

La transición desde un piso con soporte de salud mental a un piso comunitario: En los últimos escalones de la rehabilitación psicosocial

Transition from a Supportive Housing Program to a Home in the Community: One of the last steps of psychosocial rehabilitation

JORGE ATALA RIFFO^a, LAURA RIBÉ COSTA^b, PATRICIA SEGURA PÉREZ^c, ROSA GARCÍA VILLALBA^d, CRISTINA SALVÓ ALMENDRO^e, ARNAU AYATS ESTARRIOLA^f, EVA ESCARMENA RAMILO^g, DAVID RIBA CANO^h

a) Psiquiatra. Jefe de servicio de Salud Mental Selva Interior. Institut d'Assistència Sanitària (IAS)

b) Psicóloga. Centro de Salud Mental Adultos y Coordinadora Servicio de Rehabilitación Comunitaria Selva Interior (IAS).

c) Trabajadora social. Centro de Salud Mental Adultos y Servicio de Rehabilitación Comunitaria Selva Interior (IAS).

d) Trabajadora social. Coordinadora dispositivos residenciales Red Salud Mental (IAS).

e) Educadora Servicio de Rehabilitación Comunitaria Selva Interior (IAS).

f) Educador Servicio de Rehabilitación Comunitaria Selva Interior (IAS).

g) Educadora Servicio de Rehabilitación Comunitaria Selva Interior (IAS).

h) Doctor en Antropología. Docente Área Prehistoria. Facultad de Letras. Universidad de Girona.

Correspondencia: Jorge Atala Riffo (jorge.atala.ias@gencat.cat)

Recibido: 22/05/2024; aceptado con modificaciones: 19/12/2024



Resumen: La presente investigación consistió en un estudio sobre la efectividad de un programa de piso con soporte para personas diagnosticadas con trastorno del espectro psicótico cuyo objetivo es la transición a una vivienda en la comunidad de acuerdo con el modelo de recuperación y rehabilitación psicosocial. Este se ha desarrollado en la red de salud mental de la Selva Interior (Girona), realizando un análisis descriptivo y explicativo del tal proceso, así como un análisis experimental de una muestra de 26 personas distribuidas en dos grupos. El primero, grupo experimental, contaba con 15 participantes que habían pasado por el programa y el segundo, el grupo control, contaba con 11 personas que no participaron. Se seleccionaron los siguientes indicadores de análisis: datos socio-demográficos, número de ingresos hospitalarios, estado funcional evaluado con la escala BELS y perfil de calidad de vida evaluado con la escala de Calidad de Vida de Lancashire (LQoLP). Se utilizó un modelo lineal generalizado (GLMM), cuyos resultados indicaron una mejora significativa en prácticamente la totalidad de los indicadores en el grupo experimental en comparación con el grupo control. Con ello, se evidencia que el enfoque rehabilitador y comunitario son efectivos y contribuyen de forma esencial a la recuperación.

Palabras clave: recuperación en salud mental, psicosis, autonomía, calidad de vida, ingreso psiquiátrico, integración a la comunidad.

Abstract: This research study investigates the effectiveness of a "housing with support" program for subjects diagnosed with a psychotic spectrum disorder with the aim of transitioning to a community house according to the model of psychological rehabilitation. The study was performed in the Mental Health network of "La Selva Interior" (Girona, Spain). We performed a descriptive and an explicative analysis in a cohort of 26 subjects divided into two groups. The experimental group included 15 subjects that participated in the program and the control group included 11 subjects that did not. The following indicators were selected for the analysis: sociodemographic data, number of hospitalizations, functional status evaluated using the BELS scale, and the quality of life profile evaluated by the Lancashire Scale of Quality of Life (LQoLP). We used a generalized linear model (GLMM). Results showed a significant improvement in virtually all of the indicators in the experimental group compared to the control group. These results indicate that the rehabilitation and community approaches are effective and essential for the recovery and improvement of the quality of life of subjects with a psychotic spectrum disorder.

Key words: mental health recovery, psychotic disorders, autonomy, quality of life, psychiatric commitment, community integration, empowerment.

INTRODUCCIÓN

A TRAVÉS DE LA HISTORIA, el concepto y atención al trastorno mental severo (TMS) ha ido cambiando progresivamente hasta la actualidad. Al principio, el énfasis estaba en la locura y sus síntomas; se trataba de una problemática social de personas que podrían ser peligrosas y extravagantes y era necesario aislarlas y recluirlas en asilos, por su potencial peligrosidad tanto a nivel físico como a la hora de no respetar las convenciones sociales de la época. Con el paso del tiempo y el avance de la psiquiatría, estas personas pasaron a ser consideradas como enfermos que requerían atención sanitaria en el seno de instituciones especializadas, pasando así de los asilos a los manicomios, donde la custodia de los enfermos estaba en el vértice del tratamiento psiquiátrico. Con el devenir de las corrientes antipsiquiátricas de la década de los 60-70 del pasado siglo, se ha ido poniendo el énfasis progresivamente en el papel de ciudadano de estas personas, con especial atención a los respetos de sus derechos y deberes en la sociedad (1).

En España, la reforma psiquiátrica de 1985 determina un proceso de desinstitutionalización y asume el modelo comunitario como marco general de atención. Concretamente, el modelo de Girona de psiquiatría comunitaria es en estos momentos un referente a nivel del Estado español. En este nuevo paradigma, la comunidad adquiere un valor fundamental, centrando la actuación psicosocial en conseguir la emancipación, la autonomía y la recuperación de proyectos vitales del individuo, que determinen un mayor bienestar, calidad de vida y satisfacción personal de la persona que presenta un TMS, así como su mayor integración en la sociedad y la comunidad. Este nuevo desafío, que busca acercarse progresivamente a la normalidad, implica recuperar las necesidades de la población sana para la realización de un proyecto vital, como son las necesidades de educación, de trabajo, de autonomía económica, de la ocupación del tiempo libre, de las relaciones sociales y del hecho de recibir un tratamiento adecuado (2,3). En este punto, adquiere especial relevancia el proceso de rehabilitación psicosocial.

El objetivo es potenciar la integración del paciente en su comunidad de la manera más normalizada posible, proporcionándole las herramientas necesarias para que pueda vivir de forma independiente y pueda tener acceso a un empleo, una vivienda y relaciones sociales y familiares satisfactorias. En definitiva, se trata de que estas personas puedan recuperar o rediseñar su proyecto vital con el acompa-

ñamiento profesional que les ayude a tomar sus propias decisiones. Para conseguir estos objetivos, se han ido desarrollando programas y dispositivos para la atención psicosocial, que incluyen: residencias especializadas, actividades prelaborales y trabajos protegidos, servicios de rehabilitación comunitaria, programas para el apoyo y reinserción educacional, pisos con soporte, etc. El pilar para trabajar y conseguir este objetivo de normalización en las personas con trastorno mental severo es una vivienda que asegure confianza, seguridad y estabilidad y es por ello por lo que “la vivienda debe estar en el centro de la psiquiatría comunitaria” (4).

El presente artículo da cuenta del proceso que llevamos a cabo en nuestro servicio de rehabilitación comunitaria en Santa Coloma de Farners, siguiendo el modelo comunitario de Girona. Este modelo permite el paso desde nuestros pisos con soporte de salud mental a pisos comunitarios con diferentes grados de apoyo social y nos permite plantear los problemas con los que nos hemos encontrado y los desafíos que implican para el futuro, así como la red comunitaria de apoyo necesaria para que ello sea posible. También hace referencia al bienestar, la calidad de vida, la satisfacción personal y la recuperación de proyectos vitales en las personas con trastorno mental severo en las que se ha conseguido. Dado que son dos estadios importantes del proceso que queremos reflejar, distinguiremos entre piso con soporte de salud mental y piso comunitario.

a) Piso con soporte de salud mental

Es un recurso de alojamiento en viviendas en las que pueden llegar a vivir entre 3 y 4 personas. Este tipo de domicilio ofrece una alternativa normalizada de alojamiento y soporte facilitando la integración en la comunidad. Funcionan como pisos-escuela, donde se trabajan los diferentes aspectos de las habilidades de la vida diaria, básicas y complejas, relacionales, de gestión, comunitarias, etc. No significa una alternativa a la hospitalización, ya que entre sus criterios de inclusión se especifica que la persona usuaria debe estar compensada de su patología de base en el momento de comenzar con el programa de pisos. No obstante, son recursos transitorios y no finalistas. No se trata de un piso de protección oficial que se asigna como vivienda, sino un recurso comunitario especializado en salud mental que integra en el concepto de alojamiento objetivos terapéuticos, educativos y de recuperación para personas con trastorno mental severo. Así, integra una mirada amplia en diferentes áreas de intervención, que se irá reflejando en el Plan Individual de Atención de Pisos (PIA). Su objetivo es ayudar a la persona a ganar confianza y autonomía y adquirir las competencias necesarias para vivir de forma autónoma e integrada en la comunidad, como cualquier ciudadano, asegurando los soportes necesarios a cada persona y construyendo un proyecto vital empoderado.

El régimen de convivencia de las personas destinadas a usar este recurso está determinado por un reglamento de régimen interno que contempla las normas de funcionamiento del piso, donde incluimos deberes y derechos. Los derechos incluyen que deben acceder de forma voluntaria, informados sobre aspectos organizativos y de funcionamiento. Además tienen derecho a la intimidad y la no divulgación de sus datos personales, a no ser discriminados, a sentir el domicilio como propio y a que se tengan presentes sus necesidades y expectativas, a mantener sus relaciones familiares y sociales, y a conocer y participar en la elaboración y desarrollo de su programa asistencial.

Los deberes incluyen respetar el reglamento interno y las normas de convivencia, mantener el control y tratamiento pautados, participar de las actividades del servicio de rehabilitación comunitaria o en otras entidades que consten en el programa asistencial, participar en las tareas del hogar encargadas, respetar la propia dignidad y la de los compañeros y pagar los gastos que le correspondan según resolución del ICASS. No se puede consumir ni traficar con tóxicos.

Es un tipo de vivienda que constituye un recurso de la cartera de servicios de bienestar de nuestra comunidad autónoma. En estos, el personal está vinculado y forma parte del recurso en sí mismo. La particularidad de nuestros pisos con soporte, y que está asociado al modelo comunitario de salud mental de Girona, es que la titularidad es la misma entidad que gestiona y coordina la red de salud mental en la provincia de Girona, el Institut d'Assistència Sanitaria (IAS), de titularidad pública y que depende de la Generalitat de Catalunya - Departament de Salut. Por tanto, el equipo que lidera la atención integral en nuestros pisos con soporte es el mismo equipo de salud mental del Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC) y del Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de nuestro sector, la Comarca de la Selva Interior.

La segunda particularidad reside en que el CSMA y el SRC están ubicados en los bajos del mismo bloque en el que los pisos superiores constituyen una comunidad de vecinos, de la que forma parte el recurso de los pisos con soporte. Estas dos particularidades, ser el mismo equipo de atención a la persona usuaria tanto en el centro de salud mental como en el SRC y en el programa de pisos, así como la cercanía física de los pisos con el SRC y el centro de salud mental, determinan una importante disponibilidad y accesibilidad de las personas usuarias para ser atendidas por sus profesionales referentes cada vez y en el momento que lo necesiten.

En nuestro sector, hay dos pisos con soporte, uno de 4 y otro de 3 plazas en el mismo bloque de pisos. Esto facilita el acceso y apoyo ágil del personal a las personas que están en los pisos en cualquier momento en horario de ambos servicios CSMA y SRC, además de la atención y horario estipulados de soporte educativo. Igualmente, los educadores de pisos en horario de mañana son los mismos del SRC, por lo que los usuarios mantienen en su proceso el vínculo terapéutico ya creado.

b) Piso comunitario

Una vez adquiridas las habilidades para vivir de forma autónoma, finaliza el programa de pisos con soporte. En ese momento se les ayuda en la gestión y organización para poder vivir en un piso compartido en la comunidad con otras personas (a menudo con otros usuarios del programa), para lograr la inserción plena. Este piso comunitario es una vivienda organizada por los usuarios con apoyo del personal del SRC para consolidar su proceso de independencia, proyecto vital y autonomía. Se trata de un piso individual o compartido, de entre tres o cuatro usuarios, alquilado (la mayoría de las veces) o comprado (tenemos un caso individual) o cedido por una familia o institución (aún no se concreta ninguno, pero está en nuestras posibilidades), con un grado variable de apoyo social según sus necesidades.

Al ser un piso de alquiler propio de los usuarios, si bien se mantienen las normas de convivencia de los pisos con soporte en rasgos generales, estas son más flexibles y adaptadas a la vida social de las personas. Así, por ejemplo, pueden invitar amigos en la medida que el grupo esté de acuerdo y esto no signifique una afectación al buen funcionamiento y convivencia del grupo, avisando a los profesionales responsables con antelación. Este piso también se puede personalizar, así como los dormitorios.

c) Composición del equipo de intervención

Los profesionales que componen el equipo de intervención en todo el proceso son los mismos profesionales de atención directa del paciente, los psiquiatras, psicólogos, enfermera y trabajadores sociales de referencia del centro de salud mental y los educadores del servicio de rehabilitación comunitaria. Dentro del equipo se ha designado una psicóloga como coordinadora del SRC y una trabajadora social de referencia para el programa de pisos para centrar las demandas y necesidades de los usuarios de pisos. Una vez las personas terminan el programa de pisos y pueden acceder al alquiler de un piso comunitario compartido, sigue siendo el mismo equipo de soporte, pero se añaden con más relevancia las personas de fundaciones de asistencia jurídica voluntaria y el personal de los equipos comunitarios de soporte domiciliario social y educativo al que nos referiremos con más detalle más adelante.

FÓRMULA PARA DAR EL PASO DESDE UN PISO CON SOPORTE DE SALUD MENTAL A UN PISO COMUNITARIO

a) Proceso de salida del programa de pisos con soporte

El proceso de salida del programa empieza desde el planteamiento previo al acceso al recurso. El trabajo de valoración y preparación, junto con la persona y su

familia o entorno inmediato, para pasar por el programa de pisos con soporte se plantea siempre como una oportunidad evolutiva, de futuro y de proyecto personal. Desde el inicio se incluye en el imaginario futuro de todos ellos que habrá también una salida del programa, resultado de la recuperación y construcción de nuevas posibilidades.

La preparación y consolidación de la decisión de acceder al programa debe incluir, por lo tanto, que el recurso no sea finalista, aunque sí sea de larga duración (de 1 a 5 años aproximadamente). El acceso a nuestros pisos con soporte contempla también la vinculación al Servicio de Rehabilitación Comunitario de Salud Mental, ya que organizativamente dependen de este. Se requiere también: una vinculación regular al seguimiento en el Centro de Salud Mental, no presentar una situación clínica aguda, adecuada adherencia al tratamiento, poder adaptarse a una convivencia y aceptar y respetar la normativa interna del recurso. Se excluyen personas con dificultades derivadas de discapacidad intelectual, daño neurológico o deterioro cognitivo significativo, consumo de tóxicos activo y personas que presenten conductas que constituyan un riesgo para sí mismos o para terceros.

En la preparación previa al acceso también es importante compartir con las personas y su entorno qué aspectos creen que necesitan y desean trabajar, incluyendo la parte clínica, la autonomía personal y social, las habilidades interpersonales, entre otras más específicas. De esta forma, se otorga importancia a la participación en primera persona de forma directa, activa, en el proyecto de entrada al recurso. No siempre la salida del piso será una opción de alojamiento independiente, como entenderíamos en un piso comunitario. Algunas de las personas que pasaron por nuestro Programa de Pisos decidieron regresar al domicilio familiar por distintas razones, pero, aun así, la mejora conseguida (en términos de autonomía personal, socialización, conciencia de enfermedad, manejo de síntomas y habilidades relacionales) significó el regreso al hogar familiar en un punto de partida diferente.

En muchos de los casos, los vínculos de soporte y amistad sólidos generados entre los propios compañeros(as) de piso han permitido que, con acompañamiento y soporte profesional y de las propias familias, se atrevan a vivir en un piso de alquiler de forma independiente. Para ello se requiere de un proceso largo y programado en la toma de decisiones y acciones a seguir. El acompañamiento emocional se vuelve igualmente esencial en esta etapa, dado que la salida del programa de pisos con soporte siempre genera emociones contradictorias que pueden dificultar la salida, como incertidumbres, miedos, retraimiento o dudas, entre otros. Algunas personas que han salido del programa recientemente expresaron que también hubo sentimientos de motivación, ilusión y sensación de seguridad al sentirse acompañadas en el camino hacia una mayor autonomía, en este aspecto tan importante y central para la recuperación como es la propia vivienda.

b) Proceso de construcción del proyecto de salida de pisos con soporte para el paso a un piso comunitario de alquiler

En este proceso existe colaboración y trabajo de coordinación importante con otros equipos comunitarios con los que trabajamos en red en nuestro día a día:

1. Servicios relacionados con el soporte a la capacidad jurídica de las personas (en caso de que tengan este acompañamiento): representado en Cataluña por la figura jurídica de la “asistencia voluntaria”. En estos casos debemos mencionar a la entidad Fundació Support-Girona, que acompaña a personas a través de esta figura de “asistencia”, y son referentes europeos en la promoción de procesos de autonomía de las personas con discapacidad y el respeto pleno a sus derechos en la toma de decisiones.

2. Equipos comunitarios de soporte domiciliario social y educativo. Principalmente utilizamos un programa dirigido a salud mental y discapacidad que ofrece la Generalitat de Cataluña llamado Programa de Soporte a la Autonomía en el propio Hogar (PSALL). Para ello contamos con entidades sociales que en nuestra zona están acreditadas para esta prestación: Fundación Drissa y Fundación Astres. En ambas destaca un trabajo socioeducativo, flexible, de respeto a la independencia y autonomía de las personas, con capacidad de generar vínculos, ofreciendo guía y acompañamiento en aspectos esenciales del día a día.

Una vez consolidado el grupo de usuarios que saldrán juntos del programa de pisos con soporte, hay que buscar pisos de alquiler, valorar precios y condiciones y organizar visitas a los inmuebles con acompañamiento de profesionales del equipo de pisos. No es fácil que los propietarios e inmobiliarias se presten a alquilar un inmueble a un grupo de personas con prestaciones de invalidez acompañados por profesionales del centro de salud mental del pueblo. Para ello es necesario un trabajo también de socio-educación comunitaria en el que la aproximación y conocimiento directo de las personas que van a alquilar ayude a disminuir el estigma, y de forma indirecta garantizar un respaldo continuado a los que van a ser los arrendatarios. La pertenencia al mismo municipio de varias de nuestras educadoras del SRC y de pisos con soporte ha facilitado esta aproximación, iniciándose así un mensaje comunitario de fiabilidad y confianza. Muestra significativa de ello es que con posterioridad a estas acciones han venido personas a nuestro centro a ofrecer su piso en alquiler, quedando de manifiesto que “el boca a boca” es uno de los efectos comunitarios más potentes y efectivos, también para desestigmatizar la salud mental.

Es necesario ayudar en la negociación de las condiciones del contrato de alquiler, acompañarlos a la firma del contrato, realizar las gestiones bancarias para el pago del alquiler, el seguro del piso, crear una cuenta conjunta de los futuros convivientes para gastos comunes. También tienen que cambiar el empadronamiento una vez firmado el contrato del nuevo piso de alquiler, para poder formalizar aspectos como

el soporte del PSALL. Inmediatamente también se cambia la titularidad y domiciliación de los suministros.

La salida del programa de pisos con soporte requiere múltiples gestiones de tipo social-administrativo: solicitudes del PSALL y solicitudes de baja del programa de pisos con soporte, todo ello con la previsión del tiempo que necesita la administración para resolver cada trámite, cuadrando las fechas de salida del Programa de Pisos e inicio del PSALL, que no se pueden solapar. Se hacen múltiples entrevistas individuales, encuentros grupales con usuarios salientes del piso con soporte, reuniones con el equipo del PSALL para traspasar el vínculo de acompañamiento diario y con sus familias para informarlas y valorar qué apoyos pueden prestar, se programa el presupuesto económico del alquiler, los suministros, la comida. Equipar el piso de alquiler puede ser también una posibilidad, como en nuestra última experiencia de salida a piso en la comunidad, que estaba totalmente vacío. Esto requirió adquirir muebles, electrodomésticos, utensilios de cocina, sábanas, toallas, etc.

Una vez constituido el piso comunitario, si bien se mantiene el apoyo y el seguimiento por parte del equipo de salud mental del SRC y Pisos con Soporte, progresivamente nuestro apoyo se convierte más en un punto de referencia, de “saber que estamos ahí”, que en un apoyo intensivo diario. Esto sucede por el traspaso del vínculo al equipo de PSALL y por la adquisición de mayor autonomía de las propias personas residentes del piso. Se mantiene siempre el trabajo conjunto con la red comunitaria de apoyo, por lo que se realizan reuniones periódicas con los integrantes del piso, los educadores sociales referentes del soporte socioeducativo externo y también con las entidades que realizan el soporte a la capacidad jurídica (“asistencia”) en caso de que alguno de los usuarios disponga de esta. Igualmente, se mantiene abierta la opción de contacto periódico con las familias u otros referentes próximos de los usuarios, especialmente en momentos de necesidad o dificultad, o simplemente para valoración evolutiva y mantenimiento del contacto.

MARCO TEÓRICO: MODELO DESDE EL QUE SE TRABAJA

a) La vivienda como centro de la rehabilitación psicosocial

Diversos estudios muestran efectos positivos de las viviendas supervisadas y de los programas residenciales en la situación clínica de los usuarios (5,6); en su funcionamiento personal y social (5,7,8); en su calidad de vida (6,7,9,10); así como una disminución en el uso de recursos sanitarios (11). Tener un alojamiento digno, estable y reconocerlo como hogar, además de ser un derecho humano básico, está asociado con aspectos de mayor percepción subjetiva de bienestar y satisfacción. Además, en el caso de las personas con trastorno mental severo, los estudios que

relacionan salud mental y vivienda recogen esta como un factor esencial para la recuperación (12,13).

En la experiencia de las propias personas usuarias, la bibliografía indica que valoraron la importancia de aspectos como la reducción de la soledad y el aislamiento, el poder sentirse seguros y acompañados, tener un punto de apoyo en el personal para superar dificultades y afrontar retos, así como la atención genuina, próxima y humana que invita a expresarse y poder encontrar motivaciones propias. La vivienda como aspecto fundamental en la construcción de un proyecto vital propio constituye, además, un impulso esencial para que las personas afectadas de trastornos mentales graves puedan construir una identidad más allá de la enfermedad, como personas y como parte de la comunidad (14).

b) El modelo de rehabilitación psicosocial y recuperación

Nuestro programa de pisos se enmarca en el modelo de rehabilitación psicosocial y su enfoque de recuperación. La rehabilitación psicosocial concibe al individuo como el protagonista de su propio proceso, con el fin de mejorar o mantener una situación vital concreta para evitar un mayor deterioro o cronificación. Recogiendo las aportaciones de Anthony, Cohen, Livneh, Liberman y otros autores, se trata del conjunto de actuaciones destinadas a asegurar que una persona con una discapacidad producida por una enfermedad mental grave pueda llevar a cabo las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir en la comunidad con el menor apoyo posible por parte de los profesionales. Estas actuaciones se realizan desde el respeto y empoderamiento hacia un proceso propio e individualizado, desde el proyecto definido por la persona, siguiendo los principios de: normalización, desinstitucionalización, modelo de competencia, integración en la comunidad, individualización, apoyo social e igualdad (15).

Anthony definió el concepto de recuperación como la posibilidad de vivir una vida plena a pesar de experimentar sintomatología. En contraste con los conceptos de curación o remisión, la recuperación no es algo lineal, hay oscilaciones que son parte del proceso. Lo principal es entender que, para muchas personas, lo peor no son los vaivenes de la sintomatología, sino sus consecuencias sociales. Por este motivo el apoyo social y la implicación comunitaria son esenciales, favorecen la recuperación. Las relaciones empáticas que tengan en cuenta las necesidades y anhelos de las personas, más allá de la sintomatología y los diagnósticos, la participación de usuarios y familiares en el diseño de planes e intervenciones permite empoderar a muchas personas (16). Vivir una vida plena independientemente de experimentar síntomas o no es el objetivo último. Es un derecho para cualquier persona y un deber para la sociedad, siendo vida plena lo que para la persona signifique tal tér-

mino. Esto significa que no solo hay una definición de recuperación, sino que recae sobre la creencia de que es posible tener tal vida a partir de la recuperación y de la esperanza sobre el futuro. Se ha de mantener, por lo tanto, el enfoque comunitario enfatizando que la persona es parte de la sociedad, de una comunidad, y es en ella y desde ella donde se ha de producir el cambio. El proceso de intervención orientado a la integración de la persona en su medio ha de combinar la perspectiva del trabajo con la persona, por un lado, con la comunidad, por otro, y fundamentalmente con la persona en la comunidad (15).

c) El trabajo desde el vínculo

Los seres humanos nos desarrollamos en relación. Necesitamos la respuesta emocional y la protección de otro ser humano para sobrevivir y formarnos como personas. A mediados del siglo xx, el psicoanalista John Bowlby formuló la teoría del apego, basada en la necesidad innata de las personas al nacer de crear un vínculo con su madre o figura cuidadora (17). Las funciones primordiales del sistema de apego incluyen la necesidad de protección para la supervivencia y la regulación emocional (18,19). Según la teoría del apego, el estilo vincular que se establece con las figuras cuidadoras en la primera infancia es primordial para el desarrollo de los modelos operativos internos que conforman la personalidad. El modelo operativo interno nos permite funcionar, perfilando la forma en que nos relacionamos, la regulación del afecto y las emociones, la capacidad de empatizar, la seguridad en uno mismo y la confianza en las relaciones significativas (20).

En esta teoría, Bowlby conceptualizó el término “base segura”, que representa las condiciones creadas en el vínculo con figuras de apego seguro, las cuales proporcionan la confianza necesaria desde la que operar (21). En la infancia promueve la exploración, el juego, así como un desarrollo cognitivo y emocional saludables. En la edad adulta permite enfrentar dificultades, conflictos, asumir retos y atreverse a realizar cambios. Una base segura puede estar representada no solo por figuras de apego primario o de la red social, sino que también se puede generar en entornos asistenciales y terapéuticos, individuales o grupales (19,21,22). Esto permite a los pacientes poder arriesgarse a experiencias y emociones anteriormente evitadas (19). En palabras de Bowlby, “los seres humanos son más felices y pueden desarrollar mejor sus capacidades cuando piensan que, tras ellos, hay una o más personas dignas de confianza que acudirán en su ayuda si surgen dificultades” (21).

Los profesionales asistenciales, especialmente los equipos de salud mental, establecemos un vínculo con las personas atendidas. La base segura será la evolución positiva de la alianza terapéutica, basada en objetivos comunes, confianza, seguridad, vínculo positivo y comprensión mutua (23). Todo ello será indispensable para

abrir la posibilidad de exploración, así como para mejorar la regulación emocional, aumentar la confianza en uno mismo, e incluso mejorar la competencia social (20). El apoyo, la confianza, la disponibilidad, son cualidades importantes que los profesionales deben ofrecer en la relación terapéutica para promover la base segura desde la cual se hace posible el cambio positivo: “A través de una relación segura, se puede introducir algo nuevo en un sistema previamente cerrado y disfuncional” (24).

El vínculo terapéutico como base segura también se puede dar en entornos grupales, enriqueciendo además las oportunidades de establecer experiencias correctivas que invaliden patrones anteriores (25,26). Aunque los autores mencionados se refieren a entornos de grupos de terapia, consideramos que, en nuestro programa de pisos, los vínculos con el equipo terapéutico, y entre el grupo de convivencia, tejen esta red en la que sostenerse para recuperarse y mejorar. En los grupos de convivencia en el recurso de pisos, es necesario crear una cultura grupal de respeto y reconocimiento mutuo para promover el cambio y generar vínculos de apoyo. Igualmente, para los profesionales no es suficiente la empatía, sino que es necesario poner en juego la contratransferencia en la relación y la propia vulnerabilidad como humanos (27). Es desde la construcción conjunta de esta red afectiva entre los propios convivientes y los profesionales como cada una de las personas podrá recorrer el camino evolutivo que necesite, mejorando hacia objetivos individuales y grupales y permitiendo el paso a pisos en la comunidad al final del proceso.

d) El modelo de Girona de psiquiatría comunitaria

El modelo de Girona es, en estos momentos, un referente a nivel del Estado español. En el año 1984 se aprueba el Plan Asistencial para las comarcas de Girona. En esta época se empieza a diseñar y desplegar de manera importante todo el desarrollo de la red comunitaria de Salud Mental, donde un mismo equipo lidera e interviene en la atención de todos los pacientes de su comarca. A partir de los años 90 se desmantela el antiguo hospital psiquiátrico de Salt y se crea el Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS), empresa pública de la Generalitat de Catalunya que engloba todos los servicios de salud que anteriormente eran de la Diputación de Girona.

El modelo de Girona en salud mental se distingue de otros territorios catalanes por la existencia de un único proveedor, el IAS, y por la sectorización territorial de la atención. Con un enfoque psicosocial y comunitario, cada comarca dispone de un jefe de servicio responsable de todos los servicios de su zona. Esta organización favorece una atención integral y da continuidad y coherencia a la atención de las personas de su territorio. Los pisos con soporte, que nacieron como una necesidad derivada de la reforma psiquiátrica, forman parte de esta estructura de atención, y los profesionales pertenecen al mismo equipo de zona.

El hospital psiquiátrico de Salt abrió sus primeros pisos con soporte a finales de los años 90 como respuesta a la desinstitucionalización. En esa misma época ya no se podía ingresar a ningún paciente en larga estancia psiquiátrica y, progresivamente, se desplegó la red comunitaria que permitiría que todo el tratamiento a las personas con trastorno mental grave se hiciera desde la propia comunidad (28).

e) Los derechos humanos y autonomía de las personas con trastorno mental severo

La Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) fue promulgada por la ONU en diciembre de 2006. En mayo de 2008 entró en vigor en el Estado español, que, sin objeciones, la aprobó. La CDPD forma parte del ordenamiento jurídico internacional y es de obligado cumplimiento para los estados miembros. Una parte importante de la Convención se centra en los procesos de recuperación y en los apoyos flexibles y adaptados que cualquier persona con discapacidad psicosocial debe tener para poder residir en la comunidad. Pasamos así de un modelo histórico paternalista, donde la persona es atendida en centros y por expertos que deciden lo que debe hacer, a un modelo centrado en la persona y comunitario, donde el usuario es considerado en primera persona. Centrar la atención en el modelo de recuperación y empoderar al “paciente” conlleva crear una red de apoyos flexibles, y también aceptar los riesgos que conlleva este modelo, dotando a la persona de responsabilidad en las decisiones que conllevan la vida misma, igual que cualquier otro ciudadano.

MATERIAL Y MÉTODO

a) Sujetos

Se ha realizado un análisis experimental transversal para evaluar la efectividad del programa Pisos con Soporte y su posterior paso a pisos en la comunidad de nuestro sector desde su creación (2008). La muestra poblacional incluye personas adheridas a la red de salud mental de la comarca de la Selva Interior, perteneciente a la comarca de La Selva (Girona, España). El estudio fue aprobado por el Comité Ético y cuenta con el consentimiento informado de todos los participantes.

La muestra seleccionada corresponde a 26 participantes de entre 32 y 67 años, la mayoría de ellos provenientes de sus respectivos núcleos familiares, aunque en algunos casos provenían de residencias de salud mental. En todos los casos del grupo experimental, las familias o referentes formaron parte activa de la decisión de incluirlos en el programa de pisos para que pudieran realizar un proyecto vital individual. Algunos usuarios tenían otras patologías añadidas, que siempre fueron debidamente controladas y tratadas en la red sanitaria general.

Esta muestra fue distribuida en dos grupos:

1. Grupo experimental, formado por 15 personas usuarias que han participado en el programa pisos con soporte de nuestro sector desde su creación (2008) y su posterior paso a pisos en la comunidad. Tres personas fueron excluidas, una por *exitus* y otras dos por falta de acceso a la información por pertenecer a otra red sanitaria en la actualidad (ver Tabla 1).
2. Grupo control, que incluye 11 participantes que no han formado parte del programa mencionado. Todos los participantes cumplen criterios del programa TMS y están diagnosticados de trastornos del espectro psicótico (ver Tabla 2).

TABLA I

Variables sociodemográficas del grupo experimental

Sexo	Hombre	14
	Mujer	1
	No binario	0
Edad actual	<30	1
	30-50	7
	>50	7
Estudios	Sin estudios	1
	Estudios primarios	13
	Estudios medios	0
	Estudios superiores	1
Vivienda	En la comunidad	13
	En recurso residencial	2
Diagnóstico psiquiátrico	Esquizofrenia paranoide	10
	Esquizofrenia residual	2
	Otros tipos de esquizofrenia	3
Años de evolución enfermedad	<10	6
	10-20	6
	>20	3
Estancia programa pisos	<5	10
	5-7	5
	>7	0

TABLA 2

Variables sociodemográficas del grupo control

Sexo	Hombre	7
	Mujer	4
	No binario	0
Edad actual	<30	0
	30-50	4
	>50	7
Estudios	Sin estudios	0
	Estudios primarios	11
	Estudios medios	0
	Estudios superiores	0
Vivienda	En la comunidad	7
	En recurso residencial	4
Diagnóstico psiquiátrico	Esquizofrenia paranoide	5
	Esquizofrenia residual	3
	Otros tipos de esquizofrenia	3
Años evolución enfermedad	<10	2
	10-20	2
	>20	7

b) Instrumentos de medida

Para evaluar el efecto posterior para los usuarios que han sido parte del programa de pisos con soporte y su paso a pisos en la comunidad, el estudio se desarrolló según datos objetivos y subjetivos de las personas participantes. Se definieron las siguientes variables de estudio con los instrumentos a continuación descritos, con los que se hizo un análisis transversal y retrospectivo:

- Datos sociodemográficos recogidos de la base de datos del centro.
- Número de ingresos hospitalarios antes, durante y después de la participación en el programa.
- Para evaluar el estado funcional de los participantes, utilizamos la escala hetero-aplicada BELS (29).
- Se utilizó el perfil de Calidad de Vida de Lancashire Versión Europea (LQoLP) (30,31) para medir la calidad de vida. Esta escala además permite la extracción de información subjetiva.

c) Procedimiento

La obtención de los datos objetivos para los ingresos se realizó mediante la revisión de los datos disponibles en la historia clínica del propio sistema de la red de salud mental. Para pasar la escala LQoLP se realizaron entrevistas individuales. Y en cuanto a la evaluación funcional, colaboraron con su aplicación referentes directos. Es importante apuntar que el grupo de investigadores ha respetado en todo momento la confidencialidad de los datos analizados de los pacientes incluidos en el estudio, solo utilizando dichos datos para fines del trabajo.

d) Diseño

Para evaluar la variable Número de Ingresos Hospitalarios se utilizó un diseño de tipo intragrupo o de medidas repetidas, usando como grupo control los datos del número de ingresos de los mismos participantes previos a la participación en el programa. Por otra parte, para analizar los cuestionarios de Calidad de Vida de Lancashire y el cuestionario BELS de habilidades básicas de la vida diaria, se aplicó un diseño inter-grupo o de medidas independientes, en el que se utilizó como grupo control a los usuarios no participantes en el programa de pisos. Los del grupo experimental eran los individuos que pasaron por el programa.

e) Análisis de datos

El número de ingresos se evaluó según un modelo lineal generalizado (GLMM) añadiendo como variable dependiente la variable Número de ingresos, la Condición (previo, durante, posterior), la Edad y el Tiempo de estancia en el programa. Puesto que la variable Número de Ingresos no es continua, se analizó el modelo con una distribución Poisson. Para este, creamos diferentes modelos (función “lmer”) y realizamos una selección basada en el criterio de información de Akaike corregido (AICc) (función “aictab”), para encontrar el modelo en el que los predictores ofrecían la combinación más parsimoniosa. A continuación, evaluamos la colinealidad de los predictores en el modelo de mejor ajuste (función “vif”) para garantizar que no estuvieran correlacionados. Luego, realizamos una prueba de razón de verosimilitud [función ‘anova(fit1,fit2, test=“Chisq”)’] para comparar el modelo de mejor ajuste con un modelo nulo, que solo incluía el efecto aleatorio, para garantizar que el primero fuera una mejora significativa. Usamos la función “r.squaredGLMM” para determinar cuánta variación en los datos era explicada por el modelo de mejor ajuste. Exploramos la tabla ANOVA del modelo para obtener la importancia de los predictores y realizamos pruebas *post hoc* (Bonferroni con funciones “emmeans” y “emtrends”) para explorar más a fondo los predictores significativos.

RESULTADOS

a) Número de ingresos

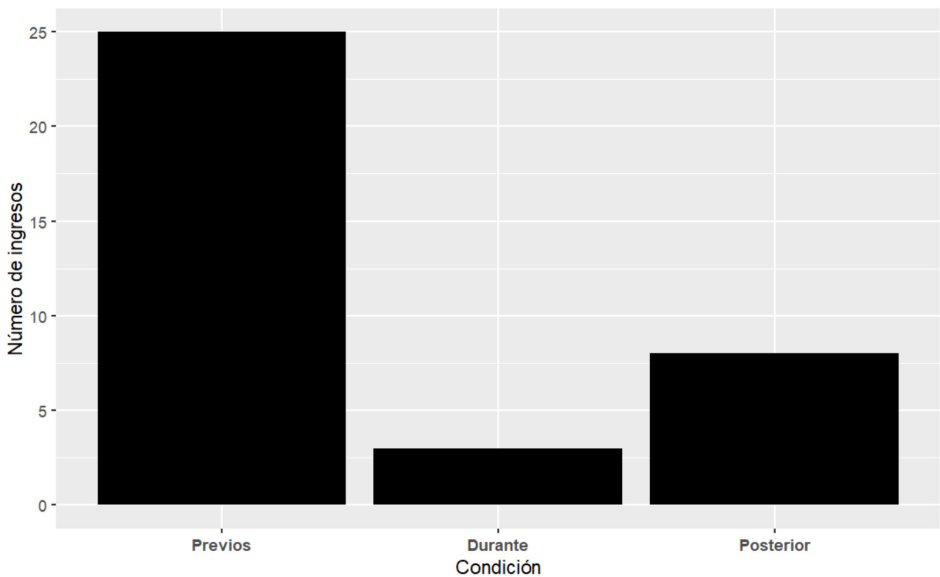
A nivel global, los pacientes ($n = 15$) del estudio requirieron 25 ingresos en la unidad hospitalaria de psiquiatría antes de participar en el programa de pisos protegidos. 6 usuarios fueron hospitalizados entre 1 y 2 veces, mientras que 5 precisaron hospitalización entre 3 y 5 veces. 4 usuarios no necesitaron ingreso.

Una vez comenzado el programa de pisos protegidos, la necesidad de ingresos disminuyó a solo 3 ingresos, que afectó a un total de dos usuarios, los cuales precisaron de una y dos hospitalizaciones, respectivamente.

Una vez finalizado el programa, el número ingresos aumentó a 8; de estos 5 correspondieron a un único usuario y los 3 restantes a otros dos usuarios (ver Gráfica 1).

GRÁFICA 1

Número de ingresos de los usuarios por condición



En relación con los modelos GLMM utilizados en este análisis, únicamente se hallaron diferencias significativas para el predictor condición ($p < 0.0001$) (ver Gráfica 1). De acuerdo con los análisis *post hoc*, el número de ingresos de los usuarios disminuyó significativamente durante ($p < 0.001$) y después ($p < 0.015$) de la participación en el programa de pisos. Por contra, no se hallaron diferencias importantes

para el resto de los predictores edad, tiempo de estancia en el programa y número de convivientes (ver Tabla 3). De este modo, la participación en el programa predice un descenso significativo de ingresos, independientemente de la edad, el tiempo de estancia en el programa y el número de convivientes.

TABLA 3
Resultados Modelo GLMM

Predictor	Estimativo	S.E	LRT	DF	Valor de p
Intercepto	-3.6900	1.2257	-3.010		0.002*
Condición	2.1203	0.6110	21.893	2	0.000*
Tiempo de estancia	0.2381	0.4368	0.3087	1	0.578
Edad	0.3858	0.3530	1.0952	1	0.295
Convivientes	1.8416	1.0456	5.0749	1	0.079

Resultados obtenidos del modelo GLMM sobre el número de ingresos: S.E (desviación estándar), LRT (valor del estadístico), DF (grados de libertad), y el valor de p (valor de significación). * p < 0.01.

b) Análisis de la escala Perfil de Calidad de Vida Lancashire-EU

A nivel global, la media final que hacen los usuarios en la Escala de Satisfacción Vital (ESV) es de 5,23. Con relación al resto de áreas, ordenadas de mayor a menor grado de satisfacción, las medias finales son las siguientes: Relaciones familiares, 5,78; Alojamiento, 5,4; Seguridad, 5,2; Relaciones sociales, 5,0; Salud, 4,65; Finanzas, 4,5; y Religión 4,3.

En relación con la sección Salud, el modelo GLM ha resultado el único con predictores significativos. El modelo únicamente reveló diferencias en el predictor Condición (p<0.05). Esto revela que las personas que participaron en el programa de pisos aumentaron significativamente la percepción subjetiva de un mejor bienestar en salud (Media = 4,97), en comparación con los participantes del grupo control, los cuales no participaron del programa (Media = 4,21). (Ver Gráfica 2 y Tabla 4)

c) Análisis escala BELS, grado de oportunidad de independencia

Las medias finales, ordenadas de mayor a menor en relación a los ítems correspondientes a la oportunidad de independencia, son las siguientes: Relaciones

GRÁFICA 2
Escala Calidad de vida Lancashire-EU

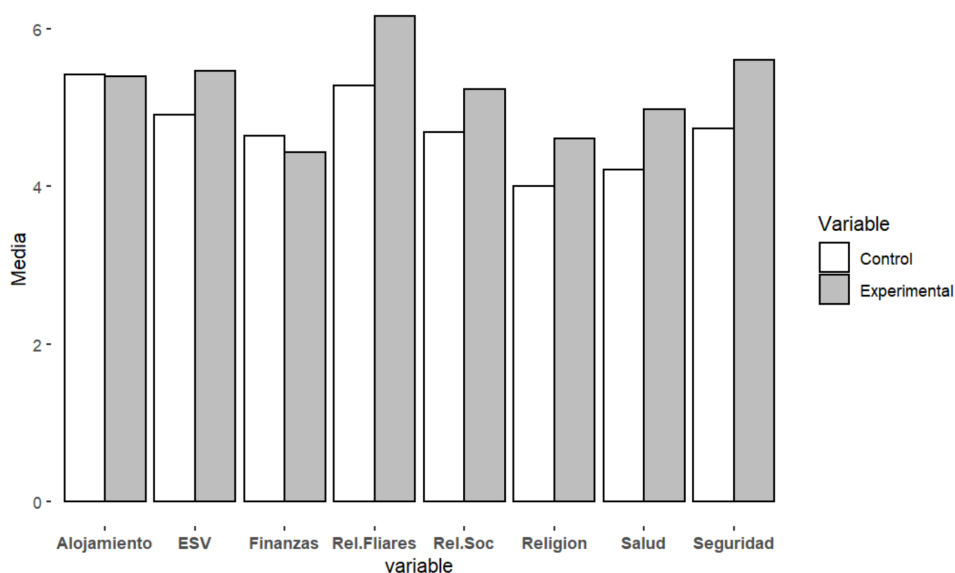


TABLA 4
Resultados Modelo GLM de los valores de la Escala Lancashire

	Predictor	Estimativo	S.E	Valor de T	Valor de p
Alojamiento	Edad	0,0006734	0,008	0,086	0,933
	Condición	-0,0236705	0,190	-0,125	0,902
ESV	Edad	0,02574	0,013	1,971	0,060
	Condición	0,63075	0,314	2,005	0,057
Finanzas	Edad	-0,00876	0,028	-0,315	0,756
	Condición	-0,22793	0,670	-0,340	0,737
Relaciones filiares	Edad	-0,01346	0,018	-0,718	0,471
	Condición	0,84501	0,451	1,873	0,074
Relaciones sociales	Edad	0,008802	0,019	0,478	0,638
	Condición	0,576533	0,443	1,300	0,207
Religión	Edad	0,02656	0,029	0,937	0,358
	Condición	0,67549	0,682	0,990	0,333

	Predictor	Estimativo	S.E	Valor de T	Valor de p
Salud	Edad	0,005096	0,013	0,380	0,707
	Condición	0,779697	0,323	2,416	0,024*
Seguridad	Edad	0,007336	0,017	0,415	0,682
	Condición	0,82506	0,425	2,001	0,062

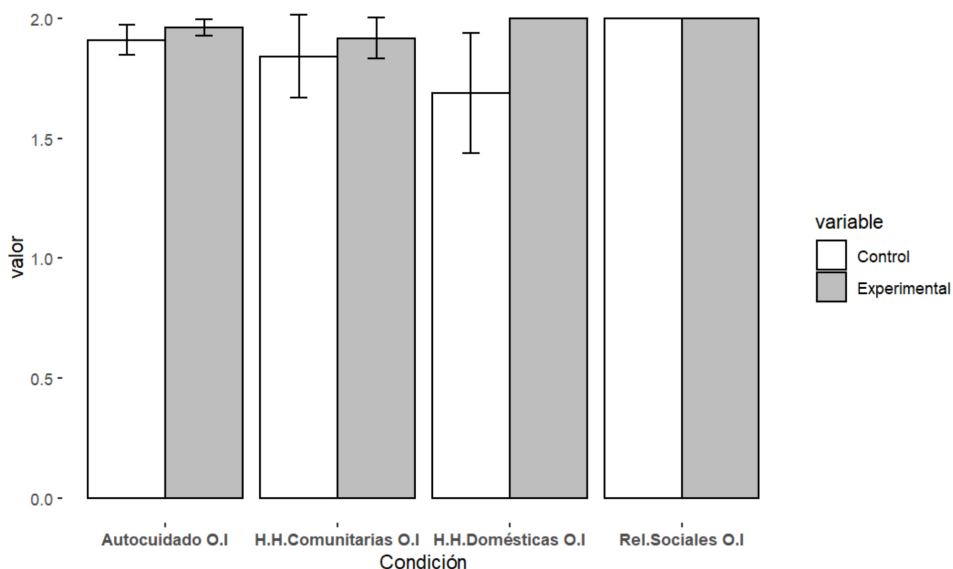
S.E (Error estándar) * $p < 0,05$

sociales (Media = 2, S.E = 0), Autocuidado (Media = 1,94; SE = 0,080), Comunidad (Media = 1,87; S.E = 0,202) y Actividades Domésticas (Media = 1,86; S.E = 0,282).

Tal como se observa en la Tabla 5, los modelos GLM realizados han revelado diferencias significativas para el predictor Condición en cada uno de los ítems de la escala evaluados, a excepción de la variable Relaciones sociales. Así, las personas que participaron en el programa de pisos mostraron un volumen mayor de oportunidad de independencia en las variables Autocuidado, Habilidades Comunitarias y Habilidades domésticas, en comparación con las personas del grupo control, las cuales no participaron del programa. De forma adicional, también se hallaron diferencias importantes en el predictor Edad para el ítem Relaciones sociales. (Ver Gráfica 3 y Tabla 5).

GRÁFICA 3

BELS, grado de oportunidad de independencia



d) Análisis escala BELS, realización de actividades

Las medias finales, ordenadas de mayor a menor, en relación a los ítems correspondientes a la realización de actividades son las siguientes: Habilidades comunitarias (Media = 3,0865; SE = 0,4508), Autocuidado (Media = 3,023; SE = 0,662), Habilidades domésticas (Media = 2,913; SE = 0,883) y Relaciones sociales (Media = 2,546; SE = 0,707). Tal como se observa en la Tabla 6, los modelos GLM realizados han revelado diferencias significativas para el predictor Condición en cada uno de los ítems de la escala evaluados. Así, las personas que participaron en el programa de pisos mostraron un volumen mayor de realización de actividades que las personas control, las cuales no participaron del programa. De forma adicional, también se hallaron diferencias importantes en el predictor Procedencia en los ítems Autocuidado, Habilidades domésticas y Habilidades comunitarias. (Ver Gráfica 4 y Tabla 6).

GRÁFICA 4
BELS, realización de actividades

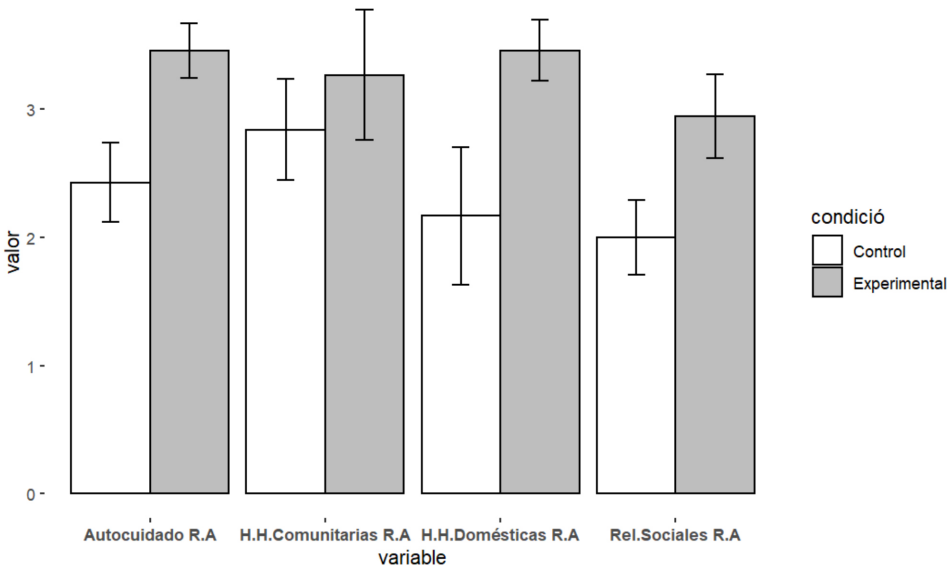


TABLA 5

Resultados BELS, Escala de oportunidad de independencia

Escala de oportunidad de independencia						
	Predictor	Sum of Squares	RSS	AICC	DF	Valor de p
Autocuidado	Edad	0,003475	0,11000	-130,10	1	0,360928
	Procedencia	0,090948	0,14500	-128,92	4	0,090948
	Condición	0,042364	0,14889	-122,23	1	0,003173**
Habilidades domésticas	Edad	0,016	50,250	29,132	1	0,9276
	Procedencia	16,562	66,796	30,532	4	0,1158
	Condición	42,083	92,317	44,946	1	0,000***
Habilidades comunitarias	Edad	0,008976	0,77083	-79,478	1	0,58105
	Procedencia	0,228466	0,99032	-78,963	4	0,14576
	Condición	0,192508	0,95437	-73,925	1	0,01551*
Relaciones Sociales	Edad	0,000	0,000	-1787,0	1	0,002**
	Procedencia	0,000	0,000	-1795,1	4	0,14576
	Condición	0,000	0,000	-1790,9	1	0,568

“Sum of squares” (suma de cuadrados), RSS (residuos de la suma de cuadrados), AICC (valor del Akaike), DF (grados de libertad) y el valor de p (valor de significación) * p < 0,01

TABLA 6

Resultados BELS, Escala de realización de actividades

Escala de realización de actividades						
	Predictor	Sum of Squares	RSS	AICC	DF	Valor de p
Autocuidado	Edad	0,3779	2,8142	-45,809	1	0,05282
	Procedencia	1,3702	3,8064	-43,957	4	0,02057*
	Condición	4,0679	6,5041	-24,027	1	0,000***
Habilidades domésticas	Edad	0,2034	4,2390	-35,158	1	0,259
	Procedencia	4,7372	14,4036	-9,3561	4	0,0346*
	Condición	2,8430	12,5094	-7,0220	1	0,009**
Relaciones Sociales	Edad	0,00215	1,4417	-63,200	1	0,8440
	Procedencia	0,24872	1,6882	-65,095	4	0,3869
	Condición	1,38548	2,8250	-45,709	1	0,000***

“Sum of squares” (suma de cuadrados), RSS (residuos de la suma de cuadrados), AICC (valor del Akaike), DF (grados de libertad) y el valor de p (valor de significación), * p < 0,01

DISCUSIÓN

Nuestros hallazgos sugieren que el programa de pisos con soporte, además del posterior acompañamiento al paso a un hogar en la comunidad, es efectivo para la rehabilitación, recuperación, disminución de la necesidad de ingresos, mejor manejo de la sintomatología y mejora de calidad de vida de las personas diagnosticadas de un trastorno del espectro psicótico. Esta efectividad se concreta en:

A) En la actualidad, 13 de las 15 personas del estudio viven en un piso en la comunidad, los dos restantes, aunque pasaron por el proceso de paso a la comunidad desde 2021, se encuentran en un hogar con más soporte por patología orgánica común en la edad evolutiva en la que se encuentran.

B) Significativa reducción de la necesidad de ingresos hospitalarios de los pacientes con trastorno mental severo, teniendo en cuenta que las personas en procesos dinámicos intensos, como el descrito, pueden presentar periodos de crisis para los que la red de salud mental debe estar accesible.

C) Mejor percepción subjetiva del propio estado de salud en comparación con personas con el mismo diagnóstico pero sin tal soporte.

D) Mejora significativa, también en comparación a la misma población pero con diferente atención, a nivel global en el grado de oportunidad para que las personas ejerzan de forma independiente las habilidades concretas de autocuidados, habilidades domésticas y habilidades comunitarias.

E) Mejora en el nivel de realización de estas actividades concretas en las áreas mencionadas, incluyendo el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales en relación con el grupo control.

Los hallazgos previos significan la confirmación de la teoría descrita anteriormente: el trabajo desde el enfoque de recuperación más el establecimiento del vínculo como elementos clave para el desarrollo de habilidades, definición de proyecto de vida, autonomía, reducción del impacto social negativo (16) y una buena calidad de vida. En relación al vínculo, la proximidad de los pisos con los otros servicios de la red de salud mental y la accesibilidad de los profesionales, que se traduce en atención inmediata, son factores clave para lograr tales resultados. Además, este estudio corrobora los hallazgos encontrados en el estudio de Jesús Besora (32), el cual mostraba que pasar por un programa como el descrito muestra una efectividad notable en los parámetros de calidad de vida, autonomía y red de apoyo social.

El liderazgo territorial del equipo de salud mental sobre los recursos de atención especializados posibilita una auténtica atención integral. Trabajar en redes coordinadas no es lo mismo que trabajar de forma integral. No poder derivar a larga estancia repercute en que la orientación del trabajo de los equipos de salud mental se dirija a soluciones y estrategias efectivas en la comunidad, y estas resultan efectivas

para la contribución de un proyecto de vida propio y en autonomía para la persona. Sabemos que las personas con trastorno mental severo pueden vivir satisfactoriamente en la comunidad con un adecuado alojamiento y apoyo (33,34). Para que ello sea posible se deben promover estos apoyos y los recursos adecuados para conseguirlo. Sin embargo, las dificultades para dar el siguiente paso, que supondría vivir de manera autónoma e independiente, en una vivienda propia o compartida, hacen que no siempre se pueda conseguir este objetivo. La sobreprotección instaurada en muchos ámbitos sociales y familiares y el retroceso en autonomía que algunas veces puede suponer abandonar un recurso con más intensidad de soporte dificultan la aceptación de la transición completa a la vida comunitaria. Por otro lado, prolongar de forma indefinida la estancia en los pisos protegidos o en las residencias especializadas, transformándolos en recursos finalistas, sin objetivos claros de autonomía, emancipación y creación de proyectos vitales, favorece que aparezcan síntomas de desgaste, cronificación y de claudicación ante un proyecto de vida normalizado que no siempre puede llevarse a cabo.

Desde las administraciones públicas se realizan de manera periódica debates sobre cómo debe ser o cómo mejorar la atención integral en la comunidad. Por otro lado, se produce la disociación entre lo “sanitario” y lo “social”, donde los recursos tienen diferentes profesionales, diferentes proveedores, con una financiación muy distanciada. El trabajo terapéutico en recursos “sociales” no dispone del prestigio ni de la cualificación que requieren los profesionales para poder llevar a cabo un trabajo realmente terapéutico. Las reuniones de circuitos, de equipos profesionales, donde se efectúan las coordinaciones no siempre pueden dar respuesta a una parte importante de las necesidades del usuario. Este tipo de abordaje, donde un equipo grande, con un liderazgo territorial, atiende a las personas de su territorio, garantiza la atención integral e integrada.

Los usuarios con trastorno mental grave necesitan de un soporte continuado que tiene que ser gradual y flexible. Los recursos de la cartera de servicios sociales no marcan una temporalidad. Pasar por un programa específico de este tipo es una oportunidad que debe luego continuar desde servicios menos especializados. Poder salir del programa para vivir plenamente en la comunidad supone un riesgo, pero debe ser asumible siempre y cuando podamos garantizar el soporte posterior y la flexibilidad de la atención a la persona cuando lo necesite. El trabajo con los usuarios, con su entorno y con las familias debe ir encaminado hacia la recuperación real y a los ajustes razonables de la intervención por todas las partes. De esta manera, es esencial reforzar los equipos de salud mental de base, actualmente con una presión asistencial que ha aumentado considerablemente desde la pandemia por COVID-19, generando en los profesionales un desbordamiento y sobrecarga que limita dedicar más tiempo a promover y construir el tipo de proceso de recuperación y autonomía

que hemos descrito en este artículo, en el que queda de manifiesto que la intervención central de los equipos de salud mental en el recurso y el proceso de salida de pisos con soporte hacia pisos en la comunidad es primordial e imprescindible.

Otra limitación es el aislamiento inherente al trastorno mental que se produce, en nuestro caso se agrava en el entorno rural por las dificultades de desplazamiento y transporte. Acceder al programa de pisos con soporte da la oportunidad a las personas con trastorno mental de socializar y mejorar en todas las esferas de su autonomía. Para que todo ello sea posible, las políticas de salud deben promover la inversión en viviendas subvencionadas y procurar un proceso de rehabilitación psicosocial que permita el funcionamiento lo más autónomo posible en sus propios alojamientos.

Asimismo, las administraciones deberían considerar como factor de priorización para el acceso a vivienda social o de protección oficial a las personas salientes de un recurso de alojamiento terapéutico especializado de salud mental, por su desventaja en el acceso al mercado inmobiliario normalizado asociada a sus bajos ingresos económicos y al estigma asociado a su discapacidad. Actualmente, las ayudas de subvención o complemento al alquiler de la Generalitat se convocan anualmente, durante unas dos o tres semanas, y no contemplan el encarecimiento de los alquileres, pues el tope para poder solicitar la ayuda sigue siendo bajo en comparación con la realidad del mercado. Por todo ello sería de utilidad que la convocatoria para presentar la solicitud para esta ayuda fuese posible en cualquier momento del año en el caso de la salida de un recurso como los Pisos con Soporte de Salud Mental y que los valores para acceder a las ayudas estuvieran permanentemente actualizados al precio real de las viviendas. Medidas de este tipo ayudarían a rebajar las barreras ambientales que sufren estas personas para el acceso a una vivienda.

Por último, se debería considerar el importante coste económico que tiene mantener los centros de larga estancia para pacientes con trastorno mental severo. En nuestro estudio, se pone de manifiesto que el sistema de atención basado en el servicio de rehabilitación comunitaria y el programa de pisos con soporte permite que un porcentaje elevado de pacientes puedan vivir en pisos en la comunidad, lo que implicaría un gran ahorro económico, que podría reinvertirse en estos programas de rehabilitación psicosocial, en los soportes necesarios para que sea posible y en aumentar las plazas de pisos con soporte.

CONCLUSIONES

La vivienda es una necesidad básica, el seno y punto de partida para una vida digna, la definición de una identidad propia y para la organización de rutinas cotidianas, del cuidado personal y de las relaciones sociales. La sensación de hogar es imprescindible para una adecuada salud mental para cualquier individuo. En la

actualidad, acceder a una vivienda es una proeza difícil para la gran mayoría de la población. El encarecimiento de los alquileres, la pobre oferta de viviendas sociales, la saturación de las ciudades, la gentrificación como fenómeno generalizado en España, son algunas de las causas.

Para las personas con trastorno mental severo, el acceso y mantenimiento de una vivienda autónoma se complica aún más por factores añadidos: dificultad en la búsqueda, bajos recursos económicos, falta de trabajo estable, pensiones de importes bajos, el importante estigma y discriminación presente en nuestras sociedades y la insuficiente planificación social en la política de desinstitucionalización. Todas ellas determinan muchas veces situaciones de gran precariedad, inseguridad y vulnerabilidad a la hora de ejercer el derecho a una vivienda digna y adecuada a sus demandas, necesidades y deseos.

La falta de una vivienda adecuada genera consecuencias negativas en el tratamiento, rehabilitación e integración comunitaria de las personas con TMS, y afecta a todo el modelo de atención sociosanitario, traducándose en un incremento de las descompensaciones y reingresos hospitalarios, sobrecarga familiar, dificultades de integración comunitaria, incremento de personas con diagnóstico TMS abocado a situaciones de sinhogarismo con la consecuente exclusión social. Responder a esta problemática reinstitucionalizando es lo menos favorable. Tampoco es deseable que vivan toda su vida dependiendo de las familias, sin opción ni capacidad para la emancipación y para llevar una vida más autónoma.

Lo más deseable y positivo para la salud mental de las personas con TMS es promover una vivienda sentida como propia donde se fomente y mantenga un estilo de vida cotidiana saludable, promoviendo los autocuidados y el contacto social regular. El acceso a una vivienda digna es el punto nuclear para poder trabajar en su rehabilitación y la recuperación de sus proyectos vitales.

En este sentido, este estudio ayuda a visibilizar lo importante que es el uso de un modelo rehabilitador, un programa específico y un soporte territorializado. Así mismo, el paso de un programa de piso con soporte a un piso en la comunidad demuestra su efectividad para la reducción de descompensaciones e ingresos hospitalarios, la mejora en el funcionamiento y autonomía, bienestar personal, calidad de vida y en su inclusión en la comunidad, luchando así contra el estigma de las personas que sufren un diagnóstico del espectro psicótico.

En el presente estudio se evidencian como elementos clave la integración y territorialización de los servicios de atención, así como un soporte, poniendo especial atención en la creación de un vínculo entre los profesionales y el usuario, donde prima el trabajo en equipo, la flexibilidad, la proximidad y la accesibilidad a la atención y el favorecimiento de las capacidades de la persona con trastorno mental severo. Debemos destacar que, al ser una muestra reducida, se deberá ampliar el estudio de forma

prospectiva, manteniendo un estudio longitudinal de nuestros usuarios del programa para obtener resultados que se pueden generalizar a la población. También sería recomendable replicar investigaciones en la misma población para evaluar la efectividad de tales programas y brindar una atención efectiva a personas con diagnóstico del espectro psicótico. Acciones subsiguientes deberían ir encaminadas a la aplicación de programas como el estudiado, así como a garantizar facilidades en su acceso.

Es necesario contemplar nuevas opciones de atención integradas, para lo cual se deben tomar decisiones y asumir riesgos. Implica también una cantidad de trabajo y dedicación más intensivas al lado de las personas con trastorno mental que realizan este proceso. Esto requiere salir a la comunidad, hablar con los servicios, los vecinos, los propietarios, las inmobiliarias: atreverse, ser asertivos y creativos.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación no hubiera sido posible sin la creación del programa de pisos con soporte. Agradecemos la participación e implicación de los profesionales que comenzaron este programa en nuestro sector, en especial a la Dra. María Fe Martín Pérez, a la trabajadora social Sra. Antonia Canudas Oliva y a la psicóloga Sra. Àngels Déu Coll, que fueron las impulsoras en su creación y puesta en marcha del programa con filosofía de recuperación y rehabilitación. Nos gustaría extender este agradecimiento al Institut d'Assistència Sanitària de Girona, con mención especial al Director de Salud Mental y Adicciones, Dr. Claudi Camps García, por la facilidad de acceso a los datos y la promoción en primer plano de la atención comunitaria, reconociendo y respaldando en este aspecto las innovaciones y proyectos que puedan surgir del trabajo diario de equipos profesionales de atención directa. Por último, y más importante, la voluntad de los/las usuarios/as para compartir su experiencia y prestar su colaboración en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: Propuestas desde Andalucía. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr.* 2007; 27(1): 187-223.
- (2) Gómez-Beneyto M. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- (3) Gómez-Beneyto M. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011.
- (4) Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *BJ Psych Advances.* 2004; 10(3): 180-8.

- (5) Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37:301–15.
- (6) López Álvarez M. Evaluación del Programa Residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (IV): perfiles funcionales y redes sociales de los residentes. *Rehabilitación Psicosocial*. 2005; 2(2): 44–55.
- (7) Hansson L. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 106(5): 343–50.
- (8) Sörngaard KW. Predictors of social relations in persons with schizophrenia living in the community: a Nordic multicenter study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001; 36: 13–19.
- (9) Mares AS, Young AS, Mcguire JF, Rosenheck RA. Residential environment and quality of life among seriously mentally ill residents of board and care homes. *Community Ment Health J*. 2002; 38: 447–58.
- (10) Piat M, Sabetti J. Residential housing for persons with serious mental illness: the fifty-year experience with foster homes in Canada. En: Stone JH, Blouin M (eds.). *International Encyclopedia of Rehabilitation*, 2011.
- (11) Lascorz D, Serrats E, Pérez V, Fábregas J, Vegué J. Estudio comparativo coste-eficiencia en un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2009; 29(1): 191–201.
- (12) López Álvarez M. Evaluación del Programa Residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): descripción general del programa y del estudio. *Rehabilitación Psicosocial*. 2005; 2(1): 2–15.
- (13) Fierro L, Serrats Alabau D, Ruiz E, Córdoba B, Vegué Grilló M. Las residencias para personas con trastorno mental grave como un recurso terapéutico-rehabilitador. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2014; 34: 521–38.
- (14) Fossey E, Harvey C, Mcdermott F. Housing and support narratives of people experiencing mental health issues: making my place, my home. *Front Psychiatry*. 2020; 10: 939.
- (15) Fernández Catalina P, Ballesteros Pérez F. La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *EduPsykhé Revista de Psicología y Psicopedagogía* 2017; 16(1):15–36.
- (16) Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*. 1993;16(4):11–23.
- (17) Lewis T, Amini F, Lannon R. Una teoría general del amor. Barcelona: RBA, 2001.
- (18) Cortina M, Marrone M. Apego y psicoterapia. Un paradigma revolucionario. Madrid: Prismática, 2017.
- (19) Wallin D. El apego en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2012.
- (20) Marmarosh C, Markin R, Spiegel EB. Attachment in group psychotherapy. Washington: American Psychological Association, 2013.
- (21) Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata, 2014.
- (22) Sempere J, Fuenzalida C. Terapia familiar, grupal y multifamiliar. Una visión desde la teoría del apego. En: Cortina M, Marrone M (comp.). *Apego y psicoterapia. Un paradigma revolucionario*. Madrid: Prismática, 2017; pp. 377-429.

- (23) Linares L, Bilbao-Macías I. El vínculo afectivo en la situación terapéutica. En: Cortina M, Marrone M (comp.). *Apego y psicoterapia. Un paradigma revolucionario*. Madrid: Prismática, 2017; pp. 135-155.
- (24) Cozolino L. *Why therapy works: using our minds to change our brains*. New York: Norton & Co., 2016.
- (25) Sempere J, Fuenzalida C. *Terapias multifamiliares. El modelo interfamiliar: la terapia hecha entre todos*. Madrid: Prismática Editorial, 2017.
- (26) Badenoch B, Cox P. Integrating interpersonal neurobiology with group psychotherapy. En: Gantt SP, Badenoch B. *The interpersonal neurobiology of group psychotherapy and group process*. Londres: Karnac, 2013; pp. 1-18.
- (27) Tarí García A. Vicisitudes de la pertenencia grupal en la rehabilitación de pacientes psicóticos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2022; 42(142): 253-71.
- (28) Gisbert C, Cid J (comp.). *Salud mental comunitaria: el modelo de Girona*. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 2012; 11 (1).
- (29) Jiménez JF, Torres F, Laviana M, Luna JD, Trieman N, Rickard C. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del “Basic Everyday Living Skills” (BELS). *Actas Esp Psiquiatr*. 2000; 28(5): 284-9.
- (30) Vázquez-Barquero JL, Gaite L, Ramírez N, García E, Borra C, Sanz O, et al. Desarrollo de la versión española del Perfil de Calidad de Vida de Lancashire -LQOLP. *Archivos de Neurobiología*. 1997; 60(2): 125-39.
- (31) Gaite L, Vázquez-Barquero JL, Arrizabalaga AA, Schene AH, Welcher B, Thornicroft G. Quality of life in schizophrenia: Development, reliability and internal consistency of the Lancashire quality of life profile-European version: EPSILON Study 8. *Br J Psychiatry* 2000; 177(S39): 49-54.
- (32) Besora J, Martorell B, Clusa, J. Evaluación de resultados de un programa de pisos para personas con trastornos mentales severos. *Informaciones Psiquiátricas*. 2000; 159: 163-73.
- (33) Ogilvie RJ. The state of supported housing for mental health consumers: A literature review. *Psychiatr Rehabil J*. 1997; 21(2): 122-31.
- (34) Kyle T, Dunn JR. Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health Soc Care Community*. 2008; 16(1): 1-15.