

<https://elmedicointeractivo.com/la-salud-sexual-como-clave-en-la-salud-mental/>

Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad. (2021). Resumen datos sociodemográficos y satisfacción de la Red de Atención Social de Personas con Enfermedad Mental de la Comunidad de Madrid de la memoria de 2020.

Demers C, Gélinas I, Carret A. (2015). Activities of Daily Living in Survivors of Childhood Brain Tumor. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(1), 1-8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.014993>

Egea Tresgallo S. (2016). La vivencia de la sexualidad en la adolescencia (1). *Revista Iberoamericana de Psicología y Psiquiatría de enlace*, 118, 71-79. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5567812>

Farkas M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2): 68-74. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219905/>

González D, Cantero PA. (2013). Sexualidad y pareja en personas viviendo con enfermedad mental. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 10(17), 1-21. <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original6.pdf>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2007). Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3252>

Instituto Nacional de Estadística. (10 de Octubre de 2021). Población de 16 y más años por relación de parentesco con la persona de referencia, sexo y estado civil. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=4030>

Kielhofner G. (2002). *Terapia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. (3ª Edición). Editorial médica Panamericana.

MacRae N. (2013). Occupational Therapy's Role with Sexuality. *American Journal of Occupational Therapy*. <https://www.aota.org/about-occupational-therapy/professionals/rdp/sexuality.aspx>

Muñoz M, Pérez E, Crespo M, Guillén A. (2009). Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense, SA. <https://www.contraelestigma.com/service/rechazo-enfermedad-mental/>

Pastor A, Blanco A, Navarro D. (2010). *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Editorial Síntesis S.A

Patricia B, González-Arratia N, Gurrola G, Moysén A. (2013). Investigación cualitativa. Universidad Autónoma del Estado de México. <http://disde.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/4641>

Pedraza T, Orellana P. (2017). Análisis de la vivencia de la sexualidad en la vida cotidiana de las personas mayores. Una mirada desde la terapia ocupacional [Tesis Doctoral, Universidad Andrés Bello]. Grin. <https://www.grin.com/document/444265>

Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral. (16 de Noviembre de 2020). Quiénes Somos. http://www.walkredi.org/quienes_somos.html

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*, Geneva. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

DIFERENCIAS EN LAS NECESIDADES PROVOCADAS POR EL COVID 19 EN LAS PERSONAS USUARIAS DE CENTROS DIURNOS Y RESIDENCIALES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

FRANCISCO BALLESTEROS PÉREZ

Psicólogo y gerencia de Centros del Área de Operaciones de Grupo 5

DANIEL NAVARRO BAYÓN

Psicólogo y Responsable del Área Técnica de Grupo 5

Mª. ÁNGELES ROMERO CARMONA

Licenciada en Biología y Directora de Calidad de Grupo 5

MIGUEL SIMÓN EXPÓSITO

Psicólogo Clínico y Director del Área de Innovación y Relaciones Institucionales de Grupo 5



INTRODUCCIÓN

Desde el año 2020 hasta la actualidad, muchas personas en el mundo han sufrido o están sufriendo la crisis de la COVID-19. Desde diferentes organizaciones se advirtió (Brooks et al., 2020; COP, 2020; OMS, 2020) que las consecuencias en la salud mental no se iban a circunscribir al momento preciso de la crisis, sino que se alargarían en el tiempo y que habría un incremento de problemas como el consumo de alcohol, la depresión, la ansiedad, las cargas económicas y la violencia de género, entre otras. Estos riesgos cobran una especial relevancia en los trabajadores de la salud y de los servicios sociales, que están obligados a una exposición directa al sufrimiento de las personas atendidas y de los familiares, así como el miedo al contagio y al estigma social.

Ya empiezan a salir datos y evidencia de que el COVID-19 está asociado con la aparición o

aumento de los problemas de salud mental, tanto en la población general y en los profesionales como en las personas que ya estaban afectadas anteriormente de un problema de salud mental. (UCM-Grupo5, 2020).

En un intento de dar respuesta a la situación, durante ese tiempo se han preparado muchos materiales de apoyo y recomendaciones para hacer frente a la crisis (algunas de las cuales se han mantenido como metodologías de trabajo establecidas), dirigidos a los profesionales, a la población general y a las personas vulnerables, entre las que están las personas con una enfermedad mental. Desde la OMS, el Ministerio de Sanidad, Asociaciones de afectados y Asociaciones de Profesionales han desarrollado guías de apoyo para evitar o minimizar las consecuencias psicosociales del COVID-19 (Brooks et al., 2020; COP, 2020; FEARP, 2020; OMS, 2020). Sin embargo, son pocas o ninguna las publicaciones que describen las necesidades percibidas y sentidas por estas poblaciones.

La OMS ha identificado las estrategias que deben guiar los esfuerzos post crisis para fortalecer los sistemas de cuidado y ayuda a la salud mental en los diferentes países del mundo: a) evaluar las necesidades de salud mental de la población, b) alinear las directrices generales de las políticas de salud y sociales; c) asegurar una mejor coordinación con los diferentes agentes implicados, d) revisar los planes de salud mental para reformularlos; e) fortalecer los sistemas y recursos de salud mental existentes, d) invertir en aumentar los profesionales de atención a la salud mental, e) emprender proyectos que demuestren y avalen la necesidad de aumentar los fondos económicos necesarios para emprender la reformas; y f) desarrollar estrategias para mantener los cambios conseguidos (OMS, 2013)

Tedros Adhanom (2020) ha referido que las reformas no deben centrarse solo en la actual crisis, sino en conseguir que estemos preparados para la próxima que vendrá: "... salud para todos significa tener sistemas de salud fuertes y tener sistemas fuertes es tener sistemas resilientes"

La mayoría de las personas con un Trastorno Mental Grave (TMG) en nuestro país y en los países bajo el modelo de Psiquiatría Comunitaria, viven en la comunidad, no en instituciones psiquiátricas. La mayoría de esos pacientes durante la fase álgida de la pandemia han estado recibiendo tratamientos en su casa o en alojamientos en la comunidad. El manejo psiquiátrico ha consistido en salvaguardar su salud física y mental a través de la telepsiquiatría, apoyo psicosocial a distancia y monitorización de síntomas del coronavirus. La mayoría de los servicios de salud mental no estaban preparados para desarrollar servicios especializados a distancia ni para pacientes en confinamiento comunitario.

Como resultado las necesidades de los pacientes psiquiátricos más graves han podido infravalorarse o sustituirse por meros "acompañamientos" durante la pandemia.



En nuestro país sabemos que los pacientes con un TMG han reducido su acceso a los servicios de salud mental, así como el contacto cara a cara con los profesionales. La distancia de los centros de rehabilitación psicosocial y soporte social puede haber contribuido a aumentar los síntomas negativos de los cuadros psicóticos de larga evolución, y a reducir las redes de apoyo social ya de por sí muy disminuidas en esta población (Kozloff, et al., 2020). Además, la población con TMG presenta grandes dificultades para formular demandas. A esto hay que sumar las evidencias disponibles de que la percepción de las necesidades en personas con un TMG se asocia con una mayor o menor demanda de servicios (Broadbent, 2008).

También se ha probado que habitualmente una de cada 4 necesidades en personas con TMG no está cubierta por el sistema de salud mental, en especial las asociadas a las actividades de la vida diaria y de contacto social (Wiersma, 2006).

En vista de los datos disponibles, es preciso conocer las necesidades de las personas con un TMG en la época del COVID-19, e identificar las adaptaciones que se necesita hacer en los servicios de atención tanto a corto como a largo plazo.

Por tanto, este estudio tiene como objetivo general evaluar las necesidades de una muestra amplia de personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave durante el pico de la pandemia de la primera ola de COVID-19 del año 2020 en la que se dieron las medidas más fuertes de distanciamiento social.

Los objetivos específicos fueron:

- Identificar las necesidades sociosanitarias de las personas con TMG y el grado en que están cubiertas.
- Identificar el tipo de intervenciones y servicios más necesarios.
- Conocer la opinión directa de las necesidades percibidas en la población atendida.
- Conocer las cargas de los familiares.
- Conocer la opinión en relación con la atención recibida durante el periodo de confinamiento.
- Ofrecer una guía de planificación de recursos, programas e intervenciones a cubrir en una visión a corto, medio y largo plazo.

MÉTODO

Sujetos

Para el presente estudio se contó con las personas atendidas en los Servicios y Centros de Rehabilitación Psicosocial y Residencial de salud mental gestionados por Grupo5, durante los meses de marzo a junio de 2020, en las Comunidades Autónomas de Madrid, Extremadura, Valencia y País Vasco. El tipo de muestreo es propositivo.

Se incluyeron personas atendidas tanto en la red de dispositivos diurnos como residenciales: Centros de Día (CD), Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRIS), Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC), Mini Residencias (MR), Centros Residenciales de Rehabilitación (CRR), Pisos

Supervisados (PS) y Centros Específicos de Personas con Enfermedad Mental (CEEM).

Asimismo, se incorporaron al estudio las personas que ejercían un rol o función de cuidador principal de la persona con TMG.

Criterios de inclusión

De todos los sujetos posibles se incluyeron aquellos que tenían un diagnóstico de Trastorno Mental Grave establecido desde los Centros de salud Mental como criterio de entrada o derivación al recurso de larga evolución, entre 18 y 65 años, que estuvieran en seguimiento psiquiátrico, fueran personas usuarias de un recurso de rehabilitación psicosocial, y tuvieran diseñado y en activo un plan individual de rehabilitación.

Criterios de exclusión

Dado que se pretende llegar a una muestra lo más amplia y representativa, el criterio de exclusión fue:

- Personas cuyo diagnóstico no sea TMG (limitaciones en áreas de funcionamiento y larga duración).

Descripción de la muestra

En total participaron 669 personas que asisten a alguno de los recursos de rehabilitación en las Comunidades Autónomas mencionadas anteriormente (58% varón, 42% mujer, edad media de 47,78).

De ellas, 497 estaban atendidos en un recurso diurno o ambulatorio (59,4% varón, 40,6% mujer, edad media de 47,2) y 172 en un recurso residencial (54,1% varón, 45,5% mujer, edad media de 49,41). En cuanto a las personas cuidadoras principales, se pudo incorporar al estudio un total de 144 personas, con una media de edad de 63,74%, en su gran mayoría mujeres. En la tabla 1 se describe el perfil de la muestra.

Variables e Instrumentos de medida

Las variables contempladas en este estudio, así como la forma de medirlas fueron:

- *Datos de perfil de personas usuarias.* Recoge el perfil amplio de datos personales, sociodemográficos, clínicos y sociales realizado ad hoc.
- *Escala de evaluación de problemas y necesidades (Needs of Care Assessment, NCA)* (Navarro y Contreras, 2008; Moreno et al., 2003). Recoge la presencia o ausencia de un problema en 3 áreas: clínica, social y apoyos. En una segunda parte el profesional recoge la cobertura de la necesidad. Si las necesidades están o no cubiertas. Se ha utilizado con muestras españolas similares con el objetivo de identificar necesidades y tipología de servicios necesarios en población con TMG.
- *Datos de opinión de personas usuarias.* Evalúa la opinión del usuario sobre los servicios recibidos en un sentido amplio (eficacia, satisfacción, utilidad, accesibilidad, etc.). Realizado ad hoc.
- *Escala adaptada de restricción de estilo de vida (ERVI).* Evalúa la restricción de vida en el cuidador principal de la persona con enfermedad mental. La escala se compone de 6 ítems que recogen información acerca del grado en el que la enfermedad afecta en una serie de áreas de la vida cotidiana (trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relaciones de pareja y vida familiar).
- *Datos de impacto en empleo.* Registro que recoge si la persona ha perdido el empleo, o ha reducido su ingreso económico como consecuencia de la crisis por COVID-19. Realizado ad hoc.
- *Identificación de servicios necesarios.* Registro rellenado por el profesional de referencia para valorar la necesidad de servicios y recursos. Realizado ad hoc.

Diseño y análisis estadístico

Es un estudio multirrecurso, sin manipulación

de variable independiente, con un diseño transversal, con una sola muestra de personas usuarias y una muestra de familiares o allegados, en la cual se lleva a cabo una estrategia descriptiva y comparativa de las variables de interés. Los análisis tenían el objetivo de describir las características y necesidades descriptivas de la muestra atendiendo fundamentalmente a la distribución de frecuencia de estas. Por tanto, no se parte hipótesis de investigación. Se condujeron pruebas Chi Cuadrado de Pearson para comprobar si había diferencias en las necesidades estudiadas entre las personas atendidas en recursos diurnos y residenciales, para comprobar el grado de asociación entre las variables se utilizó el Coeficiente de Contingencia y Phi (según corresponda).

El nivel mínimo de significación estadística se estableció en $p < 0.05$. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 18.0.

Procedimiento

La obtención de la información fue individualizada, mediante entrevista telefónica caso a caso en personas que estuvieran recibiendo la atención en forma de teletrabajo o presencial si estaba acudiendo al centro o se encontraba en un centro residencial.

Se realizó un taller formativo con todos los recursos en el que se explicó el estudio, se instruyó en el uso de los instrumentos y la realización de la entrevista. Además, se elaboró una guía explicativa para los profesionales entrevistadores en la que se detallaban los instrumentos, la secuencia para pasarlos, las pautas para realizar la entrevista telefónica o presencial al usuario y al cuidador principal y las instrucciones para la grabación y codificación de los datos obtenidos.

El estudio contó con la aprobación de Observatorio de Ética de Grupo 5, y se incluyó un procedimiento a seguir con instrucciones específicas para recabar el consentimiento informado de tanto personas usuarias como cuidadores familiares, para el caso de que la entrevista fuese telefónica o presencial, siguiendo los requisitos establecidos en el artículo 24.2 del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y en el art.88.3.c) del RLOPD de Protección de la Ley de Datos de Carácter Personal. También se cumplieron los requisitos de voluntariedad, información adecuada y principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki de la AMM (AMM, 2013). En el caso de que las personas estuvieran incapacitadas legalmente el consentimiento informado se pasó al tutor/a legal de la persona, aunque los requisitos de información y voluntariedad se incluyeron igualmente en la entrevista con la persona usuaria.

El orden establecido para pasar las entrevistas fue el siguiente:

- Explicación de la entrevista.
- Recabar el consentimiento informado.
- Entrevista NCA de necesidades.
- Entrevista de opinión de la persona usuaria.
- Registro impacto de empleo.
- Entrevista con el cuidador/a de la persona usuaria.
- Información aportada por el profesional: Registro de perfil, datos de cobertura de la necesidad y registro de necesidad de servicios socio sanitarios. Las entrevistas se pasaron entre los meses de Julio y agosto de 2020.

RESULTADOS

Identificación del tipo de necesidad y cobertura

A continuación, se presentan los resultados del cuestionario NCA que se administró a los

profesionales. En las siguientes tablas se puede encontrar las tres necesidades más frecuentes, en cada una de tres áreas que mide, identificadas tanto en personas atendidas en centros diurnos como residenciales (Tabla 1) y las tres necesidades que no han podido ser cubiertas durante la etapa más restrictiva de la pandemia, tanto para personas atendidas en centros diurnos como ambulatorios (Tabla 2).

Tabla 1. Necesidades detectadas (NCA).

Diurnos (N/%)	Residenciales (N/%)
Síntomas y Comportamientos	
Síntomas neuróticos/ansiedad (271 / 54,5%)	Síntomas neuróticos/ansiedad (91 / 53%)
Lentitud y baja actividad (239 / 48%)	Lentitud y baja actividad (79/ 46%)
Síntomas físicos o enfermedades (153 / 31%)	Depresión (64 / 37%)
Destrezas y habilidades sociales	
Estructura del sueño (222 / 45%)	Uso del tiempo de ocio (61 / 35,5%)
Salir a la comunidad (159 / 30%)	Salir a la comunidad (57 / 33%)
Uso del tiempo de ocio (144 / 29%)	Estructura del sueño (50 / 29%)
Soportes sociales	
Redes de apoyo social (90 / 18%)	Apoyo familiar (46 / 27%)
Apoyo familiar (77 / 15,5%)	Redes de apoyo social (38 / 22%)
Soporte residencial (21 / 4%)	Soporte residencial (9 / 5%)

Tabla 2. Necesidades no cubiertas y sin posibilidad de cubrirse con los recursos actuales (NCA).

Ambulatorios (N/%)	Residenciales (N/%)
Síntomas y Comportamientos	
Efectos secundarios de la medicación (32 / 18%)	Síntomas neuróticos/ansiedad (91 / 53%)
Síntomas físicos o enfermedades (28 / 15%)	Lentitud y baja actividad (79/ 46%)
Depresión (14 / 7%)	Depresión (64 / 37%)
Destrezas y habilidades sociales	
Capacidad laboral (25 / 18%)	Salir a la comunidad (21 / 33%)
Estructura del sueño (19 / 8%)	Manejo de recursos sociales (15 / 34%)
Motivación laboral (18 / 13%)	Resolución de gestiones propias (14 / 27%)
Soportes sociales	
Apoyo familiar (15 / 12%)	Apoyo familiar (26 / 50%)
Soporte residencial (5 / 6%)	Redes de apoyo social (21 / 48%)
Redes de apoyo social (3 / 2%)	Soporte residencial (0 / 0%)

* Porcentajes calculados en función de la N total para cada uno de los ítems, no sobre la muestra total

Destrezas y habilidades sociales	
Capacidad laboral (25 / 18%)	Salir a la comunidad (21 / 33%)
Estructura del sueño (19 / 8%)	Manejo de recursos sociales (15 / 34%)
Motivación laboral (18 / 13%)	Resolución de gestiones propias (14 / 27%)
Soportes sociales	
Apoyo familiar (15 / 12%)	Apoyo familiar (26 / 50%)
Soporte residencial (5 / 6%)	Redes de apoyo social (21 / 48%)
Redes de apoyo social (3 / 2%)	Soporte residencial (0 / 0%)

* Porcentajes calculados en función de la N total para cada uno de los ítems, no sobre la muestra total

Finalmente, se presenta los resultados para las pruebas de asociación entre la variable tipo de recurso (diurnos vs residencial) y las diferentes variables o ítems del NCA. Se presentan solo aquellas que tienen un nivel de asociación estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Tabla 3. Comparaciones necesidades diurnos vs residencial

AREAS	Tipo centro ¹
Síntomas y comportamientos	
1. Riesgo de suicidio	-.160***
2. Comportamiento peligroso y destructivo	-.086**
3. Uso de alcohol	-.081**
Destrezas y habilidades sociales	
4. Hábitos de alimentación	-.111**
5. Estructuración del sueño	-.163***
6. Compras domésticas	.087*
7. Tareas domésticas	-.176***
8. Manejo de recursos sociales	.108**
Soportes sociales	
9. Apoyo familiar	.167**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ¥ diferencia estadísticamente significativa en favor de tipo de centro diurnos. Se han utilizado tablas de contingencia, Estadístico Chi Cuadrado de Pearson y Coeficiente de Asociación V de Cramer o Phi. 1 Centro ambulatorio o residencial.

Identificación del tipo de intervención y servicio más necesarios

Se exponen en las Tablas 4, 5 y 6, las valoraciones por parte de los profesionales con respecto a los cuatro servicios o intervenciones más necesitados por las personas usuarias durante la pandemia.

Como se puede observar, las necesidades detectadas, ya sea como primera o como segunda opción, son aquellas referidas a los programas de ocio y ocupación; rehabilitación laboral, rehabilitación psicosocial y autonomía e intervención con familias.

Tabla 4. Servicios recomendados como necesario. Toda la muestra.

	1ª opción	2ª opción
Recursos de ocupación y ocio	24%	29%
Recursos y programas de entrenamiento en rehabilitación psicosocial y autonomía	22%	16%
Programas y centros de rehabilitación laboral	21%	9%
Programas de familias	1,5%	14%

Tabla 5. Servicios recomendados como necesario. Muestra diurnos.

	1ª opción	2ª opción
Recursos de ocupación y ocio	23%	30%
Recursos y programas de entrenamiento en rehabilitación psicosocial y autonomía	24%	19%
Programas y centros de rehabilitación laboral	26%	9%
Programas de familias	1,5%	14%

Tabla 6. Servicios recomendados como necesario. Muestra residencial.

	1ª opción	2ª opción
Recursos de ocupación y ocio	29%	28%
Recursos y programas de entrenamiento en rehabilitación psicosocial y autonomía	16%	8%
Intervención de psicoterapia	12%	17%
Programas de familias	1%	14,5%

Resultados en cargas percibidas por los cuidadores familiares durante el confinamiento por COVID-19.

Como se puede apreciar en la Tabla 7, de los 144 familiares que cumplimentaron el cuestionario, por lo general no se encuentran cargas percibidas por el cuidado derivado del confinamiento. En todos los ítems, la mayoría de las personas (superior al 50%) se sitúan entre “nada” y “casi nada” con respecto a la carga. Sin embargo, en un análisis más detallado, se aprecia que el patrón de percepción de carga en las áreas vitales de los familiares no se mantiene al hacer una valoración de la “Carga Global”. En este caso un 36,1% de los familiares se sitúa entre “bastante” y “muchísimo”. Finalmente, descartar que un 20% de los familiares sí ha percibido carga en todas o alguna de las áreas vitales, a excepción de la relación de pareja.

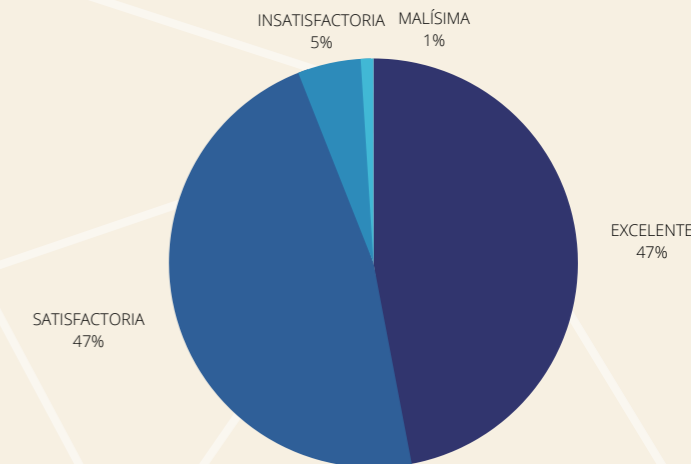
Tabla 7. Distribución porcentual de la muestra de cuidadores en las cargas percibidas por el cuidado

	Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
Trabajo / estudios	48.9%	10.2%	17.2%	13.1%	6.6%	3.6%
Vida social	45.1%	7.6%	17.4%	17.4%	3.5%	9%
Tiempo libre	36.8%	11.1%	22.2%	8.3%	14.6%	6.9%
Relación de pareja	60.4%	12.5%	10.4%	5.6%	4.9%	6.3%
Vida familiar	42.4%	10.4%	22.2%	6.9%	11.1%	6.9%

Satisfacción con la intervención de los recursos de rehabilitación.

En cuanto a la satisfacción de las personas usuarias con la atención que recibieron por parte de los profesionales durante la etapa de máximas restricciones de la pandemia, se puede observar que los índices de satisfacción son muy elevados, el 94% de los encuestados está entre “satisfactoria” y “excelente” la atención.

Gráfico 1. Distribución porcentual de la satisfacción con la intervención



- Del total de la muestra que participó, fueron positivo por COVID un 2,5%.

- El 11% de las personas estuvieron confinados totalmente, aun no siendo positivo COVID, este porcentaje aumenta hasta el 15,1% personas de residencias.

- Se dató un incremento de psicofármacos en un 21%. Siendo del 24% personas usuarias de residencias y 20% en aquellos que eran atendidos por centros diurnos.

- Un 11% sin seguimiento por parte de SSM. - De entre los que tuvieron atención en los centros de salud mental de referencia, el 50% de ellos su seguimiento fue eminentemente farmacológico.

- Menos del 50% ha recibido programas de intervención de rehabilitación y capacitación.

- El 70% de la muestra ha tenido contacto al menos 2 veces en semana por parte de los recursos de rehabilitación

- Un 22% de los encuestados ha estado solo durante la pandemia.

- De entre aquellos que tenían un empleo, el 9,8% ha perdido su empleo, el 17,7% ha sufrido un ERTE, el 14,5% ha tenido que pactar vacaciones con la empresa y el 94,1% ha visto reducido sus horas laborales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La crisis de la COVID ha provocado un aumento de necesidades en una sociedad que ya tenía dificultades en diferentes ámbitos como son los sociales, clínicos, económicos, etc. En la población de referencia en este trabajo, se han sumado más problemas en aspectos sociales, como puede ser el trabajo, que ya de por sí era un factor de estrés y de difícil acceso para la persona con TMG. También en las personas atendidas en los recursos, se vieron aumentados las necesidades en el manejo de la salud, no solo lo relacionado con la salud mental, sino también en la salud física. Para los familiares, se vieron incrementadas las horas de cuidado u la consiguiente sensación de sobrecarga, todo ello en una población por lo general envejecida y que ya portaba un agotamiento previo (Fernández-Catalina, 2016).

Se encuentra en las necesidades analizadas, que tanto las personas atendidas en centros diurnos como en residenciales, tienen necesidades en la gestión emocional (ansiedad y depresión). Esto se relaciona con otra de las grandes necesidades detectadas como son el uso del tiempo libre, salir a la comunidad y la mala calidad del sueño. Las personas atendidas han perdido todo contacto con reforzadores naturales que mantiene un nivel de actividad y de entreteniendo óptimo que permite tener calidad de vida. La mala estructura de sueño ayuda a sumar a lo anterior, ya que una baja calidad de sueño provoca problemas emocionales, físicos, cognitivos, etc. Estos aspectos emocionales quedaron

identificados como necesidades que no podían cubrir con los recursos disponibles.

Las altas tasas de personas con necesidades en aspectos físicos o enfermedad (31% en diurnos), es preocupante ante el escaso acceso que se tuvo a recursos médicos y de atención primaria que no estuvieran relacionados con la COVID. Esto puede generar graves consecuencias en el corto plazo. Además, queda identificada como una de las necesidades que no se podía cubrir con los medios con los que se contaba.

Finalmente, en cuanto a las necesidades, se aprecia que las personas que estaban en mini residencias tenían necesidades de apoyo familiar (27%) y social (22%). Es importante que las organizaciones internas de los recursos de este tipo prohibieron el acceso a todos aquellos ajenos a la residencia, al igual que pasó en recursos de mayores. Es relevante el hecho de que, aun viviendo en



compañía de otras personas, no se detectaron al resto de residentes como apoyos naturales. Puede ser debido a que se tuvieron que dejar de hacer actividades grupales y se restringió el acceso a espacios informales de relación. Se hace este dato especialmente relevante al unirlo a que fue identificado como una necesidad que no se podía cubrir.

En cuanto a las diferencias en las necesidades detectadas, se encuentra en el estudio que, cuando existen diferentes estadísticas, estas son en la dirección de los atendidos en los centros diurnos. Es relevante el hallazgo de que el riesgo de suicidio, comportamiento peligroso y consumo de alcohol, todas ellas conductas de alto riesgo, es más frecuente en usuarios de centros diurnos. Se añade a esto que el 22% de los encuestados ha pasado la pandemia y el confinamiento solos. Llegar a esta población se hace esencial ante el alto riesgo de pérdida humana.

En cuanto a las familias, ante la evaluación inicial, no identifican que tengan una percepción de carga añadida en estos meses. En todos los ítems la mayoría de las personas puntúa "nada" o "casi nada" en la sensación de sobrecarga en las áreas vitales. Es destacable que este patrón no se repite cuando se hace una valoración de carga global, donde es menos del 50% de los familiares que se sitúan entre las puntuaciones de "nada" o "casi nada", el 36,1% detecta la menos "bastante" carga. Esto puede estar relacionado con un malestar difuso o no medido adecuadamente con el resto de los ítems, que se ha podido instaurar durante el tiempo de confinamiento. En los programas familiares sería un punto para tener en cuenta en el trabajo con ellos.

Finalmente, las personas encuestadas muestran alta satisfacción con la atención

recibida. Es mérito de los/as profesionales el esfuerzo que han hecho por intentar llegar y cubrir las necesidades de las personas atendidas en estas circunstancias tan adversas. Los/as trabajadores/as han tenido que sobreponerse a esta nueva situación, nueva forma de trabajar, nuevas necesidades, nuevas emociones, etc. y todo ello lidiando con los aspectos personas que les ha atravesado, indicando altos niveles de resiliencia para poder seguir dando el apoyo a los más vulnerables. Las rápidas adaptaciones de las metodologías de trabajo se han visto valoradas altamente por las personas atendidas.

Con los resultados del presente trabajo, se hacen unas recomendaciones que podrían servir como reflexiones extraídas de los datos para poder resaltar aquellas intervenciones que serían más adecuadas, tanto a corto plazo como la medio/largo plazo.

A corto plazo:

- Desarrollar mecanismos para manejo de sintomatología grave e incapacitante (síntomas negativos).
- Desarrollar/activar programas de manejo de la ansiedad (presenciales o en su caso online).
- Identificar a personas con riesgo de suicidio y hacer un plan de seguridad.
- Desarrollar / adaptar programas para estructurar rutina en el domicilio y residencias.
- Necesidad de validar la asistencia virtual como metodología eficaz, en determinadas circunstancias; mantener esta estrategia para no perder el vínculo con aquellos/as que más dificultad para retomar están teniendo.

- Programas de refuerzo de las redes naturales de apoyo social.

A medio / largo plazo:

- Incluir en la cartera de servicios de los centros programas estables que aborden estas problemáticas

- Programas de higiene de sueño (especialmente en ambulatorios).

- Se necesita aumentar los apoyos para salir a la comunidad a hacer gestiones básicas, para aquellos sin redes naturales.

- Potenciar los programas de acompañamiento comunitario para casos de aislados (22%).

- Desarrollar programas de programación conductual en el domicilio.

- Revincular con los servicios de atención sanitarios y fomentar el seguimiento en el área de salud.

- Acceso y manejo de nuevas tecnologías. - Fortalecer los programas de estimulación cognitiva.

- Fortalecer la atención a familias.

El estudio también presenta una serie de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta. Primero, el estudio se llevó a cabo en cuatro comunidades autónomas y la muestra, aunque amplia, no es representativa como para poder extrapolar las conclusiones a la situación global de necesidades de todas las personas con TMG. Además, en el campo de la rehabilitación psicosocial, existe variabilidad entre cada comunidad, lo que puede provocar diferencias en las necesidades de sujetos de diferentes territorios. Otra

limitación, es que es un estudio trasversal que describe en un momento puntual las características de una muestra, características que en su evolución a largo plazo pueden mostrar importantes variaciones. Sin embargo, pensamos que la ventaja de ser una muestra de personas en atención "real" de los servicios, supone un gran aporte a la validez ecológica de los resultados obtenidos.

Agradecimientos

Queremos agradecer a todas las personas usuarias y a los familiares que accedieron a participar en este estudio y a todos los profesionales de los centros y servicios de Grupo 5 que colaboraron en las entrevistas y recogida de la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adhanom, T. (2020). Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry*, 19(2), 129-130.

Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ferney-Voltaire: AMM. Recuperado de: <https://bit.ly/3b7LX4O>

Broadbent, E., Kydd, R., Sanders, D. y Vanderpyl, J. (2008). Unmet needs and treatment seeking in high users of mental health services: role of illness perceptions. *Aust N Z J Psychiatry*. 42(2):147-53.

Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*;395(10227), 912-20.

COP (2020). La necesidad de planificación de medidas para mitigar el impacto psicológico de la pandemia por COVID-19. *Infocoponline*, 3 de julio de 2020. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8862

Fernandez-Catalina, P. (2016). Estudio de eficacia de un programa de intervención psicosocial en la prevención o reducción de la sobrecarga del cuidador del paciente con trastorno de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Tesis doctoral no publicada. Universidad Complutense de Madrid.

FEARP. (2020). Recomendaciones COVID-FEARP. Buenas prácticas en la atención a personas con trastorno mental grave en la epidemia COVID-19. Recuperado de www.fearp.org

Kozloff, N., Mulsant, B.H., Stergiopoulos, V. & Voineskos, A.N. (2020) The COVID-19 global pandemic: implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa051>

Moreno, K., Estévez, J., Godoy, J.E. y González, F.T. (2003). Evaluación de las necesidades de una muestra de pacientes esquizofrénicos de Área de Salud Mental Granada Sur. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 31(6), 325-330

Navarro, D. y Contreras, J.A. (2008). Evaluación de un programa de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario para personas con TMG localizadas en contextos con dificultad de acceso. Descripción de la muestra y análisis de necesidades. *Informaciones Psiquiátricas*; 19(1), 29-42.

Navarro, D., Ballesteros, F., Romero-Carmona, M.A. y Simón, M. (2021). Evaluación de las necesidades provocadas por la COVID-19 en personas con trastorno mental grave. *Revista*

Asociación Española de Neuropsiquiatría, 41(139), 89-116

UCM-Grupo5. (2020). Estudio del impacto psicológico derivado del COVID-19 en la población española (psi-covid-19).

Recuperado de <http://www.infocoponline.es/pdf/ESTUDIO-IMPACTO-COVID.pdf>

Wiersma, D. (2006). Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 113, 115-119.

World Health Organization (2013). Building back better: sustainable mental health care after emergencies. Geneva: WHO.

Calle Juan Esplandiú, 11
28007 - Madrid
Correspondencia: Daniel Navarro Bayón
(daniel.navarro@grupo5.net)

Disponible el trabajo completo en:
Navarro, D., Ballesteros, F., Romero-Carmona, M.A. y Simón, M. (2021). Evaluación de las necesidades provocadas por la COVID-19 en personas con trastorno mental grave. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 89-116.



Tienes disponible en el canal de YouTube de la AMRP esta ponencia, si te gustó, no olvides darnos un Like.