



Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

ISSN: 2340-2733

redaccion@RevistaAEN.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría

España

Navarro Bayón, Daniel; Ballesteros Pérez, Francisco;
Romero Carmona, María Ángeles; Simón Expósito, Miguel
Evaluación de necesidades provocadas por la COVID-19 en personas con trastorno mental grave
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,
vol. 41, núm. 140, 2021, Julio-Diciembre, pp. 19-49
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352021000200002>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265069724013>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Evaluación de necesidades provocadas por la COVID-19 en personas con trastorno mental grave

Assessment of needs caused by Covid-19 in people with severe mental disorders

DANIEL NAVARRO BAYÓN^a, FRANCISCO BALLESTEROS PÉREZ^b, MARÍA ÁNGELES ROMERO CARMONA^c, MIGUEL SIMÓN EXPÓSITO^d

a) Psicólogo y responsable del Área Técnica de Grupo 5, Madrid.

b) Psicólogo, Gerencia de Centros del Área de Operaciones de Grupo 5, Madrid.

c) Licenciada en Biología y Directora de Calidad de Grupo 5, Madrid.

d) Psicólogo clínico y director del Área de Innovación y Relaciones Institucionales de Grupo 5, Madrid.

Correspondencia: Daniel Navarro Bayón (daniel.navarro@grupo5.net)

Recibido: 15/12/2020; aceptado con modificaciones: 08/10/2021

Resumen: La pandemia provocada por la COVID-19 ha mostrado algunas carencias y riesgos asociados en la atención comunitaria de la salud mental a los pacientes más graves. El objetivo de este estudio es analizar las necesidades asistenciales en una muestra de personas con trastorno mental grave durante el pico de la pandemia por COVID-19 en España en la Comunidad de Madrid, la Comunidad Valenciana, Extremadura y el País Vasco. Se utilizó el instrumento Needs of Assessment (NCA) y la Escala de Restricción de Vida (ERVI). La muestra fue de 669 personas y 144 cuidadores familiares convivientes. Los problemas clínicos más frecuentemente encontrados fueron los de ansiedad, seguidos de lentitud, baja actividad y depresión. En el área de destrezas y habilidades, los problemas más frecuentes fueron la estructuración del sueño, la integración comunitaria,

la ocupación del tiempo y la capacidad cognitiva. En el área de soportes de apoyo, el principal problema fue la falta de red de apoyo social. Respecto al grado de cobertura, el 71% de los problemas clínicos estuvieron cubiertos. En el área de habilidades, el porcentaje desciende hasta un 68% y en los soportes sociales hasta el 66%. Se concluye que es necesario reforzar los Programas de Rehabilitación Psicosocial para atender las necesidades de pacientes graves de salud mental. Además, los modelos de atención deberían ser adaptados para asegurar su continuidad y permanencia en periodos de distanciamiento de la comunidad.

Palabras clave: trastorno mental grave, rehabilitación psicosocial, COVID-19, evaluación de necesidades, salud mental comunitaria.

Abstract: The pandemic caused by COVID-19 has revealed some deficiencies and associated risks in Community Mental Health Care for the most severe patients. The objective of this study is to analyze the needs in a sample of people with Severe Mental Illness during the peak of the COVID-19 pandemic in the Communities of Madrid, Valencia, Extremadura, and the Basque Country (in Spain). The Needs of Assessment (NCA) instrument and the Life Restriction Scale (ERVI) were used. The sample consisted of 669 people and 144 cohabiting family caregivers. The clinical problems most frequently encountered were anxiety, followed by slowness, low activity, and depression. In the area of skills and abilities, the most frequent problems were sleep structuring, community integration, time occupation, and cognitive ability. In the area of support, the main problem was the lack of a social support network. Regarding the degree of coverage, 71% of the clinical problems were covered. In the skills area, the percentage drops to 68% and in social media to 66%. It is concluded that it is necessary to reinforce Psychosocial Rehabilitation Programs to meet the needs of serious mental health patients. In addition, the care models should be adapted to ensure their continuity and permanence in periods of distance from the community.

Key words: severe mental illness, psychosocial rehabilitation, COVID-19, needs assessment, community mental health.

INTRODUCCIÓN

EL EFECTO PSICOLÓGICO DE LA COVID-19 está siendo objeto de estudio. Desde todas las organizaciones se reconoce que está teniendo y va a tener unas consecuencias negativas en la salud mental a corto y a largo plazo (1-3). Sin una cura efectiva y accesible contra la COVID-19, el distanciamiento social, la cuarentena y las limitaciones en el contacto comunitario aparecen como las principales medidas establecidas para la protección de la salud de la población.

La COVID -19 ha tenido un impacto súbito e inesperado en los centros sanitarios, el transporte, la libertad de movimientos, el comercio, las actividades de ocio y cultura, y la distribución de las ayudas económicas. El coste psicológico se ha analizado en la población general, en los profesionales sanitarios y en menor medida en las personas que ya estaban afectadas por una enfermedad o problema mental (4). Las conclusiones de los estudios que se van conociendo concluyen que existe un efecto negativo en la salud mental tanto en personas sanas como, especialmente, en personas con problemas de salud mental previos, y esto independientemente del país del mundo y del sistema de salud en que se haya realizado.

La COVID-19 ha disparado los factores de riesgo para los problemas de salud mental, entre los que se encuentran la incertidumbre, el aislamiento social, la pérdida de ingresos económicos, la soledad, la inactividad, el acceso limitado a los servicios básicos o la disminución del apoyo social, especialmente en personas vulnerables. Las desigualdades económicas, sociales y étnicas se han visto aumentadas, como se puede ver en la información suministrada por la OMS acerca de la distribución geográfica del virus (5). Se han reforzado los compromisos políticos mundiales, como el principio “No dejar a nadie atrás” incluido en la agenda 2030 (6), que con la aparición de la COVID-19 ha hecho que este principio sea para los gobiernos la primera prioridad para combatir el incremento de la pobreza.

Pero los factores de riesgo van a incidir de manera desigual en las personas sanas afectadas por la COVID, en los profesionales y en las personas que ya venían padeciendo un problema de salud mental (7). Los primeros datos que muestran los efectos en la salud mental han sido los publicados en China, en varios estudios de más de 50.000 personas, según los cuales el 35% de la población mostró problemas de salud mental y entre el 54% y el 71% de los profesionales sanitarios informó de depresión y malestar psicológico (8-9). En pacientes afectados por el virus, la sintomatología post-traumática fue del 96% (10).

En un estudio realizado por Grupo5 y la Universidad Complutense de Madrid (11) se evaluó el impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de 3.473 personas de la población general española. El 30% manifestó haber tenido ataques de pánico, el 25% se ha sentido excluido socialmente y el 55% sentían que no eran capaces de controlar la preocupación. Uno de los factores de riesgo que se pone de manifiesto en el estudio es tener trastornos mentales o psicológicos previos.

La pandemia por COVID-19 tiene un impacto global y mundial en la salud mental de los pacientes que ya sufrían un trastorno mental. Durante la crisis el acceso a los tratamientos y servicios se ha visto reducido, ya sea por las limitaciones en el acceso o por la sobrecarga y fatiga de los profesionales. De hecho, en el pico de la pandemia el peso de todos los servicios sanitarios se puso en la COVID-19, en su diagnóstico, cuidado y distribución de los profesionales sanitarios y hospitalarios.

Pero es importante advertir que esta estrategia, sin dejar de ser razonable, puede provocar que se dejen en un segundo o tercer plano los servicios de salud mental.

La mayoría de los pacientes 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. Durante la pandemia por COVID-19, gran parte de esos pacientes han estado recibiendo tratamiento 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 tele-asistencia, el apoyo psicosocial a distancia y la monitorización de síntomas del coronavirus. La mayoría de servicios de salud mental no estaban preparados para desarrollar servicios especializados a distancia. En consecuencia, las necesidades psicosociales de los pacientes psiquiátricos más graves han podido infravalorarse o sustituirse por seguimientos centrados en la estabilidad clínica o sintomatológica.

Las organizaciones internacionales como la OMS y las congregaciones de expertos a nivel mundial han hecho llamamientos y recomendaciones para priorizar la investigación y la intervención en la salud mental como parte fundamental e integrada en las respuestas al virus (2, 7, 12).

Actualmente, y a pesar de la cantidad enorme de datos sobre la COVID-19 que van saliendo, existe muy poca investigación sobre el impacto psicológico y la necesidad de las personas con un TMG que viven en la comunidad. En uno de los pocos estudios que se han publicado sobre pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad y depresión, se encontró que las preocupaciones, las ideas suicidas y la severidad de los síntomas fue muy superior al grupo de control (13). Un estudio muy potente (14) analizó la base de datos de 360 hospitales de Estados Unidos, encontrando que los pacientes con un diagnóstico de depresión o esquizofrenia tenían un riesgo significativamente mayor de contagiarse de COVID-19 y además duplicaban la ratio de mortalidad por COVID-19 con respecto a las personas que no tenían un diagnóstico psiquiátrico, concluyendo que era necesario adoptar medidas específicas para esta población, tanto para prevenir el contagio como para minimizar sus consecuencias. El incremento de la resiliencia en pacientes de salud mental se reconoce como una prioridad mundial (15).

En nuestro país, sabemos que los pacientes con TMG han reducido su acceso a los servicios de salud mental. El contacto cara a cara con los profesionales ha disminuido. El alejamiento 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 (16). Además, la población con TMG presenta grandes dificultades para formular demandas. Esa dificultad es la que ha justificado entre otras cosas la aparición de los Equipos de Atención Asertiva Comunitarios y de atención domiciliaria en nuestro país y en todo el mundo, orientados sobre todo a personas con un

TMG, que de por sí tienden a no acudir a los servicios y que están en grave riesgo de “abandono” asistencial por el sistema clásico de cuidados. A esto hay que sumar las evidencias disponibles de que la infrapercepción de las necesidades en personas con un TMG se asocia con una menor demanda y uso de servicios (17). También se ha probado que habitualmente una de cada cuatro 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 (18).

Siendo conscientes de la magnitud del problema del TMG en nuestro país, pensamos que evaluar las necesidades asociadas a esta patología era, en estos momentos, una tarea prioritaria. Durante la última década, en nuestro equipo hemos dedicado esfuerzos para comprender mejor el problema, dar a conocer sus características y las consecuencias en las personas que la padecen (19-26).

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

Este estudio tiene como objetivo evaluar las necesidades de una muestra amplia de personas diagnosticadas de TMG durante el pico de la pandemia de la primera ola por COVID-19 del año 2020 en la que se dieron las medidas más fuertes de distanciamiento social. Pretendemos aportar información que permita ayudarnos a mejorar nuestros servicios e intervenciones en un futuro a corto y a medio plazo. Los objetivos son los siguientes:

- 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 y si están cubiertos.
- Identificar el tipo de intervenciones ofrecidas por los servicios durante las fases críticas de la pandemia y su adecuación a las necesidades.
- Conocer la opinión directa de las necesidades percibidas de la población atendida.
- Reflexionar sobre la planificación de recursos, programas e intervenciones a cubrir en una visión que vaya más allá del corto plazo.

MÉTODO

a) *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 la Comunidad de Ma-

drid, Extremadura, la Comunidad Valenciana y el País Vasco. El tipo de muestreo es propositivo.

Se incluyeron personas atendidas tanto en 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 los familiares que ejercían un rol o función de cuidador principal de la persona con TMG.

b) Criterios de inclusión

De todos los sujetos posibles se incluyeron aquellos que tenían diagnosticado un TMG, establecido desde los centros de salud mental como criterio de entrada o derivación al recurso de larga evolución; que tuvieran 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.

c) Criterios de exclusión

Dado que se pretende llegar a una muestra lo más amplia y representativa, el criterio de exclusión solo es uno: personas cuyo diagnóstico no sea TMG (limitaciones en áreas de funcionamiento y larga duración).

d) Descripción de la muestra

- En total participaron 669 personas que asistían 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 siendo 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 pudieron incorporar al estudio un total de 144 personas, con una media de edad de 63,74 años, en su gran mayoría mujeres. La definición de personas cuidadoras se refiere a personas convivientes en el momento del estudio con la persona afectada del TMG.
- En las Tablas 1 y 2 se describe el perfil de la muestra.

e) Contexto de la intervención

De manera resumida y para contextualizar la intervención que las personas usuarias están recibiendo, los centros incluidos en el estudio tienen como población diana a personas con un TMG, se encuentran integrados en redes comunitarias y públicas de atención, en diferentes contextos del territorio español y desarrollan procesos de rehabilitación psicosocial, laboral, residencial, soporte social, ocupacional y apoyo a la integración comunitaria. Las características generales comunes de la intervención se describen en la Tabla 3.

f) Variables e instrumentos de medida

A continuación se muestra el protocolo de evaluación completo, aunque en este estudio solo se van a describir los resultados del perfil, necesidades y opinión de la carga del cuidador familiar.

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) (27). 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) (28). 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).

g) Diseño y análisis estadístico

Se trata de 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 el cual se ha seguido una estrategia descriptiva, comparativa y predictiva de las variables de interés. Los análisis tenían el objetivo de describir las características y necesidades de la muestra, atendiendo fundamentalmente a la distribución de frecuencia de estas. Por tanto, no se parte de ninguna hipótesis de investigación. También se hicieron algunas agrupaciones de variables mediante análisis con tablas de contingencia para comprobar si había diferencias en las necesidades estudiadas. Para comprobar si había relación o asociación entre las variables se utilizó la prueba Chi Cuadrado de Pearson debido a la tipología nominal de las variables. Para comprobar el grado de asociación entre las variables se utilizó el Coeficiente de Contingencia V de Cramer o Phi (para tablas de contingencia 2x2). Valores más cercanos a 0 indican ausencia de asociación entre las variables. El nivel mínimo de significación estadística se estableció en $p<0,05$. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 18.0.

h) Procedimiento

Para el desarrollo del trabajo, el equipo investigador contactó con los centros y servicios de la red de salud mental de Grupo 5, enviándoles las instrucciones del estudio. Una vez explicados los objetivos, se les entregaron los modelos documentales para utilizar con las personas usuarias durante la toma de datos.

La obtención de la información fue individualizada, caso a caso, mediante entrevista telefónica, con las 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 él 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 administrarlos, 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 del Observatorio de Ética de Grupo 5, y se incluyó un procedimiento a seguir con instrucciones específicas para recabar el consentimiento informado tanto de personas usuarias como cuidadores familiares, tanto en 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 Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección 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 Asociación Médica Mundial (29). 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 de impacto en 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 sociosanitarios.

Las entrevistas se realizaron entre los meses de julio y agosto de 2020.

RESULTADOS

a) Resultados en necesidades

Los datos referidos a la incidencia de problemas identificados se describen en la Tabla 4. Los problemas clínicos que presentan mayor frecuencia en el periodo de marzo a junio de 2020 fueron los síntomas de ansiedad (54%), los síntomas asociados a sintomatología negativa de psicosis (47,5%) y los síntomas relacionados con depresión (38%). Con muy baja frecuencia se presentaron los síntomas de uso de alcohol o drogas (4%) y comportamientos peligrosos o antisociales (8%). Un problema que hay que destacar han sido los problemas físicos asociados a enfermedades no provenientes de COVID-19 (32%).

En la sección de destrezas y habilidades, los problemas más frecuentes fueron los relacionados con la estructuración del sueño (41%), con el ocio y salir a la comunidad (31%) y con la capacidad cognitiva atencional (28%).

El problema más frecuente relacionado con el área de soportes y apoyos fue la ausencia de las redes de apoyo social (19%).

En cuanto a la incidencia, el número medio de problemas que ha padecido cada persona es de 6,9 (ver Tabla 5). Hay una mayor proporción de la incidencia por usuario de problemas relacionados con el desarrollo de destrezas y habilidades, siendo menor el número de problemas clínicos y el de soportes sociales y residenciales (Gráfico 1).

En cuanto al grado en que las necesidades han estado cubiertas, nos interesaba comprobar cuáles de los problemas se habían cubierto y cuáles no se habían cubierto o no tenían posibilidad de cubrirse con los recursos de atención disponibles (Tabla 6).

Los problemas clínicos más frecuentemente cubiertos fueron: el uso de drogas (81%), el comportamiento inadecuado socialmente o peligroso (83%) y el riesgo de suicidio (83%). Los síntomas psicóticos positivos se encuentran cubiertos en un 73%. Sin embargo, los síntomas psicóticos negativos (46%), los efectos secundarios de la medicación (46%), los síntomas físicos asociados a enfermedades (42%), los problemas de depresión (37%) o la ansiedad (35%) estuvieron cubiertos en mucha menor medida que la clínica positiva. Es destacable que los síntomas que menos probabilidad tuvieron de cubrirse fueron los problemas relacionados con el cuidado de la salud física. También es de enorme importancia que el 18% de los problemas relacionados con el riesgo de suicidio no estuvieran cubiertos, debido a la gravedad e irreversibilidad de este comportamiento.

En el área de habilidades y destrezas, los problemas más cubiertos fueron la alimentación (81%), las habilidades de comunicación (80%), el manejo del dinero (77,5%) y la responsabilidad con el tratamiento (adherencia) (78%). Los problemas menos cubiertos fueron los de ocupación (45%), sueño (40%), salir a la comunidad (39%), hábitos de alimentación (38%) y motivación laboral (39%).

En el área de soportes casi la mitad de los problemas no estuvieron cubiertos o no hubo posibilidad de que se pudieran cubrir, siendo el apoyo familiar el que menos probabilidad de cubrirse tuvo. El soporte residencial estuvo cubierto al 90%.

Respecto al estado de cobertura agrupado por bloques (Tabla 7), el 67% de los problemas clínicos y de habilidades estuvieron cubiertos. En el área de soportes están los problemas con menor probabilidad de cubrirse.

b) Resultados en comparaciones de problemas por variables de interés

Las comparaciones mediante Chi cuadrado permitieron seleccionar los problemas que tuvieron más incidencia, así como los considerados más relevantes por los autores para hacer comparaciones que nos dieran pistas de cara a estudiar posibles influencias de esas variables en los problemas. En la Tabla 8 se muestran los resultados encontrados y los valores de la asociación entre las variables mediante el coeficiente de asociación encontrado. Las personas de centros ambulatorios presentaron un riesgo de suicidio tres veces mayor que los que estaban en centros residenciales ($C. Contingencia=0,16$), peores hábitos de alimentación ($C. Contingencia=0,13$), más problemas de sueño ($C. Contingencia=0,163$) y mayores dificultades en el uso del tiempo ($C. Contingencia=0,135$). Las personas que estaban en residencias presentaron más problemas en la cobertura de apoyo familiar ($C. Contingencia=0,167$).

Las mujeres tuvieron más problemas físicos que los hombres ($C. Contingencia=0,127$) y más problemas de apoyo familiar ($C. Contingencia=0,081$).

Se encontró una asociación entre tener menores ingresos económicos y riesgo de suicidio (C. Contingencia= 0,139).

Las personas usuarias que estuvieron durante el confinamiento con sus familias tuvieron más problemas de depresión (C. Contingencia= 0,122) y mas problemas de sueño (C. Contingencia=0,133).

La accesibilidad del servicio de salud mental para seguimiento psiquiátrico no se ha mostrado relevante para el cuadro de problemas.

Se ha encontrado una relación entre la frecuencia de contacto semanal con el profesional de referencia (“tutor”) y los síntomas psicóticos negativos (C. Contingencia= 0,153), la ansiedad (C. Contingencia= 0,119), los problemas de ocio (C. Contingencia= 0,136) y la presencia de problemas en los apoyos familiares (C. Contingencia=0,115), siendo mayor la incidencia de problemas a mayor contacto con el profesional.

Sin embargo, como se ve en los índices de los coeficientes de asociación, los valores de las relaciones entre variables son estadísticamente significativos pero pequeños en grado de asociación, no alcanzando ninguna de ellas valores por encima de 0,2.

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

En la Tabla 9 se muestran los porcentajes de cuidadores familiares que contestaron que el cuidado de la persona con TMG les había supuesto cargas percibida en cada una de las dimensiones del cuestionario ERVI. Las principales cargas estuvieron en la vida social y el uso del tiempo libre.

DISCUSIÓN

A pesar de las voces que se empiezan a escuchar acerca de la atención a distancia y sus virtudes, la teleasistencia con pacientes graves y con discapacidades no ha sido una estrategia suficiente para sustituir al tipo de programas de Rehabilitación Psicosocial que las personas con TGM venían recibiendo y necesitan. La alta satisfacción con esta forma de asistencia indica que es válida para acompañar y detectar pacientes en riesgo, pero mucho menos válida para intervenir en la capacitación o reducción de las discapacidades.

Es necesario reforzar los programas que minimicen las deficiencias ocurridas durante el distanciamiento social, ya que son factores de riesgo. El aumento del fármaco no es una estrategia suficiente para solucionar los problemas en el largo plazo de las patologías graves y duraderas, e incluso puede generar algunos otros problemas, además de incrementar la mortalidad a largo plazo y el gasto sanitario.

Las estrategias que solo tienen en cuenta este tipo de medidas, además de ser miopes, conllevan implícitas los errores de las respuestas asistenciales parciales e inefficientes que se han dado a personas con un problema grave de salud mental en el pasado. En los tiempos de crisis se necesita poder garantizar los programas intensivos de rehabilitación que han demostrado eficacia en la vida.

Es necesario priorizar los programas de rehabilitación psicosocial y laboral, la intervención con las familias cuidadoras, los programas que aumenten la red de apoyo social, la ocupación, la estabilidad emocional y los hábitos de salud. Durante la pandemia, la mayoría de pacientes se han encontrado alejados de este tipo de servicios, centros y programas, lo que, dadas las respuestas a nivel político-sanitario, parecía obvio. Pero es necesario revisar tales medidas y adecuarlas, en forma, en contenido y en intensidad a esta población de personas con patología mental severa. Los remedios pueden convertirse en nuevos problemas.

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 no es suficientemente amplia 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 transversal 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 pacientes “reales” de los servicios, atendidos tal y como aparecen en los dispositivos específicos de nuestro país, supone un gran aporte a la validez ecológica de los resultados obtenidos.

La evaluación de necesidades debería servir para la toma de decisiones y para la planificación de servicios y optimizar la atención que se oferte a las personas con TMG y sus familias. Terminamos con algunas recomendaciones que podrían servir como reflexiones extraídas de los datos para poner el acento en aquellas intervenciones que se podrían revisar en el menor tiempo posible.

1. *Programas individuales.* Es necesario potenciar programas orientados al afrontamiento y al estado de ánimo. Podrían adaptarse los programas estructurados para su aplicación en el domicilio y su aplicación mediante las nuevas tecnologías.
2. *Intervenciones ocupacionales.* Requieren un mayor desarrollo en estas situaciones. Una opción viable es el desarrollo de programas de movilidad y ejercicio físico utilizando tecnologías innovadoras.
3. *Programas de acompañamiento a la comunidad.* Necesitan ser potenciados, incluso en períodos de confinamiento, para casos confinados y con escasa red de apoyo.

4. *Atención telemática.* Requiere continuidad y potenciación, pues es una práctica que evita la pérdida de alianza y vinculación de personas usuarias graves. Sin embargo, la eficacia del teletrabajo para instaurar habilidades, hábitos y rutinas debe ser evaluada.
5. *Rehabilitación cognitiva.* Programas de rehabilitación cognitiva del déficit y estrategias compensatorias para las personas con déficit asociado a síntomas negativos de psicosis.
6. *Integración laboral.* Es necesario evitar perder las destrezas y motivación laboral de las personas con objetivos de inserción laboral.
7. *Programas educativos de apoyo para las familias.* Hay que aumentar los programas de educación a los cuidadores para afrontar próximas crisis.
8. *Abordaje de la sintomatología psiquiátrica:* el tratamiento farmacológico no debe ser un sustituto del psicoterapéutico.
9. Se hace urgente identificar *personas en riesgo de suicidio* y desarrollar protocolos de intervención breve y planes de seguridad que permitan abordar el riesgo.
10. *Control de la sintomatología física.* Debe monitorizarse la existencia de trastornos físicos asociados al aumento del sedentarismo o el consumo de bebidas excitantes.
11. *Servicios específicos de apoyo.* Hay que explorar la creación de alternativas de apoyo social informal no familiar, a través de la potenciación de programas de apoyo de iguales, voluntariados y programas que fomenten el cuidado altruista de los otros. En especial para los que viven solos y/o en los recursos residenciales tipo piso.
12. *Atención domiciliaria.* Es preciso aumentar los servicios de atención domiciliaria, ya sea en forma de dotación de personal o de reestructuración de las funciones de estos en épocas de crisis.
13. *Medios telemáticos.* Aumento de la dotación de medios e infraestructuras en sistemas telemáticos *online* en los centros.

Por lo que respecta a la Administración, se deberían generar encuentros con las entidades sociales, el sector privado y las asociaciones de profesionales para trabajar en estas adaptaciones y asegurar una mejor respuesta a las necesidades de los pacientes. Las adaptaciones de los servicios de salud mental deben ir más allá de los protocolos para prevenir el contagio.

Es crucial no pasar por alto la pérdida de resultados en activos de salud y bienestar (aumentos de medicación, mayores pérdidas de redes de apoyo social, aumento del estigma, aislamiento, sufrimiento emocional, incremento de riesgos de salud, etc.).

Los mecanismos de evaluación de los servicios públicos que en parte han estado basados en la cantidad (cuanto trabajo se hace) deben ser sustituidos por otros basados en la calidad (qué tipo de trabajo se hace).

Las consecuencias económicas de la pandemia van a ser enormes. Desarrollar nuevos servicios sin evaluar si responden o no a las necesidades reales de las personas con un TMG no parece una estrategia razonable.

CONCLUSIONES

El estudio nos ofrece datos de interés para conocer las necesidades de las personas con TMG durante la pandemia por COVID-19. El deterioro en habilidades asociado al aumento de síntomas clínicos de ansiedad, depresión y somáticos queda reflejado en los altos índices de presencia, así como en su escasa cobertura. Los principales problemas encontrados son los relacionados con la ansiedad, el sueño, las habilidades y destrezas personales, en concreto las que tienen que ver con la ocupación del tiempo de ocio. También los problemas relacionados con los problemas de salud y con el deterioro cognitivo atencional. La población de personas con TMG ha experimentado los mismos problemas emocionales que hemos encontrado en la población general. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el 24% de las personas que han estado en una residencia y el 20% de los que han estado en su domicilio han precisado de un aumento de psicofármacos para afrontar el malestar emocional. Este dato, unido al hecho de que apenas la mitad de las personas con TMG han visto cubiertas sus necesidades emocionales durante las medidas de confinamiento, aporta una cierta evidencia de que la principal respuesta para afrontar los problemas emocionales ha sido la de aumentar la medicación.

Hemos comprobado también el número de pacientes al que no se ha llegado a dar seguimiento. Un 11% de personas con TMG no recibió ningún tipo de seguimiento por parte de los servicios de salud mental de referencia y un 22% de ellas pasaron solas el confinamiento. De los que sí recibieron seguimiento por parte de los servicios de salud mental, la mayoría de ellos tuvo como única respuesta la revisión del tratamiento farmacológico por parte de los servicios de salud mental (Tabla 2). La mayoría de las personas de la muestra pasaron el confinamiento con su familia en su domicilio, siendo el cuidador principal una persona de 64 años o más.

La intervención a las personas con TMG debe reforzarse e incluir programas que respondan a las necesidades especiales a través de programas psicosociales directamente relacionados con las respuestas emocionales, la ocupación y el deterioro de las habilidades psicosociales.

Hemos identificado una dificultad en dar continuidad a los programas propios de la rehabilitación psicosocial, como son el entrenamiento en habilidades, la

psicoeducación familiar (tan solo un 34,8% tuvo acceso a intervención familiar), el afrontamiento y autocontrol, las AVD (actividades de la vida diaria) y el acompañamiento al medio natural (menos del 50% continuó recibiendo ese tipo de intervenciones propias de la rehabilitación psicosocial). La falta de preparación de los equipos, la falta de adecuación de las intervenciones al momento y también las prioridades de servicio han podido resultar causas de ello. Menos del 50% de las personas recibieron programas de entrenamiento en hábitos tipo AVD. Además, las personas usuarias de centros ambulatorios los recibieron en menor medida que los que se mantuvieron en un centro residencial. Sin embargo, el 75% de las personas sí que recibieron atención de seguimiento, acompañamiento o contacto, ya fuese telefónico si se trataba de un centro ambulatorio o presencial en uno residencial.

Los problemas que han tenido menor probabilidad de atenderse con la red de atención disponible han sido la depresión, la inactividad y los problemas somáticos, alcanzando algunos de ellos proporción de no cobertura de hasta el 50%. No hay que perder de vista que hablamos de una muestra con una edad media de 50 años, 20 años de evolución de enfermedad mental y que presenta una alta cronicidad en el uso de servicios de salud mental. Deben cubrirse estos problemas en el corto plazo para evitar que deriven en nuevos problemas en el largo.

Un porcentaje significativo de personas en riesgo de suicidio identificado no ha tenido cobertura para este problema (casi un 20%). La ausencia de apoyo social y familiar se ha visto acrecentada como problema en este periodo en las personas que estaban en una residencia, debilitándose o rompiéndose sin el acceso a una intervención o mediación profesional necesaria para mantener este tipo de relaciones que en muchos casos ya venían dañadas o muy frágiles.

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.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) La necesidad de planificación de medidas para mitigar el impacto psicológico de la pandemia por COVID-19. Infocoponline, 3 de julio de 2020. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8862.
- (2) Adhanom T. Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry* 2020; 19(2): 129-30.
- (3) Brooks SK, Webster RK, Smith LE., Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet* 2020;395(10227):912-20.
- (4) Vindegaard N, Erksen Benros M. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun.* 2020; 89: 531-42.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus. [Consultado el 2-11-2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- (6) Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible. [Consultado el 2-11-2021]. Disponible en: <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind>.
- (7) Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* 2020; 7(9): 813-24.
- (8) Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen Psych.* 2020;33(2).
- (9) Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 2020;3(3): e203976–e203976.
- (10) Bo H-X, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitudes toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol Med.* 2020;1–2.
- (11) Ausín B, González-Sanguino C, Castellanos MA, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C. Estudio longitudinal del impacto psicológico derivado del COVID-19 en la población española (PSI-COVID-19). Primeros resultados. Grupos 5 y Universidad Complutense, 2020. Disponible en: <https://www.contralestigma.com/resource/estudio-covid-resultados-finales/>
- (12) Holmes EA, O'Connor R, Perry VH, Tracey I, Wesseley S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(6): 547-60.
- (13) Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav Immun.* 2020;87: 100-6.

- (14) Qiu WQ, Xu R, Volkow D. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry* 2020; 20(1): 124-30.
- (15) Vinker CH, Amelsvoort T, Bisson J, Branchi I, Cryan J, Domscke F, et al. Stress resilience during the coronavirus pandemic. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2020;35: 12-6.
- (16) Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN. The COVID-19 global pandemic: implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophr Bull.* 2020; 46(4): 752-7.
- (17) Broadbent E, Kydd R, Sanders D, Vanderpyl J. Unmet needs and treatment seeking in high users of mental health services: role of illness perceptions. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42(2):147-53.
- (18) Wiersma D. Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113:115-119.
- (19) Navarro D, Carrasco O. Características psicopatológicas y de funcionamiento social en personas con Trastorno Mental Grave: un estudio descriptivo. *Rehabilitación Psicosocial, FEARP* 2010; 7(1-2):11-25.
- (20) Navarro D, Contreras JA. 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* 2008; 191(1): 29-42.
- (21) Navarro D, Carrasco O. Diferencias de género en los síntomas y el funcionamiento psicosocial de personas con trastorno mental grave. *Psiquiatria.com* 2011; 15. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/diferencias-de-genero-en-los-sintomas-y-el-funcionamiento-psicosocial-de-personas-con-trastorno-mental-grave/>
- (22) Navarro D, García Heras S, Carrasco O, Casas A. Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con Trastorno Mental Grave. *Interv Psicosoc* 2008; 17(3):321-36.
- (23) Navarro D, Ruiz T, Montero MT, Vaquero C, Andreo R. Agrupaciones de personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave en funcionamiento y gravedad clínica. *Bibliopsiquis* 2020; 21. Conferencia. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=agrupaciones-de-personas-diagnosticadas-de-trastorno-mental-grave-en-funcionamiento-y-gravedad-clinica>
- (24) Ballesteros F, Vaquero C, Vitutia M, Molinero C, Larios M, Delgado V, et al. Análisis de la percepción de riesgos psicosociales en personas con Trastorno Mental Grave en el contexto laboral. *Clínica Contemporánea* 2019; 10, e11, 1-22. Disponible en: https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/1989_9912_cc_10_2_e11.pdf
- (25) Ballesteros F, Bertina A. Efectividad de la intervención del Equipo de Apoyo Social Comunitario en el funcionamiento psicosocial de personas con Trastorno Mental Grave. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2016; 36(130):299-323.
- (26) Expósito MS, Felipe-Castaño E. Cognitive insight, neurocognition and life skills in patients with schizophrenia. *Psicothema* 2018; 30(3): 251-6.
- (27) Moreno K, Estévez J, Godoy JE, González FT. Evaluación de las necesidades de una muestra de pacientes esquizofrénicos de Área de Salud Mental Granada Sur. *Actas Esp Psiquiatr.* 2003;31(6):325-30.

- (28) Echeburúa E. Evaluación y tratamiento de la fobia social. Barcelona: Martínez Roca, 1995.
- (29) Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ferney-Voltaire: AMM, 2013. Disponible en: <https://bit.ly/3b7LX4O>.

TABLA I
Características generales de la muestra

Nº total personas usuarias	669
Nº total personas cuidadoras informales	144
Tipo de centro	
Ambulatorio	497 / 74.3%
Residencial	172 / 25.75%
CC. AA.	
C. Madrid	527 / 78.8%
Extremadura	53 / 7.9%
Euskadi	4 / 0.6%
C. Valenciana	85 / 12.7%
Edad media	47.78 (DT=47.78)
Sexo	
Hombres	388 / 58%
Mujeres	281 / 42%
Media de duración del trastorno mental (años)	20.52 (DT=9.5)
Tiempo que lleva en el centro (meses)	50.39 (DT=42.8)
Tiempo atendido en SSM (años)	19.53 (DT=11.86)

SSM= Servicios de Salud Mental

TABLA 2
Perfil descriptivo y asistencial de la muestra

Diagnóstico	N/%
Esquizofrenia	366 / 54.7%
T. Bipolar	61 / 9.1%
T. Depresión	26 / 3.9%
T. Ansiedad	14 / 2.1%
T. Personalidad	69 / 10.3%
T. Esquizoafectivo	55 / 8.2%
Otros	61 / 9.1%
Perdidos	17 / 2.5%
Situación COVID-19	
Positivo confirmado y síntomas activos	17 / 2.5%
No positivo pero confinado	73 / 10.9%
No positivo	565 / 84.5%
Ha estado ingresado por COVID-19	7 / 1%
Ha tenido un allegado afectado por COVID-19	116 / 17.3%
Estabilidad psicopatológica	
Ha ingresado en UHB	43 / 6.3%
Ha aumentado psicofármacos para prevenir crisis	143 / 21.4%
Seguimiento de los servicios de salud mental	
Solo farmacológico	339 / 50.7%
Solo psicológico	53 / 7.9%
Farmacológico y psicológico	182 / 27.2%
Ninguno	74 / 11.1%
Perdidos	21 / 3.1%
Apoyo psicosocial recibido	
Soporte y seguimiento	501 / 74.9%
Habilidades de AVD	321 / 48%
Intervención con familia	233 / 34.8%
Alojamiento residencial	197 / 29.4%
Acompañamiento a la comunidad	150 / 22.4%
Rehabilitación laboral	167 / 25%
Frecuencia de contacto con profesionales del recurso	
≥ 3 veces semana	174 / 26%
3 veces en semana	78 / 11.7%
2 semana	177 / 26.5%
1 semana	190 / 28.4%
< 1 vez en semana	33 / 4.9%
Perdido	17 / 2.5%

Convivencia durante confinamiento	
Padres	223 / 33.4%
Solo/a	110 / 16.5%
Piso / Residencia supervisada	201 / 30.8%
Con algún familiar (excluida categoría padres)	120 / 18.4%
Perdido	15 / 1.4%
Edad del cuidador principal	63.74 (DT=13.5)
Dependencia reconocida	
Sí	293 / 43.8%
No	354 / 52.9%
Perdidos	22 / 3.3%
Ingresos económicos	
Sí	460 / 68.7%
No	187 / 28%
Perdidos	22 / 3.3%
Ingresos económicos	
< 300	41 / 6.1%
301 a 600	316 / 47.2%
601 a 900	138 / 20.6%
> 901	102 / 15.2%
Sin información	72 / 10.7%
Situación jurídica	
Capacitados	523 / 78.2%
Incapacitados	100 / 14.9%
En trámite	20 / 3%
Perdido	26 / 3.9%
Grado de discapacidad reconocida	
Menos del 65%	195 / 29.1%
Mas del 65%	396 / 59.2%
Sin discapacidad	40 / 6%
En trámite	14 / 2.1 %
Perdido	24 / 3.6%

TABLA 3

Características generales de la intervención que recibieron las personas de la muestra durante el periodo de confinamiento por COVID-19

- Tratamiento psicofarmacológico y programas de psicoeducación y adherencia.
- Asignación de cada usuario a un profesional de referencia (sistema de gestión de casos o “tutorías”).
- Evaluación funcional integral y diseño de un plan individual de rehabilitación consistente en entrenamiento en habilidades, soporte social y trabajo con el entorno socio-familiar.
- Atención integrada en un equipo multidisciplinar diversificado en funciones.
- Programas de apoyo y acompañamiento para integración comunitaria.
- Programas con énfasis en el entrenamiento en habilidades sociales y de autonomía personal.
- Tratamientos coordinados con servicios de salud mental.
- Programas de mejora de los autocuidados para la salud.
- Apoyos en la gestión de necesidades básicas de la vida diaria.
- Desarrollo de intervenciones en el contexto comunitario para la potenciación de alianzas que favorezcan la integración socio-laboral.

TABLA 4

Distribución de toda la muestra según incidencia de problemas (NCA)

ÁREAS	Sin problema		Con problema	
	N	%	n	%
Síntomas y comportamientos				
1. Síntomas psicóticos positivos	525	78.5	144	21.5
2. Lentitud y baja actividad	351	52.5	318	47.5
3. Efectos secundarios de la medicación	494	74	175	26
4. Síntomas neuróticos/ de ansiedad	307	46	362	54
5. Depresión	412	62	257	38
6. Riesgo de suicidio	605	90	64	10
7. Demencia o psicosis orgánica	628	94	41	6
8. Síntomas físicos o enfermedades	456	68	213	32
9. Comportamiento peligroso o destructivo	615	92	54	8
10. Comportamiento socialmente inadecuado	597	89	72	11
11. Uso de alcohol	624	93	45	7
12. Uso de drogas	644	96	25	4
Destrezas y habilidades				
13. Higiene personal	558	83	111	17
14. Vestido	578	87	91	14
15. Cuidados de la salud general	571	85	98	15
16. Conseguir alimentación	589	88	80	12
17. Hábitos de alimentación	504	75	165	25
18. Estructuración del sueño	397	59	272	41
19. Compras domésticas	555	83	114	17
20. Tareas domésticas	546	82	123	18
21. Manejo del dinero	578	86	91	14
22. Salir a la comunidad	462	69	207	31
23. Uso del tiempo de ocio	464	69	205	31
24. Manejo de transportes	560	84	109	16
25. Habilidades de comunicación	555	83	114	17

ÁREAS	Sin problema		Con problema	
	N	%	n	%
26. Capacidad cognitiva (atención)	482	72	187	28
27. Resolución de gestiones propias	513	77	156	23
28. Manejo de recursos sociales	565	84.5	104	15.5
29. Responsabilidad ante su tratamiento	602	90	67	10
30. Capacidad laboral	551	82	118	18
31. Motivación laboral	545	81.5	124	18.5
Soportes sociales				
32. Redes de apoyo social	541	81	128	19
33. Apoyo familiar	546	82	123	18
34. Soporte residencial	639	95.5	30	4.5

TABLA 5

Distribución del número total y media de problemas por áreas

ÁREAS	NÚMERO DE PROBLEMAS	MEDIA DE PROBLEMAS POR PERSONA
Síntomas y comportamientos clínicos	1770	2.6
Habilidades y desempeño social	2536	3.8
Soportes	281	0.4
Total	4587	6.9

GRÁFICO 1

Proporción de la incidencia de problemas sobre el total de problemas

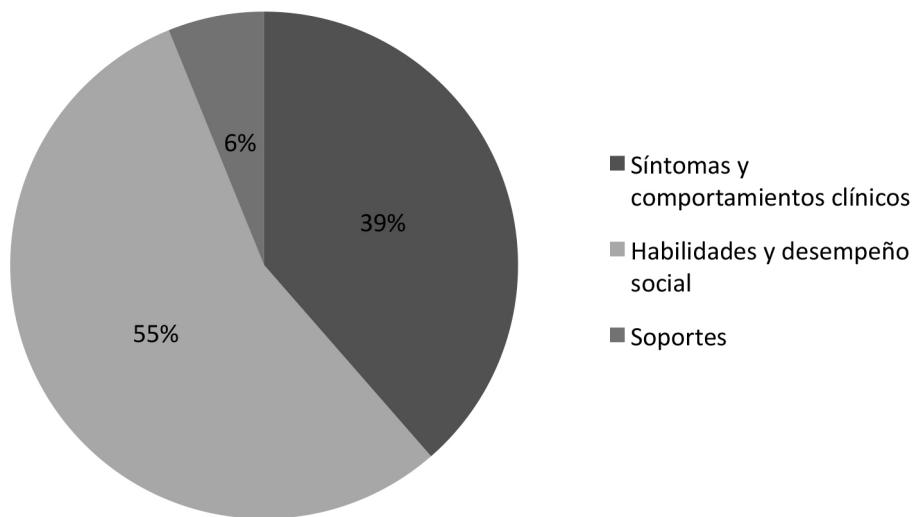


TABLA 6

Distribución de la muestra según cobertura de las necesidades (NCA)

	Nº total del ítem	Cubiertas %*	No cubiertas, aunque con posibilidad de cubrirse con los recursos actuales	Nº	%*	No cubiertas y sin posibilidad de cubrirse con los recursos actuales	%*
Síntomas y comportamientos							
1. Síntomas psicóticos positivos	195	142	73	43	22	10	5
2. Lentitud y baja actividad	343	184	54	141	41	18	5
3. Efectos secundarios de la medicación	217	117	54	61	28	39	18
4. Síntomas neuróticos/ de ansiedad	378	247	65	120	32	11	3
5. Depresión	282	179	63,5	84	30	19	7
6. Riesgo de suicidio	127	105	83	20	16	2	2
7. Demencia o psicosis orgánica	107	87	82	9	8	11	10
8. Síntomas físicos o enfermedades	249	144	58	62	25	43	17
9. Comportamiento peligroso o destructivo	115	95	83	14	12	6	5
10. Comportamiento socialmente inadecuado	133	111	83,5	16	12	6	4,5
11. Uso de alcohol	109	84	77	15	14	10	9
12. Uso de drogas	94	76	81	13	14	5	5
Destrezas y habilidades							
13. Higiene personal	166	121	73	44	26,5	1	0,5
14. Vestido	150	114	76	33	22	3	2

15. Cuidados de la salud general	150	105	70	40	27	5	3
16. Conseguir alimentación	144	116	81	23	16	5	4
17. Hábitos de alimentación	214	133	62	74	34	7	4
18. Estrucuturación del sueño	304	181	60	101	33	22	7
19. Compras domésticas	177	135	76	32	18	10	6
20. Tareas domésticas	172	112	65	50	29	10	6
21. Manejo del dinero	151	117	77.5	23	15	11	7
22. Salir a la comunidad	254	154	61	69	27	31	12
23. Uso del tiempo de ocio	249	138	55	89	36	22	9
24. Manejo de transportes	170	110	65	38	22	22	13
25. Habilidades de comunicación	159	127	80	31	19.5	1	0.5
26. Capacidad cognitiva (atención)	232	148	64	64	28	20	9
27. Resolución de gestiones propias	208	137	66	49	24	22	11
28. Manejo de recursos sociales	157	107	58	31	20	19	12
29. Responsabilidad ante su tratamiento	124	97	78	26	21	1	1
30. Capacidad laboral	166	104	63	30	18	32	19
31. Motivación laboral	168	102	61	41	24	25	15
Sopportes sociales							
32. Redes de apoyo social	175	93	53	58	33	24	14
33. Apoyo familiar	176	101	57	34	19	41	23
34. Soporte residencial	99	89	90	5	5	5	5

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

TABLA 7

*Distribución de problemas clínicos, sociales y de soporte
según su estado de cobertura total*

ÁREAS	N	CUBIERTAS		NO CUBIERTAS		SIN POSIBILIDAD DE CUBRIRSE	
		N	%	N	%	N	%
Síntomas clínicos	2349	1571	67	598	25	180	8
Habilidades	3515	2358	67	888	25	269	8
Soportes	450	283	63	97	22	70	16

TABLA 8

Comparaciones de problemas por variables seleccionadas de interés

ÁREAS	Tipo centro ¹	Sexo	Ingresos	Convivencia familiares	Accesibilidad CSM	Frecuencia contacto
Síntomas y comportamientos						
1. Síntomas psicóticos positivos	.111 .089	-.018 .009	.109 .065	.087 .078	.075 .024	.044 .153*
2. Lentitud y baja actividad						
3. Efectos secundarios de la medicación	.106	.031	.051	.105	.088	.044
4. Síntomas neuróticos/ de ansiedad	.114	.012	.091	.030	.045	.119*
5. Depresión	.110	.056	.111	.122*	.033	.080
6. Riesgo de suicidio	.160**	.073	.139*	.058	.050	.037
7. Síntomas físicos o enfermedades	.062	.127**	.092	.114*	.026	.074
Destrezas y habilidades sociales						
8. Hábitos de alimentación	.130*	.054	.051	.100	.088	.115
9. Estructuración del sueño	.163**	.035	.085	.133**	.090	.080
10. Salir a la comunidad	.180**	.020	.104	.016	.010	.096
11. Uso del tiempo de ocio	.135*	-.020	.063	.100	.015	.136*
12. Capacidad cognitiva (atención)	.131*	-.058	.085	.041	.062	.087
13. Motivación laboral	.131*	-.086*	.107	.079	.039	.075

ÁREAS	Tipo centro ¹	Sexo	Ingresos	Convivencia familiares	Accesibilidad CSM	Frecuencia contacto
Soportes sociales						
14. Redes de apoyo social	.127	-.021	.086	.090	.089	.081
15. Apoyo familiar	.167**	.081*	.116	.168**	.087	.115**

Se indican los valores de correlación entre variables y el grado de significación estadística: * $p<0,05$; ** $p<0,01$

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.

TABLA 9

Distribución porcentaje válido de la muestra de cuidadores en las cargas percibidas por el cuidado

	Nada (N/%)	Casi nada (N/%)	Poco (N/%)	Bastante (N/%)	Mucho (N/%)	Muchísimo (N/%)
Trabajo / estudios	65/ 48.9%	14/ 10.5%	24/ 18%	17/ 12.8%	9/ 6.8%	4/ 3%
Vida social	65/ 46.8%	10/ 7.2%	23/ 16.5%	23/ 16.5%	6/ 4.3%	12/ 8.6%
Tiempo libre	53/ 38.1%	15/ 10.8%	32/ 23%	9/ 6.5%	21/ 15.1%	9/ 6.5%
Relación de pareja	85/ 62%	16/ 11.7%	14/ 10.2%	9/ 6.6%	5/ 3.6%	8/ 5.8%
Vida familiar	60/ 43.5%	16/ 11.6%	30/21.7%	10/7.2%	14/10.1%	8/5.8%
Carga global	45/ 32.8%	16/ 11.7%	27/ 19.7%	19/ 13.9%	17/ 12.4%	13/ 9.5%