



Estudio de factores relacionados con la integración social en personas con enfermedad mental

Study of factors related to community integration of people with mental illness

Olga Carrasco Ramírez

Psicóloga. Coordinadora del Programa de CRPSL de F.I.S.L.E.M.

Daniel Navarro Bayón

Psicólogo. Jefe del Área de Programas de Rehabilitación Psicosocial de la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (F.I.S.L.E.M.)

Resumen:

El presente estudio pretende describir los factores que en opinión de los profesionales que trabajan en los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) de la Comunidad de Castilla-La Mancha, influyen en la integración social de los pacientes atendidos. Se identifican las correlaciones entre variables facilitadoras e inhibidoras en la integración social de los pacientes atendidos con los elementos característicos de la organización de los CRPSL. Esta correlación es de interés como herramienta básica para la mejora de las estrategias de integración social y como parte del proceso de planificación y programación de recursos. Los datos sugieren la importancia de tener en cuenta variables de la intervención y de la red social como facilitadores de la integración social de los pacientes, de forma complementaria a la intervención sobre las habilidades o competencias del paciente.

Palabras Clave:

Integración social comunitaria, rehabilitación psicosocial, enfermedad mental crónica.



Summary:

This study describes the factors that in opinion of professionals who work in psychosocial rehabilitation centers in Castilla-La Mancha (Spain), have an influence in the social integration of patients. The variables are classified like inhibiting or facilitate variables in the social integration of the patients. The study identify the correlations between this variables with elements characteristics of the CRPSL. This correlations are interesting for the analysis of the necessities and like a part of the process of planning and program of resources. The data suggest the importance of considering variables of the intervention an the social network to facilitate the social integration of the patients, beyond the interventions on their abilities or competence.

Key Words:

social community integration, psychosocial rehabilitation, severe mental illness.

INTRODUCCIÓN

Una de las principales características de los trastornos mentales graves (TMG) y crónicos además de la sintomatología afectiva y psicótica grave, es el deterioro en el funcionamiento socio-laboral. La mejora de este deterioro es una prioridad en el tratamiento de estos trastornos debido al efecto limitado del tratamiento farmacológico sobre las habilidades de funcionamiento¹⁻². Así, entre los indicadores utilizados para considerar a un paciente como mejorado o recuperado en distintos estudios de seguimiento a largo plazo se encuentra el indicador de funcionamiento socio-laboral, junto a la mejoría clínica, la reducción de las recaídas y la calidad de vida²⁻⁵. La mayoría de los investigadores habla del término “recuperación” para referirse a los pacientes que llegan a alcanzar un cierto grado de mejoría definida por un periodo de estabilización de los síntomas, mejora en las habilidades de funcionamiento y la integración socio-laboral entre 2 y 5 años de duración⁶. Existe acuerdo en considerar estos tres ejes como decisivos en evaluar la recuperación: síntomas, funcionamiento e integración.

Por otro lado, las formas comunitarias de tratamiento de los TMG, suponen una permanencia del paciente en el entorno. Esto ha obligado a desarrollar un diseño de servicios que conforman el denominador común de la atención comunitaria: desarrollo completo de alternativas de tratamiento y rehabilitación a los servicios hospitalarios, servicios orientados a las necesidades de los usuarios y familias, personal multidisciplinar que se encargue de un tratamiento integral de los problemas (biopsicosocial), desarrollo de recursos de integración social y laboral para los pacientes más graves y coordinación con otros recursos sociales-comunitarios⁷.

Un objetivo básico pues, de cualquier tratamiento comunitario es que la persona mejore y no pierda contacto con la comunidad, que se integre en un barrio, ciudad o red social concreta. De entre los tratamientos más ampliamente adaptados a las necesidades comunitarias de las personas con TMG y documentados en cuanto a su eficacia y efectividad se encuentra la Rehabilitación Psicosocial que incluye una variedad de tratamientos como:



psicoeducación de familias, rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, actividades de la vida diaria y control del estrés, entre otras⁸⁻¹⁰. La Rehabilitación Psicosocial tiene como objetivo facilitar la integración social entendiéndola como participación activa en el entorno y como marco donde obtener y mantener soportes sociales y poner en práctica las habilidades requeridas. Así un individuo integrado sería aquel capaz de obtener satisfacción y disfrute en interacción con los recursos naturales. Simultáneamente se requiere sensibilización y movilización social, para lo cual es necesaria la intervención en la comunidad. Sus actuaciones se desarrollan en dos grandes planos: individual (entrenar en habilidades) y social (creando oportunidad de participación social). Éste segundo aspecto en relación a la creación de oportunidades, se centra especialmente en la importancia de optimizar las redes de apoyo social de vecindarios y promover el compromiso de la comunidad.

El trabajo que deben hacer los profesionales de la Rehabilitación Psicosocial es pues complementario sobre el individuo y el entorno, mediante programas que aseguren la integración entre la mejora de las habilidades y los espacios donde sea capaz de desempeñarlas, alcanzado la máxima integración social posible.

En el año 2000 comenzó en Castilla-La Mancha un proceso de creación de recursos comunitarios de Rehabilitación en todas las provincias. A través de varios Planes de Salud Mental¹¹⁻¹², se ha consolidado el dispositivo denominado Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL), llegándose a la creación de 19 centros que ofrecen 1.000 plazas de atención. Dicho dispositivo contempla como ejes básicos el entrenamiento en habilidades de funcionamiento psicosocial, el apoyo a las familias y la integración comunitaria.

Teniendo en cuenta la experiencia acumulada de los profesionales de la red de rehabilitación de Castilla-La Mancha en el trabajo diario

de integración social de personas con enfermedad mental el objetivo del estudio fue conocer y analizar las opiniones de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral sobre las variables relacionadas con la integración social de los usuarios atendidos, así como analizar las características del centro que pudieran estar relacionadas con esas opiniones.

METODO

Muestra

Se ha llevado a cabo un estudio transversal a partir de una encuesta de opinión a todos los psicólogos responsables de los CRPSL. La población son todos los responsables de los CRPSL de las cinco provincias de Castilla-La Mancha. En total son 19 CRPSL en los que trabajan 132 profesionales, que a lo largo del 2006 han atendido a un total de 1.488 personas. Los centros de rehabilitación se conciben como centros de día, especializados en el diseño de programas individualizados de rehabilitación y orientados a personas con enfermedad mental grave.

Las personas atendidas en los centros, acceden al mismo, a través de la derivación desde los servicios de salud mental (Unidad de Salud Mental), con los que se establece una estrecha coordinación para asegurar la continuidad y complementariedad de las intervenciones.

Los CRPSL desarrollan su atención a través de un proceso secuenciado en varias fases, que se superponen entre sí y que dan respuesta a los diferentes momentos evolutivos del proceso de rehabilitación, de la enfermedad y a las diferencias individuales de cada usuario atendido. La intervención se inicia a partir de una evaluación pormenorizada del usuario, familia y entorno, que facilita la obtención de la información necesaria para la elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR). La metodología de la intervención se realiza a través de las tutorías, las atenciones individuales a familiares y usuarios, y a través de la entrada a



los diferentes programas de intervención. Cada programa se establece en base a una clasificación general de Áreas: Rehabilitación Psicosocial, Rehabilitación Laboral, Actividades de apoyo a la Integración Comunitaria y Apoyo a las Familias.

Medidas

Con el objetivo de obtener los datos, se elaboró un cuestionario que recogía la opinión en relación a los factores que facilitan o inhiben el uso de recursos sociales comunitarios. Cada uno de los factores incluía cuatro variables, que a su vez, introducían una serie de elementos que debían señalarse como influyentes o no en la facilitación o inhibición del uso de recursos. Para cada afirmación debían señalar “SI” o “NO” y el grado de influencia en el caso de contestar “SI” puntuando de 0 a 10.

Por otro lado, con el objetivo de analizar las características que pudieran estar relacionadas con la opinión expresada, se recogieron variables relacionadas con el centro de trabajo como los datos de atención, nº de profesionales y años de funcionamiento.

Procedimiento

Se entregó la encuesta a cada CRPSL, estableciéndose un consenso acerca de lo que se entendía por integración en recursos comunitarios y por tanto, cuáles de los usuarios se iban a tener en cuenta a la hora de valorar las variables que se incluían en el estudio. Por un lado, para valorar las variables correspondientes a los factores facilitadores, se tendría en cuenta aquellos usuarios que a lo largo del 2006 hubieran utilizado como mínimo un recurso comunitario que se clasifican como: recursos de ocio, formación académica, actividades culturales, deportivas y de apoyo social. A la hora de completar los ítems de los factores inhibidores, pensarían en los usuarios que no hubieran tenido contacto con ninguno de los recursos comunitarios que se señalan.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se calcularon porcentajes de las respuestas y las medias resultantes del grado de influencia otorgada a cada factor. Para analizar si existe relación entre los factores descriptivos de cada centro (tabla 1) y las opiniones se calcularon correlaciones de Pearson y comparaciones de medias mediante pruebas paramétricas (t de student y ANOVA) o no paramétricas (prueba de Kruskal–Wallis) según la normalidad de las variables y según incluyan 2 ó más grupos. Los años de funcionamiento es una variable relacionada con el nº de usuarios atendidos y la duración media de la estancia, así, los centros que llevan más tiempo atienden a más usuarios, con más profesionales y con mayor duración de la enfermedad y de la estancia. Por ello se calcularon correlaciones parciales para calcular el efecto potencial de los años de funcionamiento y análisis de covarianza, utilizando dicha variable como covariable. Los análisis se hicieron usando el SPSS (versión 12).

RESULTADOS

1) Descripción de la muestra

Un 42% de los centros llevan de 3 a 5 años de funcionamiento, un 32% de 6 a 8 años y un 26% menos de dos años. La media de habitantes asignados es de 99.276. El área de la influencia de un CRPSL tiene una densidad poblacional media de 26.79 habitantes y una extensión de 11.243 Km², aunque con una notable variabilidad entre centros. Un 20% de las poblaciones asignadas al CRPSL presentan problemas de accesibilidad fundamentalmente debido a la distancia geográfica y la ausencia de transporte. El 74% de los dispositivos tiene entre 6 y 8 profesionales que se reparten entre: psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, educador, técnico de integración social–laboral, y auxiliar administrativo. La mayoría de los recursos cuenta con una asociación de familias que desarrolla actividades complementarias de ocio y soporte social.

**Tabla I.** Características de los centros participantes

N° de centros	19
Años de funcionamiento	
< 2 años	5 (26,3%)
3 a 5 años	8 (42,1%)
6 a 8 años	6 (31,6%)
> 8 años	0 (0%)
N° de centros en cada Área sanitaria	
Albacete	5
Mancha-Centro	2
Ciudad Real	4
Toledo	4
Talavera	1
Cuenca	2
Guadalajara	1
N° de habitantes asignado a cada centro	
Media	99.276 habitantes
10.000 a 50.000	3
51.000 a 80.000	8
81.000 a 125.000	3
126.000 a 200.000	3
> 200.000	2
Extensión geográfica del área de referencia	
Media	11.243,61
Máximo	15.875,80
Mínimo	3.834,90
Densidad poblacional del área de referencia (habitantes/Km2)	
Media	26,79
Mínimo	10
Máximo	40
Porcentaje de municipios con dificultad de acceso al CRPSL	
Media	19,52%
Mínimo	0%
Máximo	65%
N° de profesionales del centro	
< 5	2 (10,5%)
De 6 a 8	14 (73,7%)
> 9	3 (15,8%)
Existe una asociación de familiares en el centro	
SI	14
NO	5
N° de usuarios atendidos en el año del estudio	1.488
Porcentaje de ocupación medio de plazas de cada centro	119%



En el análisis de datos de los usuarios atendidos en el año del estudio observamos que la mayoría de los usuarios tienen esquizofrenia y otras psicosis (70%), con una media de 14 años de evolución y una edad de 39 años. El 50% lle-

van atendidos en el centro entre 2 años y 4 años. El perfil de funcionamiento es pobre mostrando la mayoría un bajo nivel educativo, escasos ingresos económicos y dificultades para utilizar recursos de integración social y laboral.

Tabla 2. Características generales de los usuarios atendidos en 2006

Años de evolución de la población atendida (media,d.t)	14,7 (2,58)
Edad de la población atendida (media,d.t)	39 (1,8)
Duración de la estancia de los usuarios atendidos (nº de casos)	
< 12 meses	367 (24,6%)
12 a 24 meses	279 (18,7%)
25 a 36 meses	268 (18,0%)
37 a 48 meses	226 (15,0%)
> 48 meses	351 (23,7%)
Nivel educativo de los usuarios atendidos	
Analfabeto	41 (03,0%)
Conocimientos mínimos de lecto–escritura	255 (18,4%)
EGB	708 (51,3%)
Bachiller superior o FP	239 (17,3%)
Universitarios son finalizar	66 (04,7%)
Universitarios terminados	45 (03,2%)
Nivel de ingresos económicos de los usuarios (nº)	
<180€	44 (3,6%)
180 a 360€	660 (54,3%)
360€ a 540€	185 (15,2%)
540€ a 720€	177 (14,6%)
> 720€	149 (12,2%)
Diagnóstico principal	
Esquizofrenia y otras psicosis	982 (70,1%)
Trastorno del estado de ánimo	176 (12,5%)
Trastorno de la personalidad	157 (11,2%)
Trastorno de ansiedad	47 (03,3%)
Nº de usuarios que han utilizado recursos comunitarios estructurados normalizados	415 (30%)
Nº de usuarios en integración laboral durante el año	308 (21%)



2) Factores facilitadores

A) Datos descriptivos. En la Tabla 3 se presentan las respuestas a las afirmaciones sobre los factores facilitadores de la integración comunitaria.

Tabla 3. Porcentajes y medias de los factores facilitadores

VARIABLES DEL INDIVIDUO	Si (%)	No (%)	Media 0–10
Edad	79,0	21,0	5,34
Sexo	26,3	73,7	1,36
Nivel de estudios	84,2	15,8	5,18
Nivel de ingresos	73,7	26,3	4,47
Presencia de síntomas psicóticos (positivos y negativos)	94,7	05,3	7,40
Ausencia de problemas médicos de salud	89,5	10,5	5,70
Ausencia de otros síntomas como depresión o ansiedad (comorbilidad)	89,5	10,5	6,40
Uso anterior de recursos comunitarios (buen nivel premórbido)	100	0	7,30
Edad de inicio de enfermedad	63,2	36,8	4,00
Buen funcionamiento global psicosocial y autonomía.	100	0	8,50
Existen intereses personales para el uso de recursos comunitarios	100	0	8,30
VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN			
Existencia en el CRPSL de Programas estructurados para la integración en recursos	84,2	15,8	6,4
Haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral	94,7	05,3	7,2
Conocimiento de la red de recursos comunitarios	84,2	15,8	4,8
VARIABLES DE LA COMUNIDAD			
Disponibilidad de recursos en el entorno (número elevado de ofertas a nivel local)	89,5	10,5	6,5
Bajo nivel de exigencia de los recursos	73,7	26,3	4,4
Buena accesibilidad de los recursos (transporte, horarios, etc)	94,7	05,3	7,0
Uso de recursos comunitarios como valor positivo en la comunidad	57,9	42,1	3,3
VARIABLES DE LA RED SOCIAL			
Existencia de amigos que le animan o le acompañan	78,9	21,1	5,2
Apoyo o refuerzo de la familia	89,5	10,5	6,5
Tener amigos que usan recursos comunitarios	73,7	26,3	5,2



Encontramos un 100% de acuerdo a la influencia del buen ajuste premórbido, buen funcionamiento psicosocial e intereses personales. Con un acuerdo igual o por encima del 90% destacan la ausencia de síntomas psicóticos (94,7%), la participación en programas de rehabilitación psicosocial y laboral (94,7%), la disponibilidad de recursos en el entorno (89,5%), la accesibilidad (94,7%) y el refuerzo de la familia (89,5%). Si seleccionamos las variables que tienen un acuerdo mayor al 90% y que su influencia media está por encima de 7 las variables que resultan más influyentes por orden de importancia son: buen funcionamiento global psicosocial, que el usuario tenga intereses, la ausencia de síntomas psicóticos, el buen ajuste premórbido, haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral, y buena accesibilidad de los recursos.

B) Relación entre la opinión y variables del centro, del entorno y de los usuarios atendidos.

Para comprobar posibles influencias sobre la opinión se utilizaron las variables de las

tablas 1 y 2 que recogen variables relacionadas con el centro (años de funcionamiento, n° de habitantes asignado, n° de atendidos, n° de profesionales, existencia de una asociación en el centro), con el contexto en el que se encuentra (extensión geográfica, densidad poblacional, accesibilidad) y con los usuarios atendidos el año del estudio (años de evolución de la enfermedad mental, media de edad, duración de la estancia, nivel educativo, ingresos económicos).

Los análisis de correlación de Pearson no mostraron relación entre las opiniones y el n° de atendidos en el centro, el n° de habitantes asignado, la extensión geográfica, la accesibilidad, los años de evolución de la enfermedad, la edad de los usuarios atendidos, y el nivel educativo, que en general son variables sobre las que no se puede tener control o son poco modificables.

La tabla 4 muestra las correlaciones encontradas entre la opinión de las variables facilitadoras y los posibles factores relacionados con dicha opinión.

Tabla 4. Correlaciones con la opinión de los centros sobre variables facilitadoras

Factor	Correlación	r	P
Densidad poblacional	Sexo	0,63	< 0,01
	Nivel de ingresos económicos	0,58	< 0,01
	Existencia de amigos que animan o acompañan	0,55	< 0,05
	Tener amigos que usan recursos comunitarios	0,59	< 0,01
Duración de la estancia. >48 meses	Haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral	0,45	< 0,05
Porcentaje de ocupación medio de plazas	Haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral	0,47	< 0,05
Ingresos económicos <180 a 360€ 720€	Haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral	0,46	< 0,05
	Comorbilidad con ansiedad y depresión	-0,41	0,07
	Ausencia de problemas de salud	-0,54	< 0,05
	Haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral	-0,62	< 0,01



Nos encontramos con que la densidad poblacional del área en la que está localizado el centro tiene relación con el sexo del usuario como variable que puede facilitar la integración comunitaria ($r=0.63$, $p<0.01$), los ingresos económicos ($r= 0.58$, $p<0.01$) y las variables relacionadas con la red social (tener amigos que usen la comunidad y que le animen o acompañen, $r=0.55$; $r= 0.59$ respectivamente). También se ha encontrado una relación positiva entre llevar más tiempo en atención (>48 meses) y la participación en programas de rehabilitación psicosocial y laboral ($r=0.45$, $p<0.05$). Esto se podría interpretar como una influencia creciente o positiva hacia el éxito de los programas para aquellos pacientes que muestran una buena adherencia y continuidad con la intervención en el centro. Tener mayores tasas de ocupación de las plazas en el centro se relaciona con la creencia de la participación en programas como valor positivo para la integración, lo que podría reflejar la mayor experiencia de aquellos centros con mayor n° de usuarios en atención en comprobar la eficacia de participar en programas, o también la posible influencia en la creación de redes sociales entre los pacientes del centro que participan en programas con el objetivo de salir a utilizar recursos comunitarios.

También parece haber una relación positiva entre participar en programas y tener ingresos económicos bajos (de 180€ a 360€), siendo inversa esta relación con tener ingresos más altos (>720€). Lo que podría reflejar que tener un mayor poder adquisitivo facilita la integración comunitaria aunque no se participe en programas y la situación de salud sea mala (comorbilidad y salud general). Quizá la participación en programas sirva para enseñar o apoyar a utilizar los recursos, pero solo si se tiene un presupuesto ajustado.

En las correlaciones parciales, utilizando los años de funcionamiento como variable de control, desaparecen las relaciones encontradas en relación a la duración en la estancia y el por-

centaje de ocupación, indicando que estas asociaciones dependen de los años de funcionamiento del CRPSL.

No se encontraron diferencias de opinión comparando las medias de los centros que llevan más tiempo de atención con los que llevan menos, los que tienen mayor con los que tienen menor número de profesionales en la plantilla, y en los que existe y no existe una asociación de familiares. Aunque en las comparaciones de medias no se hayan encontrado diferencias significativas, si se han observado algunas tendencias interesantes. Así, los centros que llevan más tiempo en funcionamiento dan más importancia a las variables del entorno que a las del individuo de cara a facilitar la integración social comunitaria (tener amigos que usen recursos, apoyo familiar, accesibilidad y disponibilidad de los recursos).

3) Factores inhibidores

A) Datos descriptivos

En relación a las afirmaciones sobre factores inhibidores (tabla 5), las variables que están por encima del 90% de acuerdo son: la presencia de síntomas psicóticos (100%), la comorbilidad (100%), el mal ajuste premórbido (94,7%), el deterioro en el funcionamiento (94,7%), la falta de intereses (89,5%), no asistir a programas de rehabilitación psicosocial y laboral (89,5%) y la falta de refuerzo familiar (100%). De estas variables a las que se les ha otorgado una influencia de 7 puntos o más en el análisis de las medias son, por orden de importancia: el deterioro psicosocial del usuario, la presencia de síntomas psicóticos, la falta de intereses, la comorbilidad y la falta de refuerzo familiar. Comparando estos resultados con la tabla de variables facilitadoras se puede comprobar que las variables de la intervención y de la comunidad tienen un mayor acuerdo en porcentajes para facilitar la integración que para impedirla, mientras que variables inhibidoras se relacionan fundamentalmente con el individuo.



Tabla 5. Porcentajes y medias de factores inhibidores

VARIABLES DEL INDIVIDUO	Si (%)	No (%)	Media 0–10
Edad	73,7	26,3	4,5
Sexo	26,3	73,7	1,3
Nivel de estudios	68,4	31,6	4,4
Nivel de ingresos	68,4	31,6	4,3
Edad de inicio de enfermedad	73,7	26,3	4,5
Presencia de síntomas psicóticos (positivos y negativos)	100	0	7,9
Presencia de problemas médicos de salud	84,2	15,8	5,4
Comorbilidad con síntomas de depresión o ansiedad	100	0	7,2
No uso anterior de recursos comunitarios (mal nivel premórbido)	94,7	5,3	6,6
Deterioro en funcionamiento global y autonomía	94,7	5,3	8,0
Falta de intereses personales para el uso de recursos	89,5	10,5	7,7
VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN			
No existencia en el CRPSL de Programas estructurados para la integración en recursos	68,4	31,6	5,0
No haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral	89,5	10,5	6,0
Desconocimiento de la red de recursos comunitarios	68,4	31,6	4,6
VARIABLES DE LA COMUNIDAD			
Deprivación social o empobrecimiento del entorno en la oferta de recursos comunitarios	84,2	15,8	6,0
Alto nivel de exigencia de los recursos comunitarios	57,9	42,1	3,8
Recursos no accesibles (transporte, horarios, etc)	84,2	15,8	5,6
El uso de recursos comunitarios no es un valor social positivo en su comunidad	47,4	52,6	3,0
VARIABLES DE LA RED SOCIAL			
Falta de amigos o compañía que le animan o le acompañan	78,9	21,1	5,8
Falta de apoyo o refuerzo de la familia	100	0	7,2
No tener amigos que usan recursos comunitarios	73,7	26,3	5,1

B) Relación entre opinión y variables del centro, del contexto y de los usuarios atendidos.

En la tabla 6 aparecen las variables del contexto en el que se encuentra ubicado el centro

de rehabilitación como variable relacionada con la opinión acerca de la posible influencia en la integración comunitaria.

**Tabla 6.** Correlaciones con la opinión de los centros sobre variables inhibitoras

Factor	Correlación	r	P
Densidad poblacional	Sexo	0,65	< 0,01
	Nivel de ingresos económicos	0,55	< 0,05
	Existencia de amigos que animan o acompañan	0,45	< 0,05
	Valor social positivo del uso de recursos	0,48	< 0,05
Porcentaje de municipios con dificultad de acceso	Accesibilidad	0,50	< 0,05
	Haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral	0,59	< 0,01

De nuevo se encuentra una relación entre la densidad poblacional y la influencia otorgada al sexo ($r=0.65, p=0.01$), no tener ingresos económicos ($r=0.55, p=0.05$) y la red social (ausencia de amigos que acompañen y animen, y ausencia de refuerzo social en la comunidad). En un estudio anterior elaborado por nosotros encontramos que ser mujer y vivir en un contexto rural y pequeño, se relaciona con mayor deterioro y falta de soportes sociales. También se observa una relación entre la baja accesibilidad del lugar de residencia al centro con la no participación en programas de rehabilitación psicosocial y laboral ($r=0.59, p<0.01$) y su efecto inhibitor en la integración comunitaria.

No existe correlación entre la opinión y el resto de variables (n° de habitantes, n° de atendidos, extensión geográfica, años de evolución de los usuarios atendidos, duración de la estancia, edad media de la población atendida, nivel educativo, ingresos económicos). Con las correlaciones parciales con años de funcionamiento del centro como covariable desaparecen las relaciones encontradas en la tabla 6.

No se encontraron diferencias de opinión comparando las medias de los centros que llevan más tiempo de atención con los que llevan menos, de los que tienen mayor con los que tienen menor número de profesionales en la plantilla, y en los que existe y no existe una asociación de familiares.

DISCUSIÓN

Las variables clave encontradas en las respuestas de los profesionales coinciden con los objetivos básicos del CRPSL: mejora en el funcionamiento y de los síntomas clínicos.

Las variables que reciben mayores puntuaciones como facilitadoras de la integración comunitaria son: el buen funcionamiento psicosocial, tener intereses personales para el uso de recursos comunitarios, no tener sintomatología psicótica, buen ajuste premórbido, la participación en programas de rehabilitación y la accesibilidad de los recursos comunitarios.

En cuanto a variables inhibitoras, las que obtienen mayores puntuaciones son el deterioro psicosocial, la presencia de síntomas positivos, la falta de intereses, la comorbilidad y la falta de apoyo familiar. Es destacable la relación entre el apoyo familiar y la integración, aspecto que se suele dar en la práctica cotidiana y que según los profesionales influye más de manera inhibitoria (falta de apoyo) que de manera facilitadora (presencia de apoyo). También señalamos la valoración que los técnicos dan acerca de los intereses personales del usuario a la hora de utilizar recursos comunitarios, de manera que, la motivación y presencia de intereses facilitan la integración mientras que la ausencia de los mismos, sería una variable inhibitora.



La consideración sobre la efectividad de los CRPSL en facilitar la integración social tiene un acuerdo muy elevado en todas las variables de la intervención. Así la participación en programas de rehabilitación, se considera como una variable facilitadora alcanzando un grado de acuerdo muy elevado (94,7%). En opinión de los profesionales, los ingresos económicos del paciente también tendrían un peso importante en la integración social, incluso al mismo nivel que la participación en programas.

El análisis de las opiniones, reafirma la idea de que las posibilidades de intervención desde los CRPSL, deben ir más allá del ámbito individual o grupal en el entrenamiento en habilidades, siendo necesaria la creación de actividades que superen los formatos tradicionales.

En general encontramos que muchas de las valoraciones están relacionadas con los años de experiencia. Así, los profesionales que llevan más tiempo trabajando son capaces de establecer relaciones más finas entre las variables estudiadas y otras variables como el sexo, la participación en programas, la importancia de la red social o los ingresos económicos. Por tanto se deben reforzar las actividades y orientación de los profesionales noveles, mediante la coordinación y asesoramiento de los que llevan más tiempo funcionando. De hecho, en nuestro sistema de coordinación de equipos, incluimos la rotación de los profesionales recién incorporados a un CRPSL por otros que llevan más años funcionando con el objetivo de aprovechar la experiencia adquirida. Con el mismo fin se organizan jornadas de formación e intercambio entre los diferentes profesionales de la red¹³.

Se considera imprescindible conocer el criterio de los técnicos a la hora de enfrentarse a procesos tan complejos como el de integración social de los pacientes. Contar con ésta información, proporciona la posibilidad de hacer un análisis genérico de las actitudes y opiniones que nos indique la adecuación de la orientación

de los profesionales que trabajan con la población de personas con enfermedad mental. Es necesario asegurar que desde cada centro se desarrollan estrategias de integración social adaptadas al caso y a la situación concreta de cada recurso. A pesar de esto, sabemos que un conocimiento cercano de los factores que condicionan la integración social, no asegura que se obtengan los resultados o los objetivos esperados, pues existe una compleja relación entre las variables en estudio y la integración social.

En relación con el instrumento se ha primado por la sencillez del mismo, lo que obliga a no profundizar mucho en ningún tema y que las opiniones no sean excluyentes.

Algunas limitaciones también merecen atención como que el instrumento no permite identificar variables causales de la integración social, siendo éste un objetivo importante para futuros estudios. La muestra está localizada en una sola Comunidad Autónoma lo que no permite generalizar la experiencia a otros territorios.

Se puede concluir que hay un consenso importante con los ejes básicos y objetivos de rehabilitación psicosocial que se plantean desde la Fundación FISLEM. Por último hay que hacer énfasis en el rastreo periódico de opiniones y discusión con los profesionales como estrategia básica de planificación y gestión de recursos de Rehabilitación Psicosocial.

Dirigir correspondencia a:

Olga Carrasco Ramírez. Avda. de Madrid,
14. 1º C-D. 45003 Toledo.
Teléfono: 925 28 10 80/ 690 81 66 16
ocarrasco@jccm.es





BIBLIOGRAFÍA

1. González-Pardo H. *Efectividad de los modernos fármacos antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: ¿Avance terapéutico o más de lo mismo?* Papeles del psicólogo, 2007. Vol 28(2), 111-116.
2. Liberman R.P, Kopelwicz A. *Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla.* Rehabilitación Psicosocial, 2004. Vol 1 (1), 12-29.
3. Emeterio et al. (2004). *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia.* Barcelona: Aatrm.
4. Harrow, M., Grossman, L., Jobe, T. y Herbener, E. (2005). *Do patients with schizophrenia show periods of recovery? A 15 year multi-follow-up study.* Schizophrenia Bulletin, 31 (3), 723-734.
5. Bromet, E.J., Naz, B., Fochtmann, L.J., Carlson, G. y Tanenberg, M. *Long term diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia.* Schizophrenia Bulletin, 2005, 31 (3), 639-649.
6. Andreasen N.C., Carpenter W.T., Kane J.M., Lasser R.A., Marder S.R. y Weinberger, D.R. *Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus.* Am J Psychiatry, 2005, 162:3, 441-449.
7. Stroul, B.A. *Community Support systems for persons with long-term mental illness: a conceptual framework.* Psychosocial Rehabilitation Journal, 1989. Vol. 12, Nº 13, p.10-26.
8. Rodríguez A, coord. *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos.* Ed. Pirámide .1997
9. CAM. (2002) *Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención.* Madrid. Cuadernos Técnicos de la Consejería de servicios Sociales nº 17 y 14. Comunidad de Madrid.
10. Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I (coords). *Guía de Tratamientos Psicológicos eficaces I. Adultos.* Ed Pirámide 2003.
11. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. *Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2002-2004.* Toledo, 2002.
12. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. *Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010.* Toledo, 2006.
13. Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental. *II Jornadas de los Programas de Rehabilitación Psicosocial-Laboral y Apoyo Comunitario. Libro de Ponencias.* Alcázar de San Juan, 2005.