/Rapport-gatelag-2.pdf>) confirma importantes beneficios socioeconómicos. El informe es de gran valor para los proveedores, el municipio, las familias y la comunidad del fútbol callejero. Está previsto publicar un nuevo informe en 2024.

Se pidió a André y Aina que dijeran algo sobre por qué el fútbol puede ser un recurso de recuperación.

¿Qué tiene el fútbol?

- El fútbol representa la historia, las tradiciones y la cultura en un valioso ámbito social local.
- La gente lo encuentra atractivo y poderoso.
- El fútbol es básicamente social y ofrece competición, diversión, retos y acciones colectivas.
- El fútbol ayuda a la gente a mantenerse en forma.
- Los campos, los locales y las instalaciones ya existen. Muchos de ellos apenas se utilizan durante el día, lo que hace que la inversión en las instalaciones deportivas revierta en la sociedad en un contexto más amplio.
- La participación en un club que representa al deporte más importante del mundo es un gran factor de inclusión. El fútbol siempre está presente en las noticias, las redes sociales y las charlas. A los jugadores se les recuerda que forman parte de algo importante.
- Los ejercicios de fútbol y los distintos tipos de juego son fáciles de ajustar independientemente del número de jugadores. Esto es importante porque nunca es posible saber con certeza cuántos jugadores acudirán a cada sesión.
- El fútbol es un deporte de equipo, por lo que ofrece un contexto con modelos de conducta tanto entre los jugadores como entre los entrenadores.
- El fútbol engaña a los jugadores para que corran y se esfuercen al máximo. Al estar distraídos por todo lo que sucede en el campo y por todo aquello en lo que los jugadores deben concentrarse, resulta más fácil llevar a cabo un buen entrenamiento con intensidad y fuerza.

¿Qué tiene el fútbol callejero?

Ofrece

- Estar en grupo proporciona un gran aprendizaje al que muchos jugadores pueden ser más receptivos que en entornos individuales.
- Introducción al manejo de la adversidad. Hay numerosas situaciones para practicar, muchas repeticiones y otros buenos modelos a seguir.
- Más fácil con un enfoque holístico para los que están en el lado del apoyo. Los jugadores no se convierten sólo en números, o sólo se ve una pequeña parte del cuadro. Resulta más fácil ver lo que realmente hay detrás de los retos del individuo.
- Disponibilidad y accesibilidad mediante entrenamientos 3 días a la semana durante todo el año.
- Un contexto que puede ofrecer un atajo eficaz para volver a la sociedad.
- Fácil acceso a enfermeras cualificadas en el Fieldwork de la Iglesia y a la fisioterapeuta del equipo A. Todos están muy comprometidos y son muy serviciales. Esto proporciona un seguimiento médico rápido y bueno para muchas dolencias y evita hacer colas o estar en lista de espera en los servicios sanitarios públicos. Permite resolver problemas menores antes de que los jugadores tengan que ir al médico.
- Fácil acceso a enfermeras especializadas en el trabajo de campo de la Iglesia y al fisioterapeuta del equipo A. Todos están muy comprometidos y son muy serviciales. Esto proporciona un rápido y buen seguimiento médico para muchas dolencias y evita hacer colas o estar en lista de espera en los servicios sanitarios públicos. Permite resolver problemas menores antes de que los jugadores tengan que ir al médico.
- **Inclusión:** un gran estadio como lugar de pertenencia. De la desesperanza y el aislamiento a la inclusión en poco tiempo. Con la experiencia y el enfoque de los trabajadores sociales, se ha creado una cultura en la que los jugadores pueden encontrar un lugar seguro y sentir que pertenecen a él, independientemente de sus habilidades o nivel de forma física. Se hace hincapié en la unidad, la compasión por los demás y el progreso personal y de equipo, más que en los logros y las victorias.



Recuerdos de un torneo

Resumen y reflexiones

En las últimas décadas, la recuperación, la inclusión social, la ciudadanía y los derechos humanos han recibido un interés creciente en los servicios de salud mental y abuso de sustancias. Los aspectos sociales de la recuperación reciben una atención limitada. La recuperación social tiene que ver con la oportunidad de las personas de llevar una vida significativa y contribuir como ciudadanos activos mientras experimentan algunos retos vitales (Karlson & Borg, 2023). La recuperación social incluye el contexto de la vida cotidiana de la persona, las relaciones humanas y las amistades, las condiciones de vida y el acceso a ámbitos sociales valiosos y significativos. El fútbol callejero ofrece algunos aprendizajes clave para la recuperación con sus potenciales para la participación activa en la comunidad y la ciudadanía. Desde nuestro punto de vista, hay tres aspectos especialmente importantes. El primero es la accesibilidad y el sentido de pertenencia a un ámbito comunitario bien reconocido, como es el club de fútbol local. Esto representa algo de lo que sentirse orgulloso, inspira y da esperanza. El segundo es el aspecto social. El fútbol es un juego de equipo. Reúne a la gente para hacer amigos, aprender, dar y recibir. También aporta servicios al campo de fútbol. El tercer aspecto es el físico. El fútbol mejora la salud física y ayuda a mantenerse en forma de diversas maneras.

Bibliografía

- Benkwitz, A., & Healy, L. (2019). 'Think Football': Exploring a Football for Mental Health Initiative Delivered in the Community through the Lens of Personal and Social Recovery. *Mental Health and Physical Activity*, 17(1), 100292. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2019.100292>
- Benkwitz, A. (2022). The Case to Encourage Social Recovery in the Community through Sport and Physical Activity. *The World Association for Psychosocial Rehabilitation Bulletin*, 49, 19-24, <http://www.wapr.org/released-wapr-bulletin-psychosocial-rehabilitation-and-recovery-worldwide-49/>.
- Bjørlykhaug, K.I., Karlsson, B., Hesook, S.K., & Kleppe, L.C. (2021). Social support and recovery from mental health problems: A scoping review. *Nordic Social Work Research*, 1–32. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553>
- Friedrich, B. & Mason, O.J. (2017). "What is the score?" A review of football-based public mental health interventions. *Journal of Public Mental Health*, 16(4), 144-158. <https://doi.org/10.1108/JPMH-03-2017-0011>.
- Hamer, H.P., Finlayson, M. & Warren, H. (2014). Insiders or outsiders? Mental health service users' journeys towards full citizenship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 203-11. <https://doi.org/10.1111/inm.12046>.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2023). Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser. Gyldendal Akademiske.
- Ogundipe, E., Borg, M., Thompson, T., Knutsen, T., Johansen, C., & Karlsson, B.E. (2020).
- Recovery on the pitch: Street Football as a means of Social Inclusion. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*
- Snethen, G., Jeffries, V., Thomas, E., & Salzer, M. (2021) Welcoming places: Perspectives of individuals with mental illnesses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 91(1), 76-85.
- Thompson, T., Knutsen, T., Johansen, C., Borg, M., & Karlsson, B. (2019). Gatelagsfotball. «Verdens beste ettervern». Senter for psykisk helse og rus. Universitetet i Sørøst-Norge.
- World Health Organization (WHO). (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. ISBN 978-92-4-004933-8

Rehabilitación Psicosocial

Publicación oficial de la Federación Española de Asociaciones
de Rehabilitación Psicosocial (FEARP)

www.fearp.org

FEARP

En colaboración con:

GRUPO 5