



Hermanas  
Hospitalarias

# Informaciones **Psiquiátricas**

Monográfico

VII Jornadas de Salud Mental y Rehabilitación Psicosocial “Espacios de Inclusión: Atención Residencial e Inserción Laboral en Personas con Trastornos Mentales Graves”

Madrid, 19 y 20 de Diciembre de 2017

Nº. **231**

**1.er Trimestre**

**2018**



PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS  
HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el **Dr. D. Parellada**

### DIRECTOR

Dr. Josep Treserra Torres

### DIRECTORA ADMINISTRATIVA

Sor Elisa Sánchez Santamaria

### CONSEJO DE DIRECCIÓN

Sr. J. L. Arroyo Cifuentes  
Dr. J. A. Larraz Romeo  
Dr. M. Martín Carrasco  
Dr. J. I. Quemada Ubis  
Dr. F. del Olmo Romero-Nieva

### JEFE DE REDACCIÓN

Dr. J. M. Cebamanos Martín

### CONSEJO DE REDACCIÓN

Sr. J. M. García Fernández  
Prof. C. Gómez-Restrepo  
Dr. J. Orrit Clotet  
Dr. P. Padilla Mendivil  
Dr. P. Roy Millán

### ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. Álvarez Martínez  
Prof. Dr. C. Arango López  
Prof. Dr. J. L. Ayuso Mateo  
Prof. Dr. A. Bulbena Vilarrasa  
Prof. Dr. J. L. Carrasco Parera  
Prof. Dr. M. Casas Brugue  
Prof<sup>a</sup>. Dra. M<sup>a</sup> Paz García Portilla  
Prof. Dr. J. L. González Rivera  
Dr. M. Gutiérrez Fraile  
Dr. C. Linares del Río  
Prof. Dr. P. McKenna  
Dr. I. Madariaga Zamalloa  
Dr. M. Martínez Rodríguez  
Prof. Dr. L. Ortega Monasterio  
Prof. Dr. J. Sáiz Ruiz  
Prof. Dr. L. Salvador Carulla  
Dr. J. Tizón García  
Prof. Dr. M. Valdés Miyar  
Dr. E. Vieta Pascual

## **BENITO MENNI, COMPLEJO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL**

Dr. Pujadas, 38  
08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)  
Tel.: 93 652 99 99 / Fax: 93 640 02 68  
e-mail: inf-psiQuiatrics.hbmenni@hospitalarias.es  
www.informacionespsiQuiatrics.org  
www.hospitalarias.org

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICODOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/ Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com.

Depósito Legal. B. 675-58 / ISSN 2385-7463

### Normas para la presentación y publicación de trabajos

**Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: <http://www.ICMJE.org>**

**Informaciones Psiquiátricas** aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Salud Mental, Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

- Los tipos de trabajos que podrán ser aceptados en la Revista son los siguientes: Originales, Revisiones, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
- Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
- Los trabajos pueden remitirse a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, a través del correo electrónico [inf-psiQuiatricas@hospitalbenitomenni.org](mailto:inf-psiQuiatricas@hospitalbenitomenni.org) o mediante acceso directo en [www.informacionespsiQuiatricas.com](http://www.informacionespsiQuiatricas.com)
- Los trabajos deberán presentarse escritos a doble espacio. Todas las páginas deben estar numeradas de forma consecutiva, empezando por la portada.
- En la portada deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
  - Título del artículo.
  - Los nombres de los autores y sus afiliaciones institucionales.
  - El nombre del/de los departamento(s) e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo.
  - Descargos de responsabilidad, si los hay.
  - Información para contactar con el autor (Nombre, dirección postal, número de teléfono y dirección electrónica).
- En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
- La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación. El texto de los artículos originales de investigación deberá estar dividido en los siguientes apartados y por el orden que se citan:
  - Introducción.
  - Métodos.
  - Resultados.
  - Discusión.
- Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
  - Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlati-

va, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.

b) Las citas de artículos de revistas se efectuarán de la siguiente manera:

- Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
- Título del trabajo en su lengua original.
- Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
- Año, número de volumen: página inicial-página final. Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Sheves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in "depressed" schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(10):922-8.

c) Las citas de libros comprenderán por el siguiente orden:

- Apellidos e inicial de los nombres de los autores en mayúsculas.
- En: Título original del libro.
- Apellidos e inicial de los (ed).
- Ciudad, Editorial, Año: página inicial-página final. Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.

d) Las citas de páginas web comprenderán por el siguiente orden:

- Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
- Título del trabajo en su lengua original.
- Tipo de soporte entre claudators.
- Año y ciudad de publicación (si consta), fecha de edición y/o consulta (recomendado).
- URL

Simon G, Roy-Byrne P, Solomon D. (2018). Bipolar depression in adults: Choosing initial treatment. [en línea]. Washington. [Consultado el 1 de febrero de 2018]. <http://www.uptodate.com/home>

- La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
- La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación. El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.





- 9      **INTRODUCCION AL MONOGRAFICO VII JORNADAS SALUD MENTAL Y REHABILITACION PSICOSOCIAL: "ESPACIOS DE INCLUSION: ATENCION RESIDENCIAL E INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES"**  
Francisco Del Olmo Romero-Nieva / José Luís Arroyo Cifuentes / Carlos Rebolleda Gil
- 17     **LA COGNICIÓN SOCIAL COMO VARIABLE RASGO EN ESQUIZOFRENIA Y SU RELACIÓN CON EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL**  
Cora Caamaño Serna / Sara Belén Fernandez Guinea
- 37     **ALTERACIONES COGNITIVAS EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE: UNA REVISIÓN DE NUEVE META-ANÁLISIS**  
Olimpia Díaz-Mandado
- 57     **MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS DE INTEGRACION LABORAL TRAS EL ALTA EN CENTRO DE REHABILITACION LABORAL (COMUNIDAD DE MADRID)**  
Raúl Naranjo Valentín / Fernando Cobo Martínez / Equipo de Investigación Centros de Rehabilitación Laboral LRHP
- 67     **SALUD FÍSICA DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: SENSIBILIZACIÓN A LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA**  
Ainara Arroyo González

- 85 DESEMPEÑO DEL ROL DE VOLUNTARIO EN EL PROCESO DE RECUPERACION DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. EXPERIENCIA DEL CENTRO DE DIA DE ARAVACA  
Nuria Santos Bermejo / María Acosta Benito
- 97 GESTION DE ESPACIOS DE PARTICIPACION CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: PRIMERAS JORNADAS DE PARTICIPACION DE USUARIOS DE LA LINEA DE REHABILITACION PSICOSOCIAL DE HERMANAS HOSPITALARIAS  
Ana Belén Guisado Moraga
- 103 EVALUACION ESTABILOMETRICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL  
Carmen Gutiérrez-Cruz / A. Roman-Espinaco / I. M. Trigo- Martín
- 124 FIDMAG informa



# Introducción

---

## MONOGRAFICO VII JORNADAS SALUD MENTAL Y REHABILITACION PSICOSOCIAL: “ESPACIOS DE INCLUSION: ATENCION RESIDENCIAL E INSERCION LABORAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES”

---

### **Francisco Del Olmo Romero- Nieva**

Psiquiatra.

Director Médico Clínica San Miguel y Complejo Asistencial Benito Menni de Ciempozuelos, Hermanas Hospitalarias, Madrid.

### **José Luís Arroyo Cifuentes**

Psicólogo.

Director Técnico Línea de Rehabilitación Psicosocial, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Empresa vinculada a la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

### **Carlos Rebolleda Gil**

Psicólogo.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Aranjuez, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Centro vinculado a la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Referente del Área de Investigación de la Línea de Rehabilitación Psicosocial.

Los días 19 y 20 de Diciembre de 2017 tuvieron lugar en el Caixa Fórum de Madrid las “VII Jornadas de Salud Mental y Rehabilitación Psicosocial”, organizadas por Hermanas Hospitalarias y que llevaron por título “Espacios de inclusión: Atención residencial e inserción laboral de personas con trastornos mentales graves”.

El acceso al trabajo y a una vivienda digna y adecuada están reconocidos como derechos humanos básicos, y establecidos constitucionalmente en nuestro país. (Art. 35 y 47 CE, respectivamente). La vivienda y el empleo se conforman como instrumentos

básicos de inclusión y participación social para todos los ciudadanos. Por tanto, las enormes tasas de desempleo y de dependencia residencial que afectan a las personas que sufren trastornos mentales graves se convierten en claros factores de riesgo para la exclusión social. Por otro lado, el empleo y la vivienda, además de ser derechos de las personas, también pueden contemplarse como herramientas técnicas. Si nos referimos a la rehabilitación como una filosofía o estrategia global de intervención sobre las personas con trastornos mentales graves, el empleo y la vivienda, junto a las relaciones sociales, son los elementos principales sobre los que se articula el proceso de recuperación y mantenimiento activo en la comunidad de las personas con este tipo de problemas.

Desde Hermanas Hospitalarias se pretendía que este encuentro fuera un medio efectivo para compartir información, reflexiones y propuestas sobre la atención residencial y la rehabilitación laboral a personas con enfermedades mentales graves. Para ello se reunieron profesionales de reconocido prestigio en la materia, en torno a mesas y conferencias.

En esta edición, la inauguración estuvo presidida por Sor Aurelia Cuadrón Serna (Superiora de Clínica San Miguel y Línea de Rehabilitación Psicosocial de Hermanas Hospitalarias), D<sup>a</sup> Belén Prado Sanjurjo (Viceconsejera de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid), D<sup>a</sup> Margarita Salinero Aceituno (Coordinadora de Humanización. Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid) y D. José A. Larraz Romeo (Director Asistencial y Educativo de la Provincia de España, Hermanas Hospitalarias).

Durante el primer día de las jornadas, participaron profesionales italianos expertos en apoyo residencial y rehabilitación laboral de

personas con enfermedad grave. Se eligió Italia por ser un país que atesora grandes avances en las citadas áreas y, dada la similitud socioeconómica con España, puede servir como modelo. En este sentido, por un lado, el Profesor Giovanni de Girolamo, de Brescia, en su conferencia *“Dispositivos residenciales psiquiátricos en Italia: Estudios PROGRES y PERDOVE”* describió el sistema italiano de salud mental y de dispositivos residenciales. Por otro, profesionales del Consorcio *“Il Mosaico”*, de Gorizia, mediante *“El papel de las cooperativas sociales en la rehabilitación de personas con trastorno mental grave: la experiencia de Gorizia”* explicaron el papel de las cooperativas sociales en la rehabilitación laboral en Italia.

Por su parte, las dos mesas presentadas en el segundo día de jornadas reunieron a expertos españoles para hablar de nuestro entorno. En la primera mesa, denominada *“Integración laboral de personas con trastorno mental grave”*, Salvador Simó Algado (Profesor-Investigador en Universidad de Vic. Universidad Central de Cataluña) con su ponencia *“Experiencias innovadoras en Rehabilitación Laboral”*, Cristóbal Colón Palasí, (Presidente-Director de la Cooperativa La Fageda, Girona) con *“Empresas sociales: la experiencia de La Fageda”* e Iván Reche Lillo (Director Ejecutivo de Fundación Emplea) por medio de *“El empleo con apoyo como instrumento para la inclusión”*, expusieron los distintos modelos de integración laboral para personas con trastorno mental, yendo desde la descripción del empleo normalizado con apoyo, hasta la descripción de una empresa social catalana que es modelo a nivel internacional, como es La Fageda.

La segunda mesa, denominada *“Atención Residencial de personas con trastorno mental grave”*, contó con Abelardo Rodríguez González (Coordinador Técnico de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental, Consejería de Políticas Sociales y Familia, Comunidad de Madrid), Juan José Martínez Jambrina,

(Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital San Agustín , Avilés) y Alejandro López (Subdirector General Técnico, RAIS Fundación), los cuales, abordaron los distintos modelos de atención residencial, tales como el continuo residencial, el apoyo domiciliario más o menos intensivo y el novedoso modelo Housing First, valiéndose de las conferencias denominadas *“Balance entre el continuo residencial y el apoyo domiciliario”*, *“El papel del Tratamiento Asertivo Comunitario en el soporte en el propio domicilio”* y *“Proyecto Hábitat: El modelo Housing First para personas sin hogar con enfermedad mental”*.

El compromiso de la Institución de las Hermanas Hospitalarias con la sociedad implica un esfuerzo continuo por evolucionar y desarrollar aplicaciones, estudios y proyectos innovadores que beneficien a los colectivos con los que trabajan y sus familias. Para ello, como en ediciones anteriores, también se reservó un espacio importante para la participación de profesionales de Hermanas Hospitalarias a través de la presentación de comunicaciones y póster, cuya calidad fue reconocida el segundo día de las jornadas a través de la concesión de los *“Premios de fomento del I+D+i”* que premian a la mejor comunicación y al mejor póster. En esta edición se expusieron un total de 24 trabajos, divididos en 17 posters y 7 comunicaciones que, a su vez, fueron presentados a lo largo de las jornadas.

El monográfico que se presenta a continuación reúne los artículos correspondientes a las siete comunicaciones previamente citadas. Señalar que, al igual que en jornadas previas, las temáticas presentadas son muy diversas, aunque no exentas de interés y actualidad.

La cognición social es un campo que, en la actualidad, suscita un amplio interés en el caso de la esquizofrenia, ya que, cada vez

son mayores las evidencias que demuestran relevantes déficits en el caso de las personas diagnosticadas de esta patología, las cuales, a su vez, se relacionan con algunas de las limitaciones funcionales que, de forma habitual, se encuentran en dichos sujetos. Tratar de aportar más evidencias en este sentido es el objetivo de *“La cognición social como variable rasgo en esquizofrenia y su relación con el funcionamiento psicosocial”*, comunicación ganadora del *“Premio de fomento de I+D+i”*.

Aparte de las afectaciones en cognición social, en el caso de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, de forma habitual, también se localizan déficits significativos en diversas áreas neurocognitivas que, a su vez, también influyen en el funcionamiento psicosocial del individuo. El artículo *“Alteraciones cognitivas en el trastorno mental grave: una revisión de nueve meta-análisis”* trata de indagar sobre este aspecto.

Dentro de la rehabilitación laboral, una de las temáticas centrales de las jornadas, es necesario contar con diferentes métodos que permitan evaluar la eficacia de estos procesos. El proyecto de investigación que se presenta en el artículo denominado *“Mantenimiento de resultados de integración laboral tras el alta en centro de rehabilitación laboral (Comunidad de Madrid)”* plantea, por medio de una entrevista diseñada ad hoc, recoger la evolución tanto laboral como personal de un grupo de ex usuarios de centro de rehabilitación laboral.

Fomentar en los usuarios el cuidado de su salud física y la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental son dos objetivos básicos de los recursos de rehabilitación psicosocial. *“Salud Física de la persona con trastorno mental grave: sensibilización a los profesionales de atención primaria”* aborda ambos aspectos y expone los resultados de una interesante experiencia en la que se evalúa el estigma existente en un centro de atención primaria y

se planifican acciones coordinadas destinadas al incremento del conocimiento acerca de este tipo de problemáticas, las cuales, en ocasiones, resultan muy desconocidas para los profesionales que trabajan en este tipo de centros.

Como aseguran múltiples estudios de reciente publicación, el voluntariado está adquiriendo un papel cada vez más relevante dentro de las diferentes opciones significativas y productivas que pueden llevar a cabo usuarios de recursos de rehabilitación. En *“El desempeño del rol de voluntario en el proceso de recuperación de personas con trastorno mental grave: Experiencia del Centro de Día de Aravaca”*, se exponen los resultados de una interesante experiencia llevada a cabo por un grupo de usuarios que se enrolan en un voluntariado.

Durante las jornadas también hubo lugar para exponer experiencias tan gratificantes y enriquecedoras como la que se relata en *“Gestión de espacios para la participación con personas con trastorno mental grave: Primeras Jornadas de Participación de Usuarios de la Línea de Rehabilitación Psicosocial Hermanas Hospitalarias”*, las cuales, surgen a partir de un proyecto de colaboración con usuarios y profesionales de las ciudades de Madrid y París.

En las comunicaciones presentadas también hubo cabida para la investigación e innovación que se lleva a cabo con otros colectivos diferentes al del trastorno mental grave. Ejemplo de esto es *“Evaluación estabilométrica en personas con discapacidad intelectual”*, artículo en el que se recoge una investigación que tuvo por objetivo realizar una evaluación sobre el control postural en personas con diferentes grados de discapacidad intelectual que, a su vez, sirviera para facilitar el diseño de programas generales de actuación orientados a la mejora de las capacidades físicas y cognitivas.

Señalar, por último, que en categoría poster, el trabajo galardonado con el *“Premio de fomento de I+D+i”* fue el denominado *“Participación en la comunidad de personas con trastorno mental grave usuarias de centros de rehabilitación laboral”*. Dicho trabajo muestra resultados preliminares de una investigación en la que se pretende analizar los cambios que se producen en varias medidas de funcionamiento psicosocial, en el caso de usuarios de CRL, transcurrido un año de intervención en dicho recurso.





---

# LA COGNICIÓN SOCIAL COMO VARIABLE RASGO EN ESQUIZOFRENIA Y SU RELACIÓN CON EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

---

## **Cora Caamaño Serna**

Coordinadora Mini Residencia y Pisos Supervisados San Miguel.

Línea de Rehabilitación Psicosocial, Hermanas Hospitalarias, Madrid.

Centro vinculado a la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

## **Sara Belén Fernández Guinea**

Profesora Universidad Complutense de Madrid.

Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos).

## **Resumen**

**Objetivo:** Analizar si la cognición social se constituye como rasgo endofenotípico de la esquizofrenia, apareciendo en hermanos de personas diagnosticadas y permaneciendo estable a lo largo del curso del trastorno. Estudiar la relación entre déficits en cognición social y el funcionamiento psicosocial. **Método:** La muestra estuvo compuesta por pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide (29), hermanos de los mismos (14) y controles (12). Se comparó el rendimiento de los tres grupos en estilo atribucional, percepción social, y reconocimiento emocional (Escala de Cognición Social), teoría de la mente (el test de insinuaciones y el Eyes test). Al grupo de pacientes además, se evaluó el funcionamiento psicosocial (escala HoNOS). **Resultados:** Los pacientes puntuaron significativamente peor que controles en todas las escalas de cognición social, salvo estilo atribucional. Los hermanos mostraron

rendimientos peores que los participantes controles en todas las escalas de cognición social salvo percepción social y test de insinuaciones. Los pacientes puntuaron peor que los hermanos en percepción social y teoría de la mente; en el resto de variables hermanos y pacientes no mostraron diferencias significativas. No se encontró ninguna correlación significativa entre tiempo desde el diagnóstico y cognición social. Tampoco se encuentra correlación entre ninguna variable de cognición social y el funcionamiento psicosocial en el grupo de personas con esquizofrenia. **Conclusión:** Los resultados sitúan a los hermanos con déficit moderado en cognición social, más cercano al de pacientes que al de población general, apoyando la hipótesis de la cognición social como un rasgo que aparece en estados de alto riesgo. No se encuentra relación entre déficits en cognición social y tiempo de evolución del trastorno, de acuerdo con la concepción de rasgo estable en el tiempo. Ambos hallazgos apoyan la concep-

tualización de la cognición social como rasgo endofenotípico de la esquizofrenia, aunque se requieren futuras investigaciones que amplíen la muestra. No se observa relación entre funcionamiento psicosocial y cognición social, esto puede deberse al tamaño de la muestra o al tipo de instrumento utilizado para medir el funcionamiento psicosocial.

**Palabras clave:** Cognición social, teoría de la mente, esquizofrenia, familiares de primer grado, funcionamiento psicosocial, rasgo endofenotípico.

## Abstract

**Objective:** Analyzing whether social cognition is constituted as endophenotypic feature of schizophrenia, appearing in siblings of people diagnosed and remaining stable over the course of the disorder. Study the relationship between deficits in social cognition and psychosocial functioning. **Method:** The sample consisted of patients diagnosed with paranoid schizophrenia (29), siblings (14) and controls (12). The performance of the three groups in attributional style, social perception, and emotional recognition (Social Cognition Scale), theory of mind (the test of innuendo and Eyes test) was compared. In addition, the group of patients was evaluated in their psychosocial functioning (HoNOS scale). **Results:** Patients scored significantly worse than controls at all scales of social cognition, except attributional style. The siblings showed worse performance than controls in all scales of social cognition except social perception and hinting task. The patients scored worse than they first degree relatives in social perception and theory of mind, in other variables, siblings and patients showed no significant

differences. No significant correlation was found between time since diagnosis and social cognition. Neither correlation is found between any variable social cognition and psychosocial functioning in the group of people with schizophrenia. **Conclusion:** The results show the brothers with moderate deficit in social cognition, closer to patients than to general population, supporting the hypothesis of social cognition as a feature appearing in high-risk states. It is not found a significant relationship between deficits in social cognition and time course of the disease, according to the conception of stable trait over time. Both findings support the conceptualization of social cognition as endophenotypic feature of schizophrenia, although further research to expand the sample is required. No significant relationship between psychosocial functioning and schizophrenia is observed, it could be because of the sample size or the type of instrument used to measure psychosocial functioning.

**Key Words:** Social cognition, theory of Mind, schizophrenia, siblings, psychosocial functioning, endophenotypic trait.

## Introducción

La cognición social ha recibido múltiples definiciones (Wyer, y Skrull, 1994) y podemos entenderla como el conjunto de procesos cognitivos implicados en cómo la gente piensa sobre ella misma, otras personas, situaciones sociales e interacciones (Penn et al, 1997), o como los procesos y funciones que permiten a la persona entender, actuar y beneficiarse del mundo interpersonal (Corrigan y Penn, 2001). Estos procesos cognitivos sociales son los implicados en cómo elaboramos inferencias sobre las intenciones y creencias de otras personas y como sopesamos factores situacionales sociales al hacer dichas inferencias (Green et al, 2005). La cognición social no es un concepto unitario ya que consta de diferentes componentes tales como el procesamiento emocional, la percepción o conocimiento social, la teoría de la mente y el estilo atribucional (Rodríguez Sosa y Touriño, 2010).

El procesamiento emocional es la capacidad del individuo para percibir y usar las diferentes emociones de forma adaptativa (Green y Horan, 2010). La percepción social es la capacidad para identificar los roles, reglas y contextos sociales, más concretamente serían los procesos perceptivos que dirigen la atención a señales relevantes para interpretar las situaciones sociales (Green y Horan 2010), procesos que, a su vez, requieren en primer lugar categorizar la conducta percibida y en segundo lugar valorarla como debida a estados estables o factores contextuales (Bellack et al, 1996). El estilo atribucional se refiere al hecho de inferir causas de eventos personales tanto negativos como positivos (Green y Horan, 2010). Por último, la teoría de la mente, (término propuesto por Premack y Woodruff, 1978), consiste en la capacidad de las personas para atribuir

estados mentales, pensamientos, creencias, intenciones en los demás y así poder anticipar sus conductas en función de esa información (Green y Horan, 2010).

A partir de la década de los 90 con la publicación de «*The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*» (Frith, 1992), la cognición social se convierte en un área de especial interés en población diagnosticada de esquizofrenia, ya que puede explicar los déficits observados en dicha población en el funcionamiento psicosocial, además de suponer un factor predictivo del desarrollo de la enfermedad.

El proyecto MATRICS (investigación en la medición y el tratamiento para mejorar la cognición en la esquizofrenia), iniciativa que surge en 2002 para generar una batería de evaluación de funcionamiento cognitivo en población con esquizofrenia la incluye entre sus áreas a evaluar en 2007 (Green y Nuechterlein, 2004). Desde ese momento se multiplican los estudios que la incluyen como una variable mediadora entre el procesamiento neuropsicológico y el funcionamiento psicosocial de las personas con esquizofrenia. Por un lado, la comunidad científica busca sustento empírico para los diferentes componentes de la cognición social en estudios de neuroimagen dirigidos a encontrar correlatos neurofisiológicos entre éstos y determinadas áreas cerebrales. Por otro lado, se persigue concebir a la cognición social como un rasgo endofenotípico del trastorno pudiendo suponer un buen factor predictivo del mismo, además de relacionarla con algunos síntomas de la esquizofrenia

A pesar de la abundancia de la investigación existen aún cuestiones sin resolver como la relación que guarda la cognición social con la neurocognición, y también la relación que guarda con determinados sín-

tomas de la enfermedad, así como si debemos considerarla como una variable estado del trastorno o como un rasgo endofenotípico que se mantiene estable a lo largo del curso de la enfermedad, aparece en estados de alto riesgo y en familiares de primer grado y muestra segregación con el trastorno.

En cuanto a su papel como variable mediadora entre la neurocognición y el funcionamiento psicosocial, existen investigaciones que relacionan la cognición social con ambas. Por un lado, son múltiples los estudios que hayan relación entre el rendimiento en los procesos cognitivos básicos y la cognición social (Bora et al, 2009; Meijer et al, 2012). Lavoie et al (2012), tras efectuar un meta-análisis, encuentran asociaciones significativas entre cociente intelectual y cognición social, apoyando la hipótesis propuesta por Bora et al (2009), consistente en que los déficits en teoría de la mente se encuentran parcialmente explicados por los déficits neurocognitivos que están presentes de forma consistente en esta población. Además también existen varios estudios que encuentran relación entre diferentes procesos cognitivos y algunos componentes de la cognición social como es la relación entre procesamiento emocional y atención (Chung et al, 2010), o entre resolución de problemas y teoría de la mente (Abdel-Hamid et al, 2009; Bell et al, 2010).

Por otro lado, la cognición social, se asocia con el funcionamiento socialmente empobrecido de los pacientes con esquizofrenia (Brüne, 2005; Couture et al, 2006; Fett et al, 2011; Green y Nuechterlein, 1999;), existiendo varios modelos teóricos que explican cómo la cognición social actúa como mediador entre neurocognición y funcionamiento social (Brekke et al, 2005; Green y Nuechterlein, 1999; Vauth et al, 2004), pudiendo suponer una mejor explicación

del pobre funcionamiento social de estos pacientes que la neurocognición de forma aislada.

Además en diferentes estudios el funcionamiento psicosocial se ha definido de maneras muy dispares, algunas haciendo referencia a la eficacia funcional del sujeto en la vida cotidiana y otras al soporte social que es capaz de encontrar la persona, por lo que algunos de los datos pueden tener que ver con como se ha definido dicha variable, pues podría haberse entendido de forma distinta en los diferentes estudios (Brekke et al, 2005; Bowie, Reichenber et al, 2006). Según Mancuso et al, (2004), la cognición social y la neurocognición podrían explicar la capacidad funcional general en la vida cotidiana y no tanto el funcionamiento psicosocial, el cual dependería también de otros factores como los contextuales, entendiéndolo como la capacidad para encontrar apoyo social y recursos personales.

Por otro lado, los déficits en cognición social en personas con esquizofrenia han sido definidos por varios autores como un rasgo endofenotípico, característico de la enfermedad (Rodríguez Sosa et al, 2013). Esto supondría que dichas dificultades aparecen antes del desarrollo de la enfermedad y permanecen estables a lo largo del trastorno, con independencia del grado de cronicidad o del nivel de sintomatología, suponiendo una buena variable predictora de la esquizofrenia. Además si estos déficits permanecen estables con independencia del grado de sintomatología o de cronicidad, apuntaría hacia la necesidad de una intervención específica ya que no cabría esperar que mejorara cuando la sintomatología remite tras los cuadros agudos. Incluso algunos autores sitúan los déficits en cognición social como parte de la explicación de algunos delirios (Frith 1992).

Existen varias investigaciones que encuentran dificultades estables en diferentes aspectos de la cognición social como es la capacidad para el reconocimiento emocional a través de tareas de análisis de rostros. Así, en algunos estudios la dificultad en esta población para analizar caras neutras permanece estable a lo largo de la enfermedad (Camparelli et al, 2013; Demirbuga et al, 2013), pudiendo interpretar rostros neutros como hostiles, lo que daría explicación incluso a algunos delirios de tipo paranoide (Green y Horan, 2010). Pomarol-Clotet et al (2010), encuentran que los problemas para el reconocimiento emocional son permanentes en los pacientes y además están presentes en familiares. Eack et al (2010), señalan el reconocimiento de emociones como rasgo, ya que los déficits están también presentes en familiares, los cuales atribuyen hostilidad a caras neutras y tardan más tiempo en resolver estas tareas que la población general. El reconocimiento de emociones negativas es deficitario en esquizofrenia desde antes del comienzo de la enfermedad, es decir, en estados prodrómicos de la misma y además permanece estable una vez comienza el trastorno y a lo largo del curso del mismo (Camparelli et al, 2013).

Sprong et al (2007) observan deterioro en teoría de la mente en pacientes en remisión, pero además se han encontrado estos déficits también en pacientes con primeros episodios, en familiares no afectados y en personas en estados de alto de riesgo de padecer la enfermedad (Bora y Pantelis, 2013), señalando la posibilidad de que se constituyan, por tanto como un rasgo. De Acahával et al (2008) observan problemas para resolver tareas de "meteduras de pata", tanto en familiares como en pacientes. En su meta-análisis, Lavoie et al (2012) encuentran déficits en cognición social en fa-

miliares de personas con esquizofrenia al ser comparados con sujetos control, situándose este grupo, en lo referente a su desempeño en la cognición social, en un lugar intermedio entre pacientes y controles sanos. Tanto los pacientes como los familiares invierten mucho tiempo en analizar características poco relevantes de una situación social e invierten poco tiempo en analizar características muy relevantes de una situación para emitir una respuesta, lo que los hace menos efectivos socialmente en el medio (Green y Horan, 2010, Pomarol-clotet et al, 2010), además estas dificultades no parecen remitir a pesar de que la persona se estabilice a nivel sintomatológico. En cuanto al estilo atribucional, varios estudios encuentran déficits similares en pacientes y en familiares, comparados con grupos control, como son el sesgo a saltar directamente a las conclusiones o sesgo de personalización que se encuentran a demás en la base de muchos delirios típicos de la enfermedad (Camparelli et al 2013, Pomarol-Clotet et al 2010).

A pesar de toda esta evidencia a favor acerca de la concepción de estos déficits como rasgo, también existen autores que han encontrado datos que apoyan la idea de que dichos déficits en realidad se constituyen como variable estado. Por ejemplo, Frith (1992) observa que personas en remisión de la enfermedad y con rasgos de pasividad muestran desempeños adecuados en tareas de teoría de la mente. Por su parte, Hardy-Baylé (1994) encuentra que, si no hay síntomas de desorganización en los pacientes, estos tienden a presentar buenos resultados en esta capacidad. Además, según Lavoie et al (2012) los estudios con familiares aportan datos inconsistentes, ya que mientras unos estudios informan de un rendimiento peor en familiares que en controles (Bediou et al, 2007; Alfinova et al,

2009), otros arrojan datos de ejecuciones similares en ambos grupos (Kelemen et al, 2004).

## Objetivos e hipótesis

El presente estudio supone un primer acercamiento al estudio de la cognición social como variable rasgo y su relación con el funcionamiento psicosocial en personas con esquizofrenia, con una muestra reducida de personas.

Los objetivos de este estudio son, por un lado, analizar si los déficits en cognición social en esquizofrenia se constituyen como un rasgo endofenotípico del trastorno, es decir si permanecen estables a lo largo del tiempo una vez insaturados, no variando en función del tiempo de evolución de la enfermedad, y si se presentan en personas de alto riesgo y familiares de primer grado de los pacientes.

Por otro lado, analizar si las dificultades en cognición social podrían explicar el funcionamiento psicosocial en personas diagnosticadas de esquizofrenia.

En relación con el primer objetivo se plantean dos hipótesis:

- Si los déficits en cognición social son un rasgo endofenotípico de la esquizofrenia entonces se observará un funcionamiento significativamente peor en cognición social en los pacientes que en los controles sanos, y también un rendimiento peor en cognición social en los hermanos de personas diagnosticadas que los controles, situándose los hermanos en un punto intermedio entre pacientes y controles.
- Si los déficits en cognición social son un rasgo estable de la esquizofrenia, entonces dichos déficits permanecerían estables a lo largo del curso del trastorno no encontrando relación entre el tiempo trascur-

rrido desde el diagnóstico y los déficits en cognición social.

En relación con el segundo objetivo se plantea la siguiente hipótesis:

- Si la cognición social explica el funcionamiento psicosocial, entonces se hallará una correlación positiva y significativa entre cognición social y funcionamiento psicosocial en el grupo de personas diagnosticadas de esquizofrenia.

## Material y método

### Participantes

Se evaluaron 55 participantes, reclutados en la Línea de Rehabilitación Psicosocial para Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera (red de centros concertados con la Comunidad de Madrid, Consejería de Asuntos Sociales, dedicados a la rehabilitación y tratamiento psicosocial de personas afectadas por Trastorno Mental Grave), de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

Los criterios de exclusión comunes a todos los participantes fueron: haber presentado traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia a lo largo de su vida, Cociente Intelectual (CI) menor de 85, trastorno de personalidad, trastorno del espectro autista, consumo de sustancias en el último mes.

De los participantes, 29 son personas diagnosticadas de esquizofrenia por su psiquiatra habitual según los criterios del DSM IV-TR (American Psychiatric Association, APA, 2002). Todos los participantes de este grupo permanecieron con su tratamiento antipsicótico habitual durante el periodo de evaluación no sufriendo cambios en el mismo.

Se evaluaron 14 hermanos de los 29 pacientes diagnosticados de esquizofrenia del

primer grupo. Los criterios de exclusión para este grupo fueron haber presentado algún diagnóstico de trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida, tomar mediación psiquiátrica.

Por último, se estudia un grupo control de 12 personas sanas. Los criterios de exclusión para este grupo fueron, ser familiar de primer o segundo grado de una persona diagnosticada de esquizofrenia, haber presentado algún diagnóstico de trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida, tomar mediación psiquiátrica.

Todos los participantes de los tres grupos firmaron el consentimiento informado para la evaluación. La investigación fue aprobada por el comité de Bioética de la institución Hermanas Hospitalarias.

## Materiales

### Medidas de cognición social

- **La Escala de Cognición Social (ECS)** (Fuentes, García, Ruíz, Dasí y Soler, 2011). La Escala de Cognición Social fue elaborada para medir los diferentes dominios de esta capacidad en personas diagnosticadas de esquizofrenia. Este instrumento presenta 3 fotos a los sujetos. Las tres fotos varían entre sí en su grado de complejidad cognitiva y el nivel de carga emocional del contenido de la imagen. Para su aplicación se presentan las 3 imágenes al paciente y después se le pide que resuelva 12 ítems para cada una de las imágenes. De los 12 ítems de los que consta, 3 de ellos demandan al sujeto que identifique la escena global o elementos de la misma, 2 ítems requieren la identificación por parte de las personas evaluadas, de las emociones de los personajes que aparecen en la foto, en otro ítem se debe valorar

si la escena es agradable, desagradable o neutra y los últimos 6 ítems presentan una frase acerca de las acciones, intenciones o atribuciones de los personajes de las fotos y el sujeto debe valorar en una escala tipo Likert el grado de seguridad con el que cree que dicha frase es cierta o falsa. Cada uno de los 12 ítems tiene una respuesta correcta. La puntuación total se obtiene de sumar el número de respuestas correctas. Por lo que al ser 12 ítems aplicados en 3 fotografías, las puntuaciones oscilan entre 0 y 36, indicando una mayor puntuación, un mejor funcionamiento en Cognición Social.

- **Tareas Clásicas de Falsas Creencias de primer orden** (Wimmer y Perner, 1983) **y de segundo orden** (Baron-Cohen, 1997). Estas tareas fueron elaboradas para medir Teoría de la Mente y su adquisición durante el desarrollo. Han sido adaptadas al español por Soraya Masa Moreno en su tesis doctoral "Esquizofrenia y Teoría de la Mente" (2012). Las Tarea de falsas creencias consisten en dos historias, una para las falsas creencias de primer orden y otra para las falsas creencias de segundo orden, en las historias se le presentan al sujeto situaciones entre varios personajes, después de leer la historia el evaluador le plantea dos preguntas al paciente, la primera es una pregunta control para ver si ha comprendido la información. No se pasa a la siguiente pregunta hasta que no se haya comprobado que lo ha entendido correctamente. La segunda pregunta requiere tener conservada la Teoría de la Mente para responderse correctamente. Si responde correctamente se otorga 1 punto, sino 0 puntos.
- **Test de las insinuaciones (Hinting Task)** (Corcoran, Mercer y Firth, 1995.). Para medir el funcionamiento en Teoría de la Mente se utilizará el *Hinting Task*. Estos



autores crearon la prueba para su uso precisamente en población con esquizofrenia. Existe una validación en población española llevada a cabo por David Gil, Mar Fernández-Modamio, Rosario Bengochea y Marta Arrieta (2011), del Centro Hospitalario Padre Menni de Santander, que adapta la prueba al castellano encontrando buenos niveles de fiabilidad tanto entre evaluadores como en test-retest. En esta validación se proponen dos versiones de la prueba una corta de 5 historias y una larga de 10 historias. Se utilizará la versión corta para la evaluación durante este estudio, ya que presenta mejores datos psicométricos. La prueba consiste en 5 historias breves en las que se cuenta una situación entre dos personajes. Al final de la historia uno de los dos personajes emite una frase en forma de indirecta cuyo significado puede intuirse con cierta facilidad por el contexto de la historia que se cuenta antes. Las historias pueden repetirse tantas veces como sea necesario. Luego se pregunta que ha querido decir la persona con la indirecta, si responde correctamente en este momento se puntúa con el máximo que es 2, si no, se le da una breve aclaración de la información dejando más clara la intención del personaje, si tras este facilitador responde bien se puntúa 1 y si no se puntúa 0.

- **Eyes test** (Barón-Cohen, 2001). Este es un test que mide Teoría de la Mente, en concreto la capacidad de conocer el estado de otras personas a través de la expresión de los ojos. Consiste en presentar una serie de fotos de ojos de personas con alguna expresión emocional. Se ofrecen 4 alternativas y la persona debe decidir que palabra describe mejor el estado de la foto. Cada acierto puntúa un punto. A mayor puntuación mejor desempeño en la tarea.

## Medida del funcionamiento psicosocial

- **Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)** (Wing, Beevor y Curtis; 1994). Este es el instrumento elegido para evaluar el funcionamiento social de los participantes. Es un instrumento de evaluación clínica, heteroaplicado. La escala HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*), fue desarrollada por la Unidad de Investigación del Royal College of Psychiatrists y traducido al castellano por Wing, Beevor y Curtis (1998). Consiste en 12 áreas o escalas de evaluación entre las que se encuentran el funcionamiento general del paciente y las relaciones sociales, entre otras. Cada escala se puede puntuar de 0 a 4, dando una puntuación total comprendida entre 0 y 48. A mayor puntuación, mayor severidad o gravedad el paciente. Los resultados del estudio de fiabilidad y compatibilidad con otras escalas, tanto en su versión original, como en su traducción al castellano, son buenos.

Se obtuvieron los datos sociodemográficos de los tres grupos relativos a edad, sexo y años de educación formal. En el caso de los pacientes además se recogió el tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

La evaluación fue llevada a cabo en los recursos de atención y rehabilitación psicosocial de cada paciente, a los que acuden para terapia de manera habitual, por neuropsicólogas y por los psicólogos que les atienden. En el caso del grupo de pacientes la información para llevar a cabo y la HoNOS se recogió con sus terapeutas habituales y siempre referidos al funcionamiento en el momento de la exploración.



## Análisis de datos

Los análisis estadísticos de los datos se llevaron a cabo en las siguientes etapas. En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos para identificar los casos extremos (2 DT por debajo o por encima de la media), pero no fue necesario eliminar ninguno. A continuación se analiza si las variables evaluadas cumplen los criterios para aplicar las pruebas paramétricas, para ello se mide el ajuste a la distribución de la curva normal con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se mide la homogeneidad de varianzas con la prueba de Levene. Para aquellas variables que cumplen los criterios se utiliza el ANOVA de medidas independientes para analizar las diferencias entre grupos de manera global y posteriormente se hacen las comparaciones entre pares de variables con la prueba de Bonferroni. En el caso de las variables que no cumplen los criterios para utilizar las pruebas paramétricas, se utiliza la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis para observar las diferencias entre los grupos y posteriormente la U de Mann Whitney para hacer las comparaciones por pares de variables. En el caso de las variables dicotómicas se utiliza la prueba de Chi Cuadrado.

Se utiliza el ANCOVA para controlar el efecto de la variable “años de educación formal” ya que se observaron diferencias significativas entre los grupos.

Por último, para analizar la correlación entre las variables se utiliza el índice de correlación de Pearson. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19.

## Resultados

La muestra se compuso de 29 personas diagnosticadas de esquizofrenia, 14 hermanos de las personas diagnosticadas de esquizofrenia del primer grupo y 12 controles sanos. Los datos sobre las características de la muestra se reportan en la tabla 1 y la tabla 1.1. Las comparaciones entre las variables socio demográficas de los grupos encuentran diferencias significativas entre los grupos sólo en años de educación formal ( $F=14,465$ ,  $p<0,001$ ). Los pacientes diagnosticados muestran una media de 11,8 (dt 3,52) años de educación formal mientras que los hermanos tienen 16,50 (dt 4,43) y los controles 18,58 años (dt 4,56). Las diferencias estadísticamente significativas son entre pacientes y hermanos ( $t =4,672$   $p=0,002$ ) y entre pacientes y controles ( $t =6,756$   $p<0,001$ ), pero no son significativas entre los grupos control y hermanos ( $t=2,083$   $p=0,57$ ).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra.

	Pacientes (n=29)	Hermanos (n=14)	Controles (n=12)	ANOVA	
				F	Sig
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)		
Edad	44,55 (8,50)	51,57(12,37)	4511,4)	2,273	0,103
Años de educación	45 (11,4)	16,50±,( 4,43)	18,58(4,56)	14,465	<0,001
Años desde diagnóstico	18,77(8,89)	-	-	-	-
	4-34,4				

Tabla 1.1. Datos de los grupos por sexo.

		Grupo			Total
		HERMANO	ESQUIZOFRENIA	CONTROL	
SEXO	Mujer	8	13	7	27
	Hombre	6	16	5	28
Total		14	29	12	55

En el análisis de ANCOVA realizado, utilizando como covariable los años de estudio, se ha observado que esta variable no es significativa en relación con las variables de cognición social y teoría de la mente, estudiadas, por ello se indican los resultados del ANOVA y del análisis de Kruskal Wallis.

Los datos de las medias y desviaciones típicas de la muestra en cada variable se pueden ver en la tabla 2.

Los resultados del análisis estadístico de las diferencias entre grupos en Cognición social se muestran en la tabla 3. Se encuentran diferencias significativas en-

tre los tres grupos en la escala de cognición social general ( $K=20,09$   $p<0,001$ ), y en todas sus subescalas; reconocimiento emocional ( $F=11,090$   $p<0,001$ ), estilo atribucional ( $F=4,257$   $p=0,019$ ), y percepción social ( $K=14,232$   $p<0,001$ ). En la prueba de *Eyes test* se hallan también diferencias significativas para los tres grupos ( $K=32,628$   $p<0,001$ ). El Hinting Task también arroja diferencias significativas entre los tres grupos ( $K=26,958$   $p<0,001$ ). En las pruebas de falsas creencias de primer y segundo orden no se hallan diferencias entre grupos ( $\chi^2=0,887$   $p=0,642$  y  $\chi^2=3,653$   $p=0,161$ ).

Tabla 2. Datos descriptivos de los grupos en las variables de cognición social.

		Media	D.T	MEDIANA
<b>ECS GENER</b>	HERMANO	9,1429	1,65748	9
	PACIENTE	8,5862	2,07910	8
	CONTROL	11,6667	,65134	12
<b>ECS ATRI</b>	HERMANO	4,2857	1,20439	4
	PACIENTE	4,8966	1,23476	5
	CONTROL	5,5833	,66856	6
<b>ECS RECO</b>	HERMANO	1,5714	,85163	2
	PACIENTE	1,3103	,84951	1
	CONTROL	2,5833	,51493	3
<b>ECS PERCP</b>	HERMANO	3,2143	,89258	3
	PACIENTE	2,3793	1,11528	2
	CONTROL	3,6667	,65134	4
<b>INSINU</b>	HERMANO	18,71	1,64	19,5
	PACIENTE	15,21	4,03	16
	CONTROL	19,67	,65	20
<b>EYES</b>	HERMANO	25,6429	3,91461	27
	PACIENTE	20,5517	3,67021	21
	CONTROL	29,9167	1,50504	30
<b>@1° ORDEN</b>	HERMANO	,93	,27	1
	PACIENTE	,93	,26	1
	CONTROL	,93	,27	1
<b>@2° ORDEN</b>	HERMANO	,93	,27	1
	PACIENTE	,72	,45	1
	CONTROL	,92	,29	1

Tabla 3. Resultados de los análisis estadísticos en las variables de cognición social y teoría de la mente.

	ANOVA		KRUSKAL-WALLIS		$\chi^2$	
	<i>F</i>	<i>Sig</i>	<i>K</i>	<i>sig</i>	$\chi^2$	<i>sig</i>
ECS GENERAL	-		20,099	<0,001	-	
ECS ATRI	4,257	0,019	-		-	
ECS RECO	11,090	<0,001	-		-	
ECS PERC	-		14,232	<0,001	-	
INSI	-		26,958	<0,001	-	
EYES	-		32,628	<0,001	-	
1 ORDEN	-		-		0,887	0,642
2 ORDEN	-		-		3,653	0,161

Los resultados de las diferencias entre los grupos se muestran en la tabla 4. Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia muestran un rendimiento significativamente peor que el de los controles sanos en la escala de cognición social general ( $U=4,28$   $p<0,001$ ). Los hermanos de las personas diagnosticadas tiene también una ejecución significativamente peor que la del grupo control ( $U=3,61$   $p<0,001$ ), sin embargo, entre los pacientes y sus hermanos no se hallan diferencias significativas. En reconocimiento emocional las diferencias entre grupos se comportan igual que en cognición social general; los pacientes rinden significativamente peor que los controles ( $t=-1,272$   $p<0,001$ ), y los hermanos tienen una ejecución significativamente más baja que los controles ( $t=-1,011$   $p=0,006$ ). Sin embargo, las diferencias entre los hermanos y

los pacientes no son estadísticamente significativas. En estilo atribucional sólo se hallan diferencias significativas entre hermanos y controles ( $t=-1,297$   $p=0,016$ ). Los pacientes tienen un funcionamiento significativamente peor que los controles en percepción social ( $U=3,41$   $p<0,001$ ), y también que los hermanos ( $U=2,37$   $p=0,018$ ).

Tabla 4. Resultados de los análisis de comparaciones entre grupos.

	E-C	E-H	H-C
ECS GENER	*4,28(<0,001) $\eta=0,72$	,88(,38)	*3,61(<0,001) $\eta=0,63$
ECS ATRI	1,8(0,94)	1,83(0,67)	*2,97(0,004) $\eta=0,56$
ECS RECO	*3,96(<0,001) $\eta=0,7$	1,08(0,28)	*3,10(0,003) $\eta=0,55$
ECS PERC	*3,41(<0,001) $\eta=0,56$	*2,37(0,018) $\eta=0,56$	1,54(0,176)
INSIN	*4,58(<0,001) $\eta=0,56$	*3,54(<0,001) $\eta=0,46$	,11(0,176)
EYES	*5,004(<0,001) $\eta=0,9$	*3,55(<0,001) $\eta=0,64$	*3,16(<0,001) $\eta=0,67$

\*valor estadísticamente significativo. (sig)

**E**=pacientes esquizofrenia, **C**=controles, **H**=Hermanos.

Los resultados son ligeramente distintos en el Eyes Test y en el test de las Insinuaciones. El grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia tiene un rendimiento significativamente inferior al de los controles en el Test de las insinuaciones ( $U=4,58$   $p<0,001$ ) y entre los hermanos y los pacientes también se observan diferencias significativas ( $U=3,54$   $p<0,001$ ). El Eyes test

arroja diferencias significativas entre todos los grupos. Los pacientes rinden significativamente peor que controles ( $U=5,004$   $p<0,001$ ), también significativamente peor que el grupo de hermanos ( $U=3,55$   $p<0,001$ ) y los controles tiene resultados significativamente mejores que los hermanos ( $U=3,16$   $p<0,001$ ).

Tabla 5. Correlaciones entre las variables años de evolución de la enfermedad, cognición social, teoría de la mente y funcionamiento psicosocial.

	Años de evolución		HoNOS	
	<i>r</i>	<i>sig</i>	<i>r</i>	<i>sig</i>
ECS GENERAL	0,077	0,346	0,08	0,341
ECS ATRI	0,050	0,366	-0,068	0,362
ECS RECO	0,207	0,140	0,159	0,205
ECS PERC	0,12	0,475	0,146	0,225
INSI	0,088	0,324	0,187	0,166
EYES	0,002	0,495	0,237	0,108

En cuanto a la correlación de la cognición social con la tiempo desde el diagnóstico y con el funcionamiento psicosocial; se encuentra que no existe correlación significativa entre los años transcurridos desde el diagnóstico y ninguna variable de cognición social, y tampoco se encuentra ninguna correlación estadísticamente significativa entre las diferentes variables de cognición social y el funcionamiento psicosocial evaluado con la escala HoNOS. Los datos de las correlaciones se muestran en la tabla 5.

## Discusión

El presente estudio fue diseñado para analizar el papel de la cognición social en esquizofrenia y su posible concepción como un rasgo endofenotípico de la enfermedad así como el rol que desempeña en la explicación del funcionamiento psicosocial en la vida cotidiana de los pacientes.

Los grupos evaluados fueron pacientes diagnosticados de esquizofrenia, hermanos y controles sanos. Los grupos difieren entre sí en años de educación formal, pero no se encuentran diferencias significativas por sexo.

Los resultados obtenidos muestran diferencias en el rendimiento en cognición social entre pacientes y controles en todas las componentes de la cognición social salvo en estilo atribucional. Se encuentran diferencias entre los hermanos de las personas diagnosticadas de esquizofrenia y los controles en toda las escalas de cognición social, salvo en percepción social y en La teoría de la mente, evaluada con el test de las insinuaciones. Y entre hermanos y pacientes sólo se hallan diferencias en percepción social y teoría de la mente. Es decir, los pacientes y los controles difieren del grupo de población general en cognición social y entre ellos existen diferencias pero solo en dos componentes de la cognición social. Por

tanto, los hermanos presentan déficits en cognición social moderados, encontrándose más cerca del grupo de pacientes que de la población general en cuanto a su rendimiento en dicha variable. Al corregir la influencia de los años de educación formal, los resultados no varían.

En el grupo de pacientes no se encuentran diferencias significativas entre los años transcurridos desde el diagnóstico y el rendimiento en cognición social para ninguno de sus componentes. Tampoco existe correlación estadísticamente significativa entre ningún componente de la cognición social y el funcionamiento psicosocial del grupo de pacientes diagnosticados.

La primera hipótesis del presente estudio relativa a la presencia de los déficits en cognición social en hermanos de personas diagnosticadas, que se situarían en un punto intermedio entre controles y pacientes, es consistente con los resultados encontrados. Como se señala antes, los hermanos muestran diferencias significativas con los controles salvo en percepción social y en el test de las insinuaciones, además los pacientes rinden significativamente peor que los controles en todas las variables salvo estilo atribucional, por lo que, los hermanos se sitúan entre los pacientes y los controles. Sin embargo, están más cerca de los pacientes que de los controles puesto que entre hermanos y pacientes solo hay diferencia en percepción social y en teoría de la mente. Esto indica que el lugar que los hermanos ocupan, no es equidistante con respecto a los otros dos grupos como apuntan estudios previos (Comparelli et al, 2013), si no más cercano al de las personas que tiene la enfermedad. Lo que señalaría la posibilidad de concebir a los hermanos como población de alto riesgo. Además está en consonancia con estudios previos que habían encontrado

que estas dificultades en cognición social estaban presentes en hermanos como son el estudio de Comparelli et al, (2013), que encuentra que el reconocimiento de emociones en rostros está afectado en pacientes y hermanos o como el de Pomarol-Clotet et al (2010), que haya dificultades en hermanos en teoría de la mente.

En relación a la segunda hipótesis, que plantea que los déficits en cognición social permanecen estables a lo largo del curso del trastorno, se encuentra que efectivamente según los datos del presente estudio, no existe una correlación entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el déficit en ninguna de las variables de cognición social. Esto mantiene la idea de la estabilidad en las dificultades observadas que no varían a lo largo del curso de la enfermedad una vez insaturadas, tal y como también señala Eack et al (2010).

Tanto la primera como la segunda hipótesis no se ven refutadas por los actuales datos si no que se mantienen como plausibles. Ambas hacen referencia a la idea de la cognición social como un rasgo endofenotípico del trastorno que aparece en estados de alto riesgo, previos al desarrollo de la esquizofrenia y se mantiene estable a lo largo de la vida. Estos déficits podrían explicar en cierta medida algunas de las conductas observadas en esta población o incluso algunos de los síntomas propios de la enfermedad como los delirios o los sesgos atencionales por lo que parece crucial conocer si efectivamente estas dificultades en cognición social pueden observarse previas al debut del trastorno y suponer un buen predictor. Por otro lado, si realmente es un rasgo endofenotípico debe presentarse en hermanos como familiares de primer grado de las personas con esquizofrenia. Los rasgos endofenotípicos tienen un componente genético que se que si bien solo

puede confirmarse en estudios genéticos, la presencia en familiares de primer grado de personas enfermas de déficits similares a los que presentan los pacientes, son datos consistentes con la existencia del componente genético familiar. En este sentido, los familiares de primer grado que suponen una mejor población para este análisis son los hermanos de las personas diagnosticadas.

Los resultados encontrados son coherentes con la concepción de la cognición social como un rasgo endofenotípico, estable de la enfermedad.

Por último, la tercera hipótesis plantea la cognición social como una posible explicación del funcionamiento socialmente empobrecido de los pacientes diagnosticados. En el presente estudio no se encuentran datos que apoyen esta hipótesis, ya que no se observan correlaciones significativas entre funcionamiento psicosocial y ningún componente de la cognición social. Esto puede deberse a la forma de definir el funcionamiento psicosocial o a la escala de medición utilizada que en este caso fue la HoNOS, escala heteroaplicada que se centra en la red social con la que cuenta el sujeto, más que en la capacidad funcional para crearla. Esto pudo contribuir a que no aparezca esa relación con la cognición social, ya que en varios estudios se ha medido de diferentes formas y se han encontrado distintos resultados (Brekke et al, 2005; Bowie, Reichenber et al, 2006). En algunos se han centrado la evaluación de esta variable, en la idea de capacidad funcional Mancuso et al, (2004), y en otros en la red social conseguida por la persona Brekke et al, (2005), pero ambas concepciones parecen depender de factores distintos, por lo que no estarían midiendo los mismos constructos. Es importante poder determinar si efectivamente la cognición social puede explicar el funcionamien-

to psicosocial, ya que la creación de una red social de apoyo efectiva, y la capacidad de desenvolverse de manera adaptativa en el contexto social es uno de los factores de mejor pronóstico en la esquizofrenia si esto está explicado por la cognición social deficitaria en dicha población, apuntaría hacia nuevas vías de intervención y de rehabilitación psicosocial eficaces.

## Conclusiones

Se disponen de pocos estudios que evalúen la cognición social en esquizofrenia con más de una prueba de medida de esta variable para poder analizar todos los componentes de la cognición social.

Además la mayoría de las investigaciones no miden a los pacientes y a sus propios hermanos, si no que suelen utilizar muestras de hermanos no relacionadas con los pacientes evaluados. Por ello, en este estudio se aporta una importante mejora en la muestra de hermanos con respecto a otros previos.

El presente estudio encuentra datos que avalan la concepción de la cognición social como una variable endofenotípica de la esquizofrenia, que aparece en estados alto riesgo, y permanece estable a lo largo del tiempo, pudiendo suponer un buen predictor del riesgo de padecer el trastorno. Además se presentan déficits en hermanos similares a los de la población diagnosticada por lo que parece apoyarse la idea de un componente hereditario familiar.

Por otro lado, no se pueden encontrar datos que apoyen la concepción de la cognición social como base de la explicación del funcionamiento socialmente empobrecido de esta población, sin embargo, las limitaciones del actual estudio en cuanto al ta-



maño muestral y tipo de medida del funcionamiento psicosocial podrían explicar estos resultados.

Futuras investigaciones podrían ampliar los tamaños de las muestras y medir la cognición social en pacientes durante períodos de estabilidad de la sintomatología y durante períodos de crisis, así como medirla en pacientes no medicados, con el fin de confirmar que efectivamente se mantiene estable. Además sería interesante realizar los estudios genéticos apropiados para confirmar si está presente el componente hereditario familiar.

Por otro lado, sería interesante llevar a cabo estudios longitudinales para observar en qué medida los déficits en cognición social aparecen previos al debut del trastorno, en personas que finalmente desarrollan la enfermedad. Sería importante en futuros estudios utilizar otros instrumentos para evaluar el funcionamiento psicosocial y comprobar si se observa alguna relación entre este y la cognición social. Por último, en siguientes investigaciones podría relacionarse la cognición social con la capacidad intelectual, analizando si existen diferencias entre grupos en función del CI.

## Referencias

- Abdel-Hamid M, Lehmkamper C, Sonntag C, Juckel G, Daum I, Brune M. Theory of mind in schizophrenia: the role of clinical symptomatology and neurocognition in understanding other people's thoughts and intentions. *Psychiatry Research* 2009; 165(1-2): 19-26.
- Alfimova MV, Abramova LI, Barhatova AI, Yumatova PE, Lyachenko GL, Golimbet VE. Facial affect recognition deficit as a marker of genetic vulnerability to schizophrenia. *Spanish Journal of Psychology* 2009; 12: 46-55.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona, Masson; 2002.
- Bediou B, Asri F, Brunelin J, Krolak-Salmon P, D'Amato T, Saoud M, et al. Emotion recognition and genetic vulnerability to schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2007; 191:126-30.
- Bell MD, Fiszdon JM, Greig TC, Wexler BE. (2010). Social attribution test – multiple choice (SAT-MC) in schizophrenia: comparison with community sample and relationship to neurocognitive, social cognitive and symptom measures. *Schizophrenia Research* 2010; 122 (1-3) : 164-171.
- Bellack AS, Blanchard JJ, Mueser KT. Cue availability and affect perception in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22 (3) : 535-54.
- Bora E, Pantelis C. Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis, *Schizophrenia Research* 2013; 144 : 31-36.
- Bora E, Yucel M, Pantelis C. Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis. *Schizophr Res* 2009; 109:1-9.
- Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163(3) : 418-425.

- Brekke JS, Kay D, Lee K, Green MF. Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia: a path analytic model. International Congress on Schizophrenia Research, Colorado Springs ; 2005.
- Brüne M. Emotion recognition, 'theory of mind' and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research* 2005; 133: 135-147.
- Chung YS, Mathews JR, Barch DM. The effect of context processing on different aspect of social cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2010; 37(5): 1048-1056.
- Comparelli A, Corigliano V, De Carolis A, Mancinelli I, Trovini G, Ottavi G, Dehning J, Tatarelli R, Brugnoli R, Girardi P. Emotion recognition impairment is present early and is stable throughout the course of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2013; 143: 65-69.
- Corrigan PW, Penn DL. Social Cognition and Schizophrenia. Washington DC, American Psychological Association; 2001.
- Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32(S1): 44-63.
- De Achával D, Costanzo E, Villarreal M, Jáuregui I, Chiodi A, Castro M, Rodolfo F, Leiguarda R, Chu EM, Guinjoan SM. Emotion processing and theory of mind in schizophrenia patients and their unaffected first-degree relatives. *Neuropsychologia* 2012; 48: 1209-1215.
- Demirbuga S, Sahin E, Ozver I, Aliustaoglu S, Kandemir E, Varkal MD, Emul M, Ince H. Facial emotion recognition in patients with violent schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2013; 144: 142-145.
- Eack S, Mermon D, Montrose D, Miewald J, Gur R, Gur RC, et al. Social cognition deficits among individuals at familial high risk for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010; 36: 1081-8.
- Fett AK, Viechtbauer W, Dominguez MD, Penn DL, van Os J, Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2011; 35:573-88.
- Frith C.D. The cognitive Neuropsychology of Schizophrenia. Hillsdale, NY: Lawrence Earlbaum Associates; 1992.
- Green MF, Horan WP. Social cognition in schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science* 2010; 19(4) : 243-248.
- Green MF, Nuechterlein KH. Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophrenia Bulletin* 1999; 25(2) : 309-318.
- Green MF, Nuechterlein KH, Gold JM, Barch DM, Cohen J, Essock S, Fenton WS, Frese F, Goldberg TE, Heaton RK, Keefe RS, Kern RS, Kraemer H, Stover E, Weinberger DR, Zalcman S, Marder SR. Approaching a Consensus Battery for clinical trials in schizophrenia: the NIMH MATRICS conference to select cognitive domains and test criteria. *Biological Psychiatry* 2004; 56: 301-307.
- Green MF, Olivier B, Crawley JN, Penn DL, Silverstein S. Social Cognition in Schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference. *Schizophrenia Bulletin* 2005; 31: 882-887.

Kelemen O, Erdelyi R, Pataki I, Benedek G, Janka Z, Keri S. Theory of mind and motion perception in schizophrenia. *Neuropsychology* 2005; 19 (4) : 494

Hardy-Baylé MC. Organisation de l'action, phénomènes de conscience et representation mentale de l'action chez des schizophrènes. *Actualités Psychiatriques* 1994; 20: 393-400.

Lavoie MA, Plana I, Lacroix BJ, Godmaire-Duhaime F, Jackson LP, Achim AM. Social cognition in first-degree relatives of people with schizophrenia: A meta-analysis, *Psychiatry Research*; 2012.

Mancuso F, Horan WP, Kern RS, Green MF. Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophrenia Research* 2011; 125(2) : 143-151.

Meijer J, Simons CJ, Quee PJ, Verweij K, GROUP Investigators. Cognitive alterations in patients with non-affective psychotic disorder and their unaffected siblings and parents. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2012; 125: 66-76.

Penn DL, Corrigan PW, Bentall RP, Racenstein JM, Newman L. Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin* 1997; 121: 114-132.

Pomarol-Clotet E, Hynes F, Ashwin C, Bullmore ET. Facial emotion processing in schizophrenia: a non-specific neuropsychological deficit? *Psychol Med* 2010; 40:911-9.

Premack DL, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavior Brain Sciences* 1978; 1: 515-526.

Rodriguez Sosa JT, Gil SH, Trujillo CA, Winter NM, Perez LP, Cazorla GL, Jimenez JM. Cognición social en pacientes con esquizofrenia, familiares de primer grado y controles sanos. Comparación entre grupos y análisis de variables clínicas y socio demográficas relacionadas, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2013; 194: 8.

Rodríguez Sosa JT, Touriño González R. Cognición Social en esquizofrenia: una revisión del concepto. *Archivos de psiquiatría*; 2010.

Sprong M, Schothorst P, Vos E, Hox J, van Engeland H. Theory of Mind in Schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007; 191:5-13.

Vauth R, Rüsçh N, Wirtz M, Corrigan PW. Does social cognitive influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? *Psychiatry Research* 2004; 128: 155-165.

Wyer RS, Skrull TK. *Handbook of social cognition. Basic Processes. Vol 1.* Hillsdale NJ, Lawrence Earlbaum Associated Publishers; 1994.



---

## ALTERACIONES COGNITIVAS EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE: UNA REVISIÓN DE NUEVE META-ANÁLISIS

---

### **Olimpia Díaz-Mandado**

Coordinadora Mini Residencia Menni Retiro.

Línea de Rehabilitación Psicosocial, Hermanas Hospitalarias, Madrid.

Centro vinculado a la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

### **Resumen**

El estudio del estado cognitivo de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) ha cobrado relevancia por su capacidad tanto de pronosticar el rendimiento funcional, como la eficacia de las intervenciones psicosociales. Sin embargo mientras los estudios publicados se han centrado en personas con diagnósticos específicos, a la fecha no existen trabajos que comparen el grado y tipo de alteración en los procesos cognitivos en los principales diagnósticos incluidos en el TMG. Clarificar esta cuestión tendría un interés aplicado ya que permitiría mejorar tanto la evaluación como la rehabilitación en los recursos de rehabilitación psicosocial dirigidos fundamentalmente a personas con TMG. Por ello el objetivo del presente trabajo fue comparar las alteraciones cognitivas presentes en los principales diagnósticos in-

cluidos en el TMG, i.e., esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo. Tras realizar una búsqueda en la base de datos PubMed se seleccionaron nueve meta-análisis actuales sobre alteraciones cognitivas en dichos diagnósticos. Los resultados mostraron que los cuatro diagnósticos comparten alteraciones moderadas-graves en atención, memoria operativa, memoria a largo plazo, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento, mostrando tamaños del efecto moderados-altos y observándose diferencias cuantitativas en la gravedad de las alteraciones entre los diagnósticos. Las mayores diferencias entre los diagnósticos en cuanto a la gravedad de las alteraciones se observó en cognición social siendo las personas con esquizofrenia las que presentaron dificultades más graves con un tamaño del efecto alto. El diagnóstico que tuvo alteraciones cognitivas menos graves

fue el trastorno depresivo mayor mostrando tamaños del efecto moderados. Los cuatro diagnósticos compartieron alteraciones graves en control de la interferencia y flexibilidad cognitiva. Se discuten las implicaciones aplicadas para los recursos de rehabilitación así como sugerencias para futuras investigaciones.

**Palabras clave:** Procesos cognitivos, TMG, Tamaño del efecto.

## Abstract

Cognitive impairment in Severe Mental Disorders (SMD) has critical importance due to its ability to predict functional performance, as well as the efficacy of psychosocial interventions. While there are previous studies about cognitive functioning on specific diagnoses, to date no works have compared cognitive impairment between the four main diagnosis included in the SMD. Clarifying this point has clinical implications to target assessment and interventions given that the recipients of many psychosocial rehabilitation services are people with SMD. The aim of the present study was to compare cognitive performance in the main diagnoses included in the SMD, i.e., schizophrenia, bipolar disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder, by means of a review of the existing literature. The results of the nine meta-analyses found showed that the four diagnoses shared moderate-severe impairment in attention, working memory, long-term memory, executive functions, and processing speed, (medium-large effect sizes), with quantitative differences in the comparison of the severity of the deficits between diagnoses. The largest differences between diagnoses regarding deficits severi-

ty were observed in social cognition, with people with schizophrenia presenting more severe impairment with larger effect sizes. The diagnosis that had less severe cognitive deficits was major depressive disorder showing medium effect sizes. The four diagnoses shared severe impairment in control of interference and cognitive flexibility. Implications for rehabilitation and guidelines for future research are discussed.

**Key Words:** Cognitive impairment, Effect Size, Severe Mental Disorders.

## Introducción

Uno de los ámbitos de renovado interés en relación al estudio de los trastornos mentales atañe a las alteraciones cognitivas presentes en dichos trastornos. Tal interés ha venido impulsado al menos por dos motivos. En primer lugar las alteraciones cognitivas podrían ser importantes en el pronóstico funcional de las personas con trastornos mentales graves, como por ejemplo en el rendimiento laboral o el mantenimiento de una vida independiente en personas con esquizofrenia (Green et al., 2000; Green, Kern y Heaton, 2004). En segundo lugar diferentes trabajos han abordado la potencial limitación que las alteraciones cognitivas tendrían en la adquisición de resultados tras las intervenciones psicosociales (Kurtz, 2011). Así por ejemplo se ha demostrado que los resultados de los programas integrales de rehabilitación en personas con esquizofrenia podrían depender en gran medida de procesos cognitivos como la memoria o la cognición social (Brekke et al., 2007; Kurtz et al., 2008; Prouteau et al., 2005) por lo que los déficits en dichos procesos podrían reducir los beneficios terapéuticos de dichas intervenciones.

En los últimos años se han publicado numerosos estudios describiendo los procesos cognitivos que se muestran alterados en personas con diagnósticos específicos como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Sin embargo dichos estudios no permiten generalizar sus resultados a la población de personas con TMG, un colectivo formado por individuos con diferentes diagnósticos fundamentalmente esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo (AEN, 2012). Así mientras algunos meta-análisis recientes han comparado el desempeño neuropsicológico entre dos diagnósticos, i.e, esquizofrenia y trastorno bipolar (Bartolato et al., 2015), a día de hoy ninguno de los trabajos publicados ha comparado el desempeño en los diferentes procesos cognitivos en los cuatro diagnósticos fundamentales que incluye el TMG. La ausencia de datos comparativos entre dichos diagnósticos impediría conocer si hay procesos cognitivos que están alterados solo en unos diagnósticos y no en otros o si todos los diagnósticos incluidos en el TMG comparten alteraciones en los mismos procesos cognitivos pero presentan diferencias de tipo cuantitativo o de grado (Sánchez et al., 2011). Clarificar esta cuestión tendría un interés aplicado para los recursos de rehabilitación, dirigidos a personas con TMG y por tanto con diferentes diagnósticos. Así el análisis comparativo de los procesos cognitivos alterados en los diferentes diagnósticos permitiría, en primer lugar, dirigir la evaluación de forma específica a los procesos cognitivos que se encuentran alterados en cada uno de los diagnósticos. En segundo lugar, facilitaría el diseño de programas de estimulación y rehabilitación cognitiva centrados en los procesos cognitivos alterados. En tercer lugar podría maximizar la eficacia de las intervenciones psicosociales,

bien dirigiendo dichas intervenciones a participantes con determinados perfiles cognitivos, o bien adaptando la metodología de la intervención al nivel de rendimiento de los participantes.

El objetivo del presente trabajo fue identificar y comparar las alteraciones cognitivas presentes en los diferentes trastornos que se agrupan bajo el concepto de TMG con el fin último de mejorar las intervenciones en este colectivo. Para ello se revisaron diferentes meta-análisis actuales sobre alteraciones cognitivas presentes en personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo comparando el tamaño del efecto de los distintos dominios cognitivos reportados en dichos trabajos.

## Método

Se realizó una búsqueda en la base de datos PubMed utilizando las siguientes palabras clave: (Schizophrenia OR Depression OR Bipolar OR Obsessive-compulsive) AND (Impairment OR Functioning OR Performance) AND (Cognitive OR Neurocognitive OR Neuropsychological) AND (Meta-analysis). Los estudios se incluyeron si cumplían los siguientes criterios: (1) Uso de la metodología del meta-análisis, (2) que incluyera estudios que compararan el desempeño cognitivo de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor o trastorno obsesivo compulsivo con controles no diagnosticados; (3) que reportaran el tamaño del efecto en el desempeño de pruebas neuropsicológicas clásicas, (4) publicados en revistas internacionales, (5) entre el año 2010 y el año 2016.

Los datos extraídos de los meta-análisis incluyeron: (1) características del estudio

(muestra y pruebas neuropsicológicas); (2) resultados en relación al tamaño del efecto.

La selección de meta-análisis versus revisiones no sistemáticas obedeció a la utilidad de dicha metodología para revisar, integrar y analizar grandes volúmenes de resultados de investigación (Botella y Gambará, 2006). Para el análisis de los resultados se utilizó el tamaño del efecto en diferentes pruebas de evaluación neuropsicológica reflejando la magnitud de las diferencias de las personas diagnosticadas, respecto a los controles sanos o no diagnosticados en una escala de medida comparable. Para describir el tamaño del efecto se consideraron los criterios orientativos de Cohen (1988) donde un tamaño menor de 0,3 indica un efecto bajo, alrededor de 0,5 un efecto moderado y mayor de 0,8 un efecto alto.

## Desarrollo y discusión

### Resultados de la búsqueda bibliográfica y descripción de los estudios

Fueron seleccionados nueve meta-análisis sobre alteraciones cognitivas presentes en personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo (Bora, 2013; Chan, Li, Cheung y Gong, 2010; Mann-Wrobel, Carreno y Dickinson, 2011; Plana, Lavoie, Battaglia y Achim, 2014; Rock, Roiser, Riedel y Blackwell, 2013; Samame, Martino y Strejilevich, 2012; Schaefer, Giangrande, Weinberger y Dickinson, 2013; Shin, Lee, Kim y Kwon, 2014; Savla, et al., 2013).

Con el objetivo de recopilar el mayor número de resultados, se seleccionó un mínimo de dos meta-análisis sobre las alteraciones cognitivas en cada uno de los cuatro diag-

nósticos. En primer lugar tres meta-análisis revisaron estudios cuyas muestras estaban formadas por personas con esquizofrenia (Chan et al., 2010; Savla et al., 2013; Shaefer et al., 2013). Mientras Shaefer et al., (2013) revisó 100 estudios sobre las alteraciones en los diferentes procesos cognitivos, el trabajo de Savla et al., (2013) revisó 112 estudios sobre alteraciones en diferentes componentes de la cognición social y Chan et al., (2010) se centró específicamente en 28 trabajos sobre las alteraciones en percepción social. En segundo lugar dos de los meta-análisis revisaron estudios sobre alteraciones cognitivas en personas con trastorno depresivo mayor (Bora et al., 2013; Rock et al., 2013). Así mientras en el trabajo de Bora et al., (2013) los 27 estudios revisaron tuvieron muestras formadas por pacientes en fase eutímica, en el trabajo de Rock et al., (2013) los 24 estudios incluían pacientes con depresión en diferentes fases del trastorno. En tercer lugar dos meta-análisis revisaron estudios sobre alteraciones cognitivas en personas con trastorno bipolar (Mann-Wrobel et al., 2011; Samamé et al., 2012). Así mientras Mann-Wrobel et al. (2011) revisó 28 estudios sobre alteraciones en diferentes procesos cognitivos, Samamé et al. (2012) revisó 65 estudios sobre alteraciones en cognición social en personas con trastorno bipolar. Por último dos de los meta-análisis revisaron estudios sobre alteraciones cognitivas en personas con trastorno obsesivo-compulsivo (Plana et al., 2014; Shin et al., 2014). Concretamente el trabajo de Shin et al.,(2014) revisó 88 estudios sobre alteraciones en diferentes procesos cognitivos mientras el trabajo de Plan et al., (2014) revisó 14 estudios sobre alteraciones en cognición social.

Los nueve meta-análisis reportaron resultados sobre alteraciones en diferentes



procesos cognitivos concretamente sobre atención, memoria operativa, memoria a largo plazo y funciones ejecutivas así como en velocidad de procesamiento y cognición social. Destacar que no se encontraron meta-análisis sobre cognición social en personas con trastorno depresivo mayor. Igualmente a diferencia de otros procesos cognitivos, en la revisión no se encontraron meta-análisis sobre las alteraciones del lenguaje en los diferentes diagnósticos incluidos en el TMG.

### Comparación del tamaño del efecto en el desempeño de las pruebas neuropsicológicas entre los diagnósticos.

La Tabla 1 muestra un resumen de los datos aportados sobre el tamaño del efecto en el desempeño de las pruebas neuropsicológicas en los cuatro diagnósticos según los diferentes meta-análisis considerados (Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Plana et al., 2014; Rock et al., 2013; Samame et al., 2012; Savla, Vella, Armstrong, Penn y Twamley, 2013; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014). Con el objetivo de ilustrar gráficamente la magnitud de las diferencias entre controles no diagnosticados y pacientes con diferentes diagnósticos, la Figura 1 muestra el desempeño en algunas tareas neuropsicológicas clásicas (Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014).

Tabla 1. Magnitud de las diferencias (tamaño del efecto) entre controles no diagnosticados y pacientes

Procesos cognitivos		Pruebas empleadas
<b>Atención</b>	Atención sostenida	<i>CPT, Digit symbol, RVIP</i>
	Control de la interferencia	<i>Stroop PC</i>
<b>Memoria operativa</b>	Mantenimiento inf. verbal	<i>Dígitos directos</i>
	Mantenimiento inf. visual	<i>Span visual directos, Cubos de corsi</i>
	Manipulación inf.	<i>Dígitos inversos, Letras y Números, N-back</i>
<b>Memoria Largo Plazo</b>	Memoria episódica	<i>Listas de palabras, Verbal Learning Test</i>
		<i>Recuerdo de historias</i>
		<i>Reconocimiento de palabras</i>
	Memoria semántica	<i>Tareas de fluidez verbal</i>
	Memoria espacial	<i>TFCR, Spatial Recognition Memory</i>
<b>Funciones ejecutivas</b>	Flexibilidad cognitiva	<i>TMT-B</i>
		<i>WCST, IEDSS</i>
	Planificación	<i>Mapa del Zoo, Torre de Londres y Torre de Hanoi, TFCR</i>
<b>Velocidad de procesamiento</b>		<i>Digit Symbol, TMT-A, Stroop-C</i>
		<b>Pruebas empleadas</b>
<b>Cognición social</b>	Percepción de emociones	<i>The Face Emotion Identification Test</i>
	Teoría de la mente	<i>Prueba de falsas creencias, tareas de mentalización</i>
	Estilo atribucional	<i>IPSAQ</i>
	Percepción social	<i>Profile of Nonverbal Sensitivity</i>
	Conocimiento social	<i>Situational Feature Recognition Test</i>

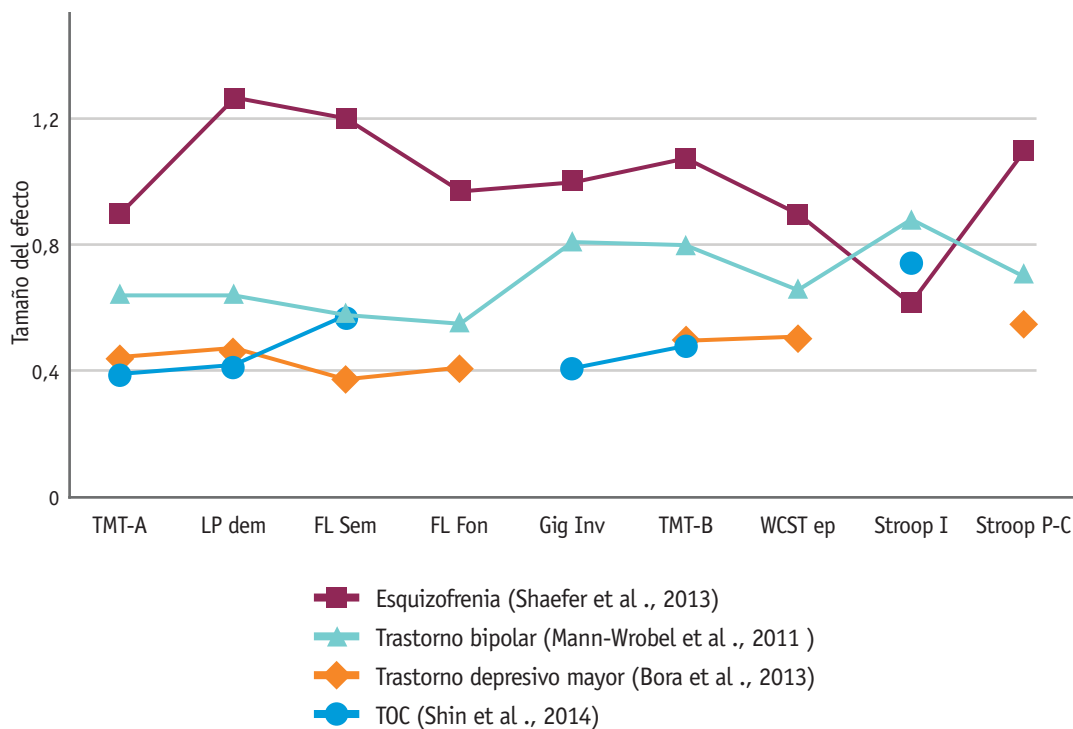
*Nota:* **ESQ:** Esquizofrenia; **TB:** Trastorno bipolar; **TDM:** Trastorno depresivo mayor; **TOC:** Trastorno Obsesivo Compulsivo; \* tamaño del efecto bajo <0,3; \*\* tamaño del efecto moderado 0,3-0,8; \*\*\* tamaño del efecto alto >0,8; - (no descrito); **n.s.** (no diferencia con controles sanos); **1:** solo información visual, en información verbal no muestran diferencias significativas; **inf.:** información; **CPT:** Continuos Performance Test; **RVIP:** Rapid Visual

con diferentes diagnósticos durante el desempeño de las pruebas neuropsicológicas

ESQ Schaefer et al., (2013)	TB Mann-Wrobel et al., (2011)	TDM Bora et al., (2013); Rock et al., (2013)	TOC Shin et al.,(2014)
***	**	**	**
***	***	***	***
**	**	**	n.s.
**	-	-	**
***	***	**	**1
***	**	**	**
***	***	-	-
**	**	n.s.	n.s.
***	**	**	**
***	**	**	***
***	***	**	**
***	***	**	***
***	**	**	***
***	**	**	**
ESQ Chan et al., (2010) Savla et al., (2013)	TB Samamé et al., (2012)	TDM	TOC Plana et al., (2014)
***	*	-	*
***	***	-	*
n.s.	-	-	**
***	-	-	-
**	-	-	-

Information Processing; **Stroop PC**: Test de colores y palabras Stroop condición Palabra-Color; **TMT-B**: Trail Making Test parte B; **TMT-A**: Trail Making Test parte A; **WCST**: Wisconsin Card Sorting Test; **IEDSS**: Tarea de cambio Intra-Extra Dimensional; **TFCR**: Test de la Figura Compleja de Rey; **IPSAQ**: The Internal, Personal, and Situational Attributions Questionair.

Figura 1. Gráfico de alteraciones de conducta de los usuarios por frecuencia y gravedad.



A continuación se revisarán algunos de los principales resultados derivados de los diferentes trabajos agrupando éstas en función de los diferentes procesos cognitivos reportados.

## Atención

La revisión de los meta-análisis indicaría que las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo presentarían importantes alteraciones en la atención, mostrando tamaños del efecto moderados-altos. Mientras que las personas con esquizofrenia mostraron dificultades importantes

para mantener la atención sobre una tarea durante periodos prolongados de tiempo con un tamaño del efecto alto, esta dificultad también caracterizó, aunque con menor intensidad, el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor y el trastorno obsesivo compulsivo que mostraron tamaños del efecto moderado (ver Tabla 1). De hecho las personas con esquizofrenia o con trastorno obsesivo compulsivo tienden a mostrar un pobre desempeño en tareas que requieren atención sostenida como el Test de Ejecución Continua o Continuous Performance Test (Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014). Igualmente las personas con trastorno bipolar y con trastorno depresivo mayor pre-

sentaron un pobre desempeño en atención sostenida (medida con pruebas como Clave de números o Rapid Visual Information Processing; Mann-Wrobel et al., 2011; Rock et al., 2013). Como puede observarse en la Figura 1 todos los diagnósticos considerados mostraron importantes alteraciones en el control de la interferencia en comparación con la población no diagnosticada, con un tamaño del efecto moderado-alto (según el Test de Stroop en la condición palabra-color; Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014). Específicamente, en comparación con otras pruebas de evaluación, la condición interferencia del test de Stroop fue una de las que se observaron mayores diferencias entre las personas con trastorno bipolar versus grupo control (Mann-Wrobel et al., 2011).

## Memoria

### Memoria operativa o de trabajo

Las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo presentaron déficit importantes en la memoria operativa mostrando tamaños del efecto moderados-altos. Así presentarían un desempeño deficitario tanto en las pruebas que evalúan el mantenimiento de la información y las relacionadas con la manipulación de dicha información (ver Tabla 1). En primer lugar, las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor presentaron alteraciones en el mantenimiento de la información verbal en comparación con los controles no diagnosticados con un tamaño del efecto moderado (según la prueba de Dígitos Directos; Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013). Las personas con trastorno obsesivo compulsivo no se

diferenciaron de los controles no diagnosticados en el mantenimiento de la información verbal (según la tarea de Dígitos Directos; Shin et al., 2014). En segundo lugar las personas con esquizofrenia y con trastorno obsesivo compulsivo evidenciaron alteraciones en el mantenimiento de la información visual en comparación con los controles no diagnosticados presentando un tamaño del efecto moderado (según las pruebas de Span visual directos o la tarea de Cubos de Corsi; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014). Por último como puede observarse en la Figura 1, las personas con esquizofrenia y trastorno bipolar mostraron importantes dificultades, con un tamaño del efecto alto, en la manipulación de la información (medida con la tarea de Dígitos inversos, la prueba de Letras y Números o la prueba N-back; Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013). Las personas con trastorno depresivo mayor tendrían dificultades en la manipulación de la información pero en menor medida, mostrando un tamaño del efecto moderado, y las personas con trastorno obsesivo compulsivo no tendrían dificultad en manipular información de tipo verbal pero sí visoespacial en las que mostrarían tamaños del efecto moderados (Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014).

### Memoria a largo plazo

Las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo presentaron alteraciones importantes en la memoria explícita, concretamente en la memoria episódica, semántica y espacial mostrando tamaños del efecto moderados-altos. Sin embargo la memoria implícita concretamente la denominada memoria procedimental, relacionada con la habilidad para aprender habilidades psi-

comotoras, estaría relativamente preservada (Vargas, Sanz y López-Luengo, 2010). Los meta-análisis reportaron datos sobre las alteraciones en la memoria episódica, memoria semántica y memoria espacial en los diferentes diagnósticos como se expondrá a continuación. En primer lugar los resultados de la revisión mostraron que los cuatro diagnósticos compartieron alteraciones en la memoria episódica aunque se observaron diferencias en la gravedad de dicha alteración (ver Tabla 1). Así las personas con esquizofrenia presentaron alteraciones importantes en la memoria a largo plazo episódica mostrando un tamaño del efecto alto (medida con tareas verbales como Lista de palabras, Verbal Learning Test o Recuerdo de Historias). Sin embargo el reconocimiento de material verbal no estuvo tan alterado como el recuerdo demorado presentando en este tipo de tareas tamaños del efecto moderados (Schaefer et al., 2013). Las personas con trastorno bipolar presentaron alteraciones importantes en la memoria a largo plazo episódica con material verbal, realizando sustancialmente peor tareas de recuerdo demorado de historias con un tamaño del efecto alto y también de recuerdo demorado de lista de palabras aunque con un tamaño del efecto moderado (Mann-Wrobel et al., 2011). Las personas con trastorno depresivo mayor y con trastorno obsesivo compulsivo presentaron dificultades en la memoria episódica, mostrando un tamaño del efecto moderado en tareas que supongan el recuerdo demorado de listas de palabras aunque cabe destacar que no tuvieron dificultades relevantes en el reconocimiento de palabras, donde no presentaron diferencias significativas con los controles no diagnosticados (Bora, 2013; Shin et al., 2014). En segundo lugar el análisis de los resultados de la revisión mostró que los cuatro diagnósticos compartieron al-

teraciones en memoria semántica, siendo las alteraciones más graves las que presentaron las personas con esquizofrenia con un tamaño del efecto alto (según tareas de fluidez verbal; Schaefer et al., 2013). Las personas con trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo también presentaron dificultades aunque moderadas en memoria semántica. Destacar que el tamaño del efecto fue mayor para tareas de fluidez semántica que en otras tareas de fluidez verbal, como en fonemas, en todos los diagnósticos excepto en el trastorno obsesivo compulsivo donde el desempeño estuvo alterado de forma similar en ambos tipos de fluidez verbal (Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014). En tercer lugar los resultados de la revisión mostraron que los cuatro diagnósticos compartieron alteraciones en memoria espacial, siendo las personas con esquizofrenia y con trastorno obsesivo-compulsivo las que presentaron las alteraciones más graves (según tareas de recuerdo demorado de figuras y recuerdo inmediato de la Figura Compleja de Rey; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014). Las personas con trastorno bipolar y trastorno depresivo presentaron déficit en memoria espacial aunque con un tamaño del efecto moderado (Mann-Wrobel et al., 2011; Rock et al., 2013).

## Funciones ejecutivas

Las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo presentaron alteraciones importantes en los diferentes componentes de las funciones ejecutivas tales como la flexibilidad cognitiva y la planificación mostrando tamaños del efecto moderados-altos (ver Tabla 1). En primer lugar los resultados de la revisión mostraron que los

cuatro diagnósticos tuvieron importantes dificultades en la flexibilidad cognitiva, siendo este un componente implicado en el inicio, mantenimiento y cambio entre las acciones planificadas (Lezak, 1982). A este respecto en los trabajos revisados las personas con esquizofrenia y con trastorno bipolar mostraron un desempeño sustancialmente peor que los controles no diagnosticados en tareas que implicaban flexibilidad cognitiva como en la parte B del TrailMaking Test con un tamaño del efecto alto (ver Figura 1; Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013). Las personas con trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo también presentaron un peor desempeño en tipo de pruebas aunque más leve, mostrando un tamaño del efecto moderado (Bora, 2013; Shin et al., 2014). Los tres diagnósticos considerados, excepto el trastorno depresivo mayor, presentaron un mayor número de errores perseverativos en el Wisconsin Card Sorting Test en comparación con la población no diagnosticada mostrando tamaños del efecto moderados-altos (Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014). Pese a que las personas con trastorno depresivo mayor no presentaron diferencias significativas en el porcentaje de errores perseverativos en el Wisconsin Card Sorting Test (Bora, 2013) si mostraron un desempeño deficitario en una tarea análoga, denominada tarea de cambio Intra-Extra dimensional, mostrando un tamaño del efecto moderado (Rock et al., 2013). En segundo lugar los resultados de la revisión mostraron que los cuatro diagnósticos presentaron alteraciones en la capacidad de planificación siendo las alteraciones más graves las que presentaron las personas con esquizofrenia y con trastorno obsesivo compulsivo mostrando un tamaño del efecto alto. Así las personas con esquizofrenia tuvieron un peor desempe-

ño en tareas como el Mapa del Zoo (Schaefer et al., 2013), considerado un test prototípico de planificación aunque también se ha asociado a la capacidad para establecer de metas. En relación a las personas con trastorno obsesivo-compulsivo cabe destacar que las mayores diferencias en el desempeño en comparación con los controles no diagnosticados, se observaron en la capacidad de planificación en comparación con otros componentes y procesos cognitivos (medidas mediante la Torre de Londres y la Torre de Hanoi así como en las estrategias de organización utilizadas en la reproducción del Test de la Figura Compleja de Rey; Shin et al., 2014). Las personas con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor también presentaron dificultades en la capacidad de planificación aunque en menor grado que las personas con esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo. Concretamente las personas con trastorno bipolar mostraron tamaños del efecto moderados en el desempeño de pruebas que implican la solución de problemas preceptuales como la copia de figuras o el diseño de bloques (Mann-Wrobel et al., 2011). Las personas con trastorno depresivo mayor desempeñaron peor pruebas que implican planificación como Stockings of Cambridge, una prueba derivada de la Torre de Londres (Rock et al., 2013). La toma de decisiones no se mostró alterada en las personas con trastorno bipolar según fue medida por la prueba de Iowa Gambling Task en la que mostraron un desempeño similar a los controles no diagnosticados (Samame et al., 2012).

## Velocidad de procesamiento

Las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo presentaron alte-

raciones en la velocidad de procesamiento, siendo las más graves las de las personas con esquizofrenia con un tamaño del efecto alto (ver Tabla 1). Concretamente las personas con esquizofrenia mostraron un peor desempeño en tareas como Clave de números, en la parte A del Trail Making Test y en la condición de denominación de colores del Test de Stroop, mostrando un tamaño del efecto alto (Schaefer et al., 2013). Igualmente las personas con trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo fueron significativamente más lentas en el desempeño de estas pruebas en comparación con la población no diagnosticada aunque su rendimiento no se mostró tan alterado como en las personas con esquizofrenia, mostrando un tamaño del efecto moderado (ver Figura 1; Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Shin et al., 2014).

## Cognición social

Las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno obsesivo compulsivo presentaron déficit específicos en cognición social aunque la diferencia de la gravedad en estos déficits entre los diagnósticos fue mayor que en los procesos cognitivos revisados con anterioridad. Concretamente los déficits en la cognición social fueron mayores y más generalizados en las personas con esquizofrenia (ver Tabla 1).

En primer lugar los resultados de la revisión mostraron que los tres diagnósticos compartieron alteraciones en la percepción de emociones. Sin embargo mientras en las personas con esquizofrenia las dificultades en la percepción de emociones fueron graves, mostrando un tamaño del efecto alto, en el resto de diagnósticos se observaron dificultades leves con un tamaño del efecto bajo en dicho componente de la cogni-

ción social (Ver Tabla 1). Concretamente las personas con esquizofrenia mostraron dificultades importantes en la percepción de emociones faciales así como en la identificación y discriminación de las diferentes emociones en comparación con controles no diagnosticados mostrando un tamaño del efecto alto (Chan et al., 2010; Savla et al., 2013). Las dificultades en el procesamiento de emociones también se observaron en la percepción de la prosodia emocional, es decir el tono emocional de la voz, aspecto fundamental en la identificación de las emociones y las intenciones de los demás, que contribuye a nuestra comprensión de lo que se conoce como el significado pragmático del discurso. La percepción de la prosodia emocional estaría alterada en las personas con esquizofrenia, con un tamaño del efecto alto, encontrándose esta alteración en estados tempranos del trastorno (Hoekert et al., 2007). Las personas con trastorno bipolar también presentaron alteraciones en el reconocimiento de emociones en comparación con los controles no diagnosticados, aunque estas alteraciones fueron sustancialmente más leves que en las personas con esquizofrenia, mostrando un tamaño del efecto bajo (Samame et al., 2012). Las personas con trastorno obsesivo compulsivo mostraron alteraciones leves o un tamaño del efecto bajo en comparación con los controles tanto en la percepción, identificación y discriminación de expresión emocionales faciales como la prosodia emocional (Plana et al., 2014).

En segundo lugar los resultados de la revisión mostraron que mientras las personas con esquizofrenia y con trastorno bipolar presentaron alteraciones importantes en la teoría de la mente, con un tamaño del efecto moderado-alto, dichas alteraciones fueron leves en las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (Samame et al., 2012; Savla



et al., 2013). Así las personas con trastorno obsesivo compulsivo mostraron un tamaño del efecto bajo en el desempeño de tareas de mentalización en las que los participantes tienen que atribuir estados mentales, es decir, emociones, intenciones, creencias o deseos a una persona en un contexto concreto (Plana et al., 2014).

En tercer lugar los resultados de la revisión mostraron que las personas con trastorno obsesivo-compulsivo tuvieron alteraciones en su estilo atribucional a diferencia de las personas con esquizofrenia que no presentaron alteraciones en ese componente de la cognición social. Concretamente las personas con trastorno obsesivo compulsivo mostraron un estilo atribucional más negativo o depresivo que los controles no diagnosticados con un tamaño del efecto moderado (Plana et al., 2014). Sin embargo en el meta-análisis realizado por Savla et al., (2013) no se encontraron diferencias significativas en los sesgos atribucionales entre las personas con esquizofrenia y los controles no diagnosticados en los cinco estudios revisados, ni siquiera cuando realizaron análisis separados con los estudios que incluían personas con delirios persecutorios.

En cuarto lugar los trabajos han evaluado la percepción social definida como la capacidad para identificar los roles, normas sociales y el contexto social así como el conocimiento social que se refiere a la conciencia de los roles, normas y objetivos que caracterizan las situaciones sociales y orientan las interacciones (Green et al., 2008). Tanto la percepción como el conocimiento social serían elementos necesarios en la capacidad de regular la conducta ante los aspectos descriptivos del contexto o los resultados de las acciones o estímulos que percibimos (Ochsner, 2008). Las personas con esquizofrenia mostraron alteraciones importantes en la

percepción social en comparación con controles no diagnosticados, con un tamaño del efecto alto. Las personas con esquizofrenia igualmente presentaron alteraciones, aunque en menor medida, en el conocimiento social mostrando un tamaño del efecto moderado (Savla et al., 2013).

## Conclusiones

El objetivo del presente trabajo fue identificar y comparar las alteraciones cognitivas presentes en los diferentes trastornos que se agrupan bajo el concepto de TMG, i.e., esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo con el fin de mejorarlas intervenciones en este colectivo. Para ello se revisaron nueve meta-análisis actuales sobre alteraciones en procesos cognitivos, velocidad de procesamiento y cognición social presentes en personas con los diagnósticos mencionados para extraer conclusiones sobre el funcionamiento cognitivo que podrían caracterizar a este colectivo.

A la luz de los resultados de la revisión, podría afirmarse que las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo-compulsivo compartirían la presencia de alteraciones importantes en los procesos cognitivos revisados y en la velocidad de procesamiento. Concretamente en los cuatro diagnósticos se observarían alteraciones, que irían de moderadas a graves, en la atención, la memoria operativa, la memoria a largo plazo y las funciones ejecutivas. Igualmente todos los diagnósticos compartirían importantes alteraciones en la velocidad de procesamiento. Las alteraciones observadas en la velocidad de procesamiento podría explicar los déficits observados en otros procesos ya que un

adecuado funcionamiento cognitivo depende a menudo en cómo de rápido dichos mecanismos son implementados (Ríos-Lago y Perriñez, 2010). En cuanto a la gravedad de las alteraciones en los procesos cognitivos cabe destacar que esta no sería la misma en los cuatro diagnósticos. Mientras los procesos cognitivos más alterados se observarían en las personas con esquizofrenia, dichos procesos aparecerían también alterados de forma general en el resto de diagnósticos aunque en menor gravedad. Es decir, en consonancia con Sánchez et al., (2011), los resultados mostraron que las diferencias entre las alteraciones cognitivas en la esquizofrenia en comparación con otros TMG serían fundamentalmente de tipo cuantitativo o de grado. A este respecto cabría especificar varias cuestiones. En primer lugar, la mayor diferencia en cuanto a gravedad de las alteraciones entre los diagnósticos se observarían en cognición social. Así mientras las personas con esquizofrenia presentarían alteraciones importantes en ciertos componentes de la cognición social, como la percepción de emociones, dichas alteraciones serían leves en el resto de diagnósticos. El único componente donde compartirían gravedad en la alteración sería en teoría de la mente donde personas con esquizofrenia y trastorno bipolar presentarían alteraciones importantes. En segundo lugar el diagnóstico que de forma global presentaría menos alteraciones en los procesos cognitivos sería el trastorno depresivo mayor, con alteraciones en su mayoría moderadas. Es decir pese a que el desempeño en los procesos cognitivos de las personas con trastorno depresivo mayor sería deficitario, este desempeño no estaría tan alejado del que tendrían los controles no diagnosticados en comparación con en el resto de diagnósticos. En tercer lugar pese a las diferencias en la gravedad

de las alteraciones cognitivas entre diagnósticos se identificaron dos componentes cognitivos donde los cuatro diagnósticos compartieron el mismo nivel de gravedad. Así los cuatro diagnósticos presentarían una alteración grave en el control de la interferencia, un componente de la atención. Igualmente todos los diagnósticos, excepto el trastorno depresivo mayor, compartirían alteraciones graves en la flexibilidad cognitiva, un componente de las funciones ejecutivas. Sin embargo, y dado que, por un lado, las pruebas que suelen ser empleadas para la evaluación de estos procesos cognitivos (i.e., Stroop PC y Trail Making Test B) serían también sensibles a las alteraciones en la velocidad de procesamiento (la variable dependiente evaluada depende del tiempo de ejecución), y dado que la velocidad de procesamiento también se mostró alterada de forma generalizada en los cuatro diagnósticos considerados, estos resultados deben ser tomados con cautela a la espera de pruebas cognitivas análogas libres del influjo de la velocidad de procesamiento.

Cabe destacar que no todas las operaciones necesarias en los procesos cognitivos analizados resultarían alteradas en los cuatro diagnósticos considerados. Concretamente este sería el caso del mantenimiento de la información verbal, implicado en la memoria operativa, que no se mostraría alterado en las personas con trastorno obsesivo compulsivo. Igualmente ocurriría con el reconocimiento de palabras, implicado en la memoria episódica, en el que las personas con trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo no mostrarían déficit en comparación con los controles no diagnosticados. Por últimos en relación a la cognición social, las personas con esquizofrenia no mostrarían déficits en el estilo atribucional en comparación con los controles no diagnosticados.

Pese a que los datos del presente trabajo serían representativos de los diagnósticos de TMG como grupo, no debe ignorarse el hecho que las alteraciones cognitivas no se presentarían en todas las personas diagnosticadas. Por ejemplo algunos estudios muestran que entre el 15 y 30% de las personas con esquizofrenia y hasta un 40% de las personas con trastorno bipolar presentarían un funcionamiento cognitivo dentro de la normalidad (Burdick et al., 2014; Palmer, Dawes y Heaton, 2009)

Los resultados del presente trabajo tendrían implicaciones de carácter aplicado para los recursos de atención a las personas con TMG. Por un lado, los resultados sugieren la conveniencia de evaluar de forma específica los procesos cognitivos que se han observado alterados en los cuatro diagnósticos incluidos en el TMG. Así los protocolos de evaluación cognitiva en personas con TMG podrían incluir pruebas específicas para evaluar atención, memoria operativa y memoria a largo plazo, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento. Por otro lado los resultados indicarían la necesidad de dirigir los programas de estimulación y rehabilitación cognitiva a dichos procesos cognitivos alterados en los cuatro diagnósticos incluidos en el TMG. Igualmente los resultados del presente trabajo señalarían la conveniencia de dirigir los programas de entrenamiento en cognición social fundamentalmente a personas con esquizofrenia ya que serían las que presentarían las mayores alteraciones. Por último considerando que el éxito de las intervenciones psicosociales podrían depender de procesos cognitivos alterados en el TMG como la memoria o la cognición social (Kurtz, 2011) sería recomendable bien adaptar el perfil de los participantes a dichas intervenciones, bien adaptar la metodología empleada según las demandas cognitivas de

las mismas para maximizar la consecución de resultados.

El presente trabajo presenta limitaciones que han de ser consideradas. En primer lugar se han revisado los cuatro diagnósticos incluidos en el TMG, i.e., esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo (AEN, 2012). Sin embargo dado que el concepto TMG se define considerando otras dimensiones a parte de la dimensión diagnóstica, la generalización de los resultados del presente trabajo debería realizarse con cautela. Así la dimensión diagnóstica es una de las tres dimensiones propuestas para definir el TMG siendo complementada con la dimensión duración o tiempo de evolución del trastorno y la dimensión discapacidad o alteraciones moderadas-severas en el funcionamiento personal, social y familiar (NIMH, 1987). Es decir, tener un determinado diagnóstico como por ejemplo esquizofrenia no conllevaría necesariamente que se cumplan los criterios de discapacidad y duración que definen el TMG (Ruggeri et al., 2000). Si bien los meta-análisis revisados sobre las alteraciones cognitivas en esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno obsesivo compulsivo reportaron los años de evolución del trastorno propios de los TMG (13, 15 y 12 años respectivamente; Shaefer et al., 2013; Mann-Wrobel et al., 2012; Shin et al., 2014) los meta-análisis sobre alteraciones cognitivas en trastorno depresivo mayor no reportaron la información sobre la duración del trastorno y ninguno de los trabajos reportaron información sobre las alteraciones funcionales de los participantes. Es decir, se desconoce si toda la muestra de forma global o solamente parte de la misma cumpliría las tres dimensiones de TMG. Sería recomendable que futuros meta-análisis revisaran estudios cuyas muestras estuvieran formadas

por personas que cumplieran los criterios de TMG atendiendo a las tres dimensiones mencionadas. En segundo lugar, pese a que se han considerado los principales procesos cognitivos no se han reportado datos sobre los procesos cognitivos asociados al procesamiento lingüístico. A diferencia de otros procesos cognitivos, no hay disponibles meta-análisis sobre las alteraciones del lenguaje en los diferentes diagnósticos incluidos en el TMG. Mientras los datos aportados por dos revisiones han evidenciado alteraciones específicas en el lenguaje en personas con esquizofrenia, fundamentalmente en su dimensión pragmática (Covington et al., 2005; Radanovic, Sousa, Valiengo, Gattaz y Forlenza, 2013) la ausencia de datos de revisión sobre alteraciones tanto en comprensión como producción del lenguaje en otros diagnósticos dificultaría la comparación entre dichas alteraciones. En tercer lugar, los meta-análisis sobre alteraciones en cognición social no han aportado información sobre el desempeño en los diferentes componentes de la cognición social como el estilo atribucional y la percepción y conocimiento social lo que ha dificultado la comparación de las alteraciones en cognición social entre los diagnósticos. Si bien actualmente no existe un único modelo teórico holístico y detallado sobre la cognición social (Sánchez-Cubillo, Tirapu-Ustárriz y Adrover-Roig, 2012) sería necesario la evaluación específica de los diferentes componentes de la cognición social en los principales diagnósticos del TMG. Igualmente en la revisión no se encontró ningún meta-análisis sobre la cognición social en personas con trastorno depresivo mayor por lo que solo se pudo comparar los datos de cognición social entre tres de los diagnósticos incluidos en el TMG.

De cualquier forma, futuros trabajos deberán considerar los datos procedentes de los

estudios longitudinales sobre la evolución de las alteraciones cognitivas en el TMG. En particular, algunos de los recientes trabajos en este ámbito parecen mostrar que, al menos en ciertos diagnósticos, la sintomatología cognitiva no es estable a lo largo del curso del trastorno, y que en algunos casos el curso de ciertos déficit no solo no empeora con el paso del tiempo, sino que podrían mejorar (Rodríguez-Sánchez, et al., 2013). Bajo esta perspectiva los datos aquí presentados presentarían una foto fija del estado de la cuestión que deberá ser complementada con dichos estudios longitudinales.

## Bibliografía

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. Cuadernos técnicos nº 16 Madrid, AEN; 2012. Recuperado de <http://www.aen.es/docs/CTecnicos16.pdf>.

Bartolatto B, Miskowiak KW, Köhler CA, Vieta E, Carvalho AF. Cognitive dysfunction in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review of meta-analyses. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015; 11: 3111-3125. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S76700>.

Bora E. Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine* 2013; 43: 2017-2026. <http://dx.doi.org/2010.1017/S0033291712002085>.

Botella J, Gambara H. Doing and reporting a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2006; 6(2): 425-440. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-185.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-185.pdf).

- Brekke JS, Hoe M, Long J, Green MF. How neurocognition and social cognition influence functional change during community-based psychosocial rehabilitation for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2007; 33(5): 1247-1256. <http://dx.doi.org/1210.1093/schbul/sbl1072>.
- Burdick KE, Russo M, Frangou S, Mahon K, Braga RJ, Shanahan M, Malhotra AK. Empirical evidence for discrete neurocognitive subgroups in bipolar disorder: clinical implications. *Psychological Medicine* 2014; 44(14): 3083- 3096. <http://dx.doi.org/3010.1017/S0033291714000439>.
- Chan RC, Li H, Cheung EF, Gong QY. Impaired facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analysis. *Psychiatry Research* 2010; 178(2): 381- 390. <http://dx.doi.org/310.1016/j.psychres.2009.1003.1035>.
- Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, Erlbaum; 1988
- Covington MA, He C, Brown C, Naci L, McClain JT, Fjordbak BS, Semple J, Brown, J. Schizophrenia and the structure of language: the linguist's view. *Schizophrenia Research* 2005; 77(1): 85-98.<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2005.1001.1016>.
- Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin* 2000; 26(1): 119-136.<http://dx.doi.org/110.1093/oxfordjournals.schbul.a033430>.
- Green MF, Kern RS, Heaton RK. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research* 2004; 72(1): 41-51.<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2004.1009.1009>.
- Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, Kring AM, Park S, Silverstein SM, Heinssen R. Social cognition in schizophrenia: an NIMH work shop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin* 2008; 34(6): 1211-1220; 2008.<http://dx.doi.org/1210.1093/schbul/sbm1145>.
- Kurtz MM. Neurocognition as a predictor of response to evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: what is the state of the evidence? *Clinical Psychology Review* 2011; 31(4): 663-672.<http://dx.doi.org/610.1016/j.cpr.2011.1002.1008>.
- Kurtz MM, Wexler B.E, Fujimoto M, Shagan DS, Seltzer JC. Symptoms versus neurocognition as predictors of change in life skills in schizophrenia after outpatient rehabilitation. *Schizophrenia Research* 2008; 102(1-3): 303-311. <http://dx.doi.org/310.1016/j.schres.2008.1003.1023>.
- Lezak MD, Howieson DB, Loring W. *Neuropsychological assessment* (Vol. 4th ed). New York, Oxford University Press; 2004
- Mann-Wrobel MC, Carreno JT, Dickinson D. Meta-analysis of neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: an update and investigation of moderator variables. *Bipolar Disorders* 2011; 13(4): 334-342.<http://dx.doi.org/310.1111/j.1399-5618.2011.00935.x>.
- National Institute of Mental Health (NIMH). *Towards a Model for a Comprehensive Community-Based Mental Health System*. Washington DC, NIMH; 1987.

- Ochsner KN. The social-emotional processing stream: five core constructs and their translational potential for schizophrenia and beyond. *Biological Psychiatry* 2008; 64(1): 48-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.1004.1024>.
- Palmer BW, Dawes SE, Heaton RK. What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia? *Neuropsychology Review* 2009; 19(3): 365-384. <http://dx.doi.org/310.1007/s11065-11009-19109-y>.
- Plana I, Lavoie MA, Battaglia M, Achim AM. A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 2014; 28(2): 169-177. <http://dx.doi.org/110.1016/j.janxdis.2013.1009.1005>.
- Prouteau A, Verdoux H, Briand C, Lesage A, Lalonde P, Nicole L, Reinhartz D, Stip E. Cognitive predictors of psychosocial functioning outcome in schizophrenia: a follow-up study of subjects participating in a rehabilitation program. *Schizophrenia Research* 2005; 77(2-3): 343-353. <http://dx.doi.org/310.1016/j.schres.2005.1003.1001>.
- Radanovic M, Sousa RT, Valiengo L, Gattaz WF, Forlenza OV. Formal Thought Disorder and language impairment in schizophrenia. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2013; 71(1): 55-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-1282X2012005000015>.
- Ríos-Lago M, Periañez JA. Attention and Speed of Information Processing. En G. F. Koob, M. Le Moal y R. F. Thompson (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Neuroscience* (Vol. 1, pp. 109-117). Oxford, Academic Press; 2010.
- Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 2013; 1- 12. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291713002535>.
- Rodríguez-Sánchez JM, Ayesa-Arriola R, Pérez-Iglesias R, Periañez JA, Martínez-García O, Gómez-Ruiz E, Tabares-Seisdedos R, Crespo-Facorro B. Course of cognitive deficits in first episode of non-affective psychosis: A 3 year follow-up study. *Schizophrenia Research* 2013; 150: 121-128. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.06.042>
- Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 149-155. <http://dx.doi.org/110.1192/bjp.1177.1192.1149>.
- Samame C, Martino DJ, Strojilevich SA. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2012; 125(4): 266-280. <http://dx.doi.org/210.1111/j.1600-0447.2011.01808.x>.
- Sánchez AM, Zandío M, Peralta V, Cuesta M. Neurocognición y esquizofrenia. En J. Tirapu Ustárriz, M. Ríos-Lago y F. Maestú Unturbe (Eds.), *Manual de Neuropsicología* (Vol. 2ª edición). Barcelona, Viguera; 2011.
- Sánchez-Cubillo I, Tirapu-Ustárriz J, Adrover-Roig, D. Neuropsicología de la cognición social y la autoconciencia. En J. Tirapu-Ustárriz, A. García-Molina, M., Ríos-Lago y A. Ardila-Ardila (Eds.), *Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas*. Barcelona, Viguera Editores; 2012.

Schaefer J, Giangrande E, Weinberger DR, Dickinson D. The global cognitive impairment in schizophrenia: consistence over decades and around the world. *Schizophrenia Research* 2013; 150(1): 42-50.<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.1007.1009>.

Shin NY, Lee TY, Kim E, Kwon JS. Cognitive functioning in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine* 2014; 44(6): 1121- 1130. <http://dx.doi.org/1110.1017/S0033291713001803>.

Savla GN, Vella L, Armstrong CC, Penn DL, Twamley EW. Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia Bulletin* 2013; 39(5): 979-992.<http://dx.doi.org/910.1093/schbul/sbs1080>.

Vargas ML, Sanz JC, López-Luengo B. Evaluación de las Funciones Cognitivas en Rehabilitación Psicosocial. En J. A. Fernández, R. Touriño, N. Benítez y C. Abelleira (Eds.), *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid, FEARP; 2010. Recuperado de <http://www.youblisher.com/p/715591-Evaluacion-en-Rehabilitacion-Psicosocial/>.





---

## MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS DE INTEGRACION LABORAL TRAS EL ALTA EN CENTRO DE REHABILITACION LABORAL (COMUNIDAD DE MADRID)

---

### **Raúl Naranjo Valentín**

Coordinador Centro de Rehabilitación Laboral de Retiro. Línea de Rehabilitación Psicosocial de Hermanas Hospitalarias, Madrid. Centro vinculado a la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

### **Fernando Cobo Martínez**

Coordinador Centro de Rehabilitación Psicosocial y Centro de Rehabilitación Laboral de Vallecas. Línea de Rehabilitación Psicosocial de Hermanas Hospitalarias, Madrid. Centros vinculados a la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

### **Equipo de Investigación Centros de Rehabilitación Laboral LRHP**

Centros de Rehabilitación Laboral de Vallecas y Retiro. Línea de Rehabilitación Psicosocial de Hermanas Hospitalarias. Madrid. Centros vinculados a la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

## **Resumen**

A lo largo de los años, la integración laboral de las personas con trastorno mental grave está cobrando más importancia y ya se considera un objetivo fundamental de su proceso rehabilitador. Los centros de rehabilitación laboral (CRL) de la Comunidad de Madrid combinan diferentes estrategias (entrenamiento prelaboral, empleo con apoyo, etc) para favorecer la inserción laboral de sus usuarios. **Objetivo:** describir el estado de los ex usuarios del CRL tras su salida del dispositivo e identificar las posibles variables relacionadas con la obtención de em-

pleo. **Método:** estudio ex post facto retrospectivo con grupo cuasi-control. Muestra formada por 70 ex usuarios de los CRL de Retiro y de Vallecas. Se comparó el grupo de sujetos que tuvieron actividad laboral tras la salida del recurso (N=24) con los sujetos que no tuvieron ningún empleo (N=46). Los datos del estudio se recogieron mediante un cuestionario ad hoc. **Conclusiones:** Es necesario obtener evidencias sobre la efectividad de los programas de rehabilitación laboral a largo plazo y su capacidad de generalización en el tiempo. Así como conocer los factores que mejoran la efectividad del proceso rehabilitador. Sería conveniente continuar de-

sarrollando estudios que ayuden a conocer mejor estos elementos.

**Palabras clave:** Trastorno Mental Grave, Empleo, Centro de Rehabilitación Laboral, Comunidad de Madrid, Rehabilitación Laboral.

## Abstract

Over the years, the labor integration of people with severe mental disorder is becoming more important and is already considered a fundamental objective of their rehabilitation process. The centers of labor rehabilitation (CRL) of the Community of Madrid combine different strategies (pre-employment training, employment with support, etc.) to promote the employment of its users. Objective: to describe the status of former CRL users after their exit from the device and identify the possible variables related to obtaining employment. Method: retrospective ex post facto study with quasi-control group. Sample formed by 70 former users of the CRLs of Retiro and Vallecas. We compared the group of subjects who had work activity after leaving the resource (N = 24) with the subjects who had no employment (N = 46). The study data were collected through an ad hoc questionnaire. Conclusions: It is necessary to obtain evidence on the effectiveness of long-term labor rehabilitation programs and their generalization capacity over time. As well as knowing the factors that improve the effectiveness of the rehabilitation process. It would be convenient to continue developing studies that help to better understand these elements.

**Key Words:** Serious Mental Disorder, Employment, Labor Rehabilitation Center, Community of Madrid, Vocational Rehabilitation.

## Introducción

Cada vez existe un mayor consenso en que la integración laboral es una de los objetivos más importantes en la rehabilitación de las personas que sufren un trastorno mental grave (TMG) (1). Si nos basamos en la conceptualización y los principios de la “recuperación” (2,3), el foco se ha dirigido hacia la inserción en el empleo normalizado, ya que esta integración implica una mejora sobre el rol social y los ingresos económicos de la persona (4,5). Al mismo tiempo, el mantenimiento del empleo puede mejorar la estabilidad clínica y el manejo de la sintomatología (6,7), la autoestima y calidad de vida (8-10), y la mejora en el funcionamiento global (6) de las personas con TMG.

Las dos grandes líneas estratégicas de intervención en la inserción laboral de personas con TMG son el entrenamiento prelaboral y el empleo con apoyo. La primera estrategia está más centrada en el entrenamiento de habilidades específicas relacionadas con el desempeño laboral en entornos simulados (talleres prelaborales). La segunda, está dirigida a una rápida búsqueda de empleo acompañada de apoyo individualizado y continuado en el propio puesto de trabajo. En ocasiones se han definido estas estrategias como de “Entrenar y después insertar”, frente a “Insertar y después entrenar”. Los resultados de la revisión de la *Cochrane Collaboration* de 2011(11) mostraban al empleo con apoyo como la metodología más efectiva. A raíz de esta revisión, diferentes estudios controlados (12-18), revisiones y metaanálisis (19, 20) pusieron el foco en estudiar la estrategia del empleo con apoyo confirmando estos hallazgos previos. Entre estas investigaciones, cabe mencionar, la realizada por Burns et al (21), en la que observaron que tras un periodo de intervención de 18

meses, el 55% de los sujetos con los que se había intervenido desde el enfoque de empleo con apoyo se habían integrado laboralmente frente a un 28% de los sujetos con los que se había intervenido desde el enfoque de entrenamiento prelaboral.

En otros estudios, autores como Saiyers et al (22) y Becker et al (23) analizaron, de forma retrospectiva, el estado actual de sujetos que 10 años antes habían estado incluidos en programas de empleo con apoyo. A través de un cuestionario *ad hoc*, preguntaban a estos individuos sobre su estado en el área laboral, ocupacional, social y psicopatológica en los últimos años. Ambos estudios ofrecían resultados en la misma línea, encontrando tasas de empleo bastante altas (superior al 75%) en estos sujetos. En lo que discrepaban estos resultados era en lo referido al tiempo de duración de los trabajos. En el estudio de Saiyers et al (22) encontraron que el 33% de los sujetos habían tenido algún tipo de ocupación laboral durante, al menos, la mitad del tiempo evaluado, mientras que en el estudio de Becker et al (23) se halló un valor del 71% para esta misma medida. En ambos estudios se llega a conclusiones similares con respecto a los beneficios asociados al mantenimiento de un empleo, encontrando mejoras en autoestima, esperanza, relaciones sociales, control del consumo de tóxicos, sintomatología y habilidades de afrontamiento, entre otras.

Similares efectos se han hallado en otros países con diferentes contextos económicos (20), como Australia (18), Japón (16), Holanda (15), Suecia (12) o Suiza (14,17). Incluso con un crecimiento del PIB inferior al 2%, el empleo con apoyo muestra aun mayor diferencia en cuanto a su eficacia respecto al entrenamiento prelaboral (20).

En España, en el contexto de la crisis económica iniciada en 2008 y según datos del

Instituto Nacional de Estadística (INE), la tasa de empleo de las personas con discapacidad desde el año 2008 al 2014 se redujo un 2,3%, descenso aun más marcado en las personas sin discapacidad, concretamente de un 12,3%. En 2014 las personas con discapacidad tenían una tasa de empleo del 25,7%, frente al 58,2% del resto del conjunto de la población. El porcentaje de empleo en personas con trastorno mental grave fue del 15,8% (24).

Ante este problema, se han ido creando programas y dispositivos enfocados a mejorar la empleabilidad y la integración laboral de las personas con Trastorno Mental Grave. En la Comunidad de Madrid, dentro del plan de atención social a las personas con Enfermedad Mental Crónica de la Consejería de Políticas Sociales y Familia existen los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL). Estos dispositivos buscan la recuperación y la integración laboral de las personas con Enfermedad Mental a través de la adquisición de los hábitos y competencias laborales necesarias para conseguir un empleo y para el mantenimiento del mismo. Utilizan una metodología de intervención mixta y flexible en la que se combinan el empleo con apoyo y el entrenamiento prelaboral, entre otros. Los CRL desarrollan su acción en una estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental, encargados de la atención psiquiátrica y seguimiento de estas personas, y con toda la red de recursos de formación y empleo. Su capacidad de atención por centro se sitúa en torno a 50 usuarios (25).

Como señala Valmorisco- Pizarro (26), las fases habituales del proceso de rehabilitación laboral, de forma resumida, son: acogida, evaluación, elaboración del Plan Individualizado de Recuperación Laboral (PIRL), intervención, seguimiento y alta. Pero en realidad, no hablamos de un itinerario li-

neal, sino que en la práctica existe una gran flexibilidad, de tal modo que, si así lo aconsejan las circunstancias de cada caso, un usuario puede pasar desde la evaluación al entrenamiento en talleres prelaborales o directamente al empleo. También es diferente el itinerario de aquellos usuarios que acuden al CRL con un empleo, en los que el objetivo suele estar más relacionado con el mantenimiento del mismo.

Los CRL han ido obteniendo unas cifras de inserción laboral significativamente altas. A lo largo del año 2014 (en el que se desarrolló este estudio) los CRL atendieron un total de 1313 personas, de las cuales el 47,4% mantuvieron o consiguieron un empleo (26). Y en los últimos años, estas cifras han ido aumentando hasta situarse por encima del 50%. Aunque conocemos estos datos de la eficacia de los CRL durante el proceso de intervención (26), tenemos una gran carencia de datos acerca de la evolución de los usuarios tras su salida del recurso, ya que no se realiza un seguimiento sistemático y exhaustivo de los mismos.

Precisamente desde esta carencia, se planteó realizar este estudio de seguimiento que pretende describir la situación laboral de los ex usuarios de los CRL tras su paso por el dispositivo. Al mismo tiempo, se buscaba encontrar correlaciones entre ciertas variables independientes de los usuarios y el proceso (sociodemográficas, clínicas, y asistenciales) y la obtención y mantenimiento de empleo años después de la salida. Para ello, se hizo una comparación entre el grupo de sujetos que tenían una actividad laboral tras su salida del centro y los sujetos que no la tenían.

## Material y métodos

### Muestra

La muestra se reclutó mediante contactos telefónicos con ex usuarios del CRL de Retiro y del CRL de Vallecas durante los meses de Septiembre y Diciembre de 2014.

Estaba compuesta por 70 participantes de ambos sexos, estos se dividieron en dos grupos en base a lo recogido en la variable de "actividad laboral tras salida del dispositivo". El primer grupo llamado "grupo de casos" lo formaban 24 sujetos que tuvieron al menos un trabajo desde su salida del CRL. El grupo cuasi-control estaba formado por 46 sujetos que no trabajaron tras su salida del dispositivo.

Los criterios de inclusión fueron: a) aceptar participar libremente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado, b) haber finalizado el proceso de evaluación y tener elaborado el denominado Plan Individualizado de Recuperación Laboral (PIRL), c) que desde su CRL o desde su Servicio de Salud Mental (SSM) no se encontrara inconveniente en la participación del ex usuario.

La totalidad de los participantes firmaron el consentimiento informado en el que se les explicaba los objetivos del estudio, la información que se iba a recoger, la voluntariedad de su participación, y uso y manejo de los datos. Anteriormente, el estudio fue presentado y aprobado por un Comité de Bioética, por la Comisión de Investigación de la Línea de Rehabilitación Psicosocial de Hermanas Hospitalarias, y por los responsables técnicos de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera, organismo dependiente de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. El estudio contó

con el asesoramiento metodológico del Instituto de Investigaciones Psiquiátricas perteneciente a Hermanas Hospitalarias ([www.fundacion-iip.org](http://www.fundacion-iip.org)).

## Diseño

Estudio transversal “*ex post facto*” retrospectivo con grupo cuasi-control. El grupo de casos estaba formado por los sujetos que habían tenido un empleo desde su salida del CRL. El grupo control correspondía a los sujetos que no habían encontrado empleo desde su salida del CRL.

## VARIABLES

En la recogida de datos y evaluación de la muestra se utilizó un cuestionario semiestructurado diseñado ad hoc específicamente para el estudio. Las variables se agruparon en cuatro apartados:

- Datos sociodemográficos y clínicos al ingreso: Edad, sexo, estado civil, hijos, ingresos económicos, experiencia laboral previa, etc. A nivel clínico se consideró el diagnóstico, años de evolución de enfermedad, consumo de sustancias e ingresos psiquiátricos.
- Datos asistenciales durante la estancia en el CRL: En esta variable se recogió información sobre el itinerario rehabilitador que el usuario recibió durante su estancia en el CRL. Entre las actividades y programas se encontraban, tanto entrenamientos prelaborales: “talleres prelaborales”, entrevistas de “orientación vocacional”, “entrenamiento en habilidades sociales”, “intervenciones con familias”, “búsqueda activa de empleo”, “preparación curricular y entrevistas”, así como intervenciones de “apoyo directo en el puesto” y seguimiento (“apoyo indirecto”) para aquellos

usuarios que ya estaban trabajando. Además de la asistencia a estos programas, se recogió información referida al tiempo de estancia del usuario en el CRL y el tipo de salida del mismo: abandono, alta o baja. Se entiende por abandono cuando el usuario decide dejar el tratamiento en el CRL de forma unilateral; por alta, el momento en el que el usuario consigue un empleo o alcanza de forma satisfactoria los objetivos propuestos en su PIRL; mientras que, se entiende por baja, el momento en el que el usuario, tras no conseguir los objetivos de su PIRL, es derivado a otro recurso más adecuado a sus necesidades o, debido a un cambio de domicilio, continúa con su tratamiento en otro CRL.

- Situación laboral tras salida de CRL: Se entrevistó a los ex usuarios para conocer su situación a nivel laboral desde su salida del dispositivo. En esta variable podían indicar qué trabajos habían realizado, durante cuánto tiempo y en qué condiciones de contratación. A fin de poder homogeneizar el registro de los empleos señalados, estos se clasificaron según las categorías de ocupaciones del INE (24).
- Uso de recursos y satisfacción personal tras salida del CRL: se les preguntó a los ex usuarios acerca del uso de recursos asistenciales (ingresos hospitalarios, uso de servicios de salud mental, asistencia a otros dispositivos, etc.) y aspectos referidos a su satisfacción personal a nivel laboral sentimental, social, mental y física. La satisfacción personal se midió a través de una escala tipo Likert con un rango de 1 a 7, (1=“Muy insatisfecho”, 2=“Bastante insatisfecho”, 3=“Algo insatisfecho”, 4=“Indiferente”, 5=“Algo satisfecho”, 6=“Bastante satisfecho”, 7=“Muy satisfecho”).

Los datos de los apartados 1 y 2 se obtuvieron a través de los registros asistenciales utilizados regularmente por el CRL, mientras que los datos de los apartados 3 y 4, al necesitar la colaboración directa del ex usuario, se aplicaron mediante entrevista presencial en el mismo centro. En el caso de los ex usuarios interesados en colaborar que no pudieron acudir al centro, esta entrevista se realizó por teléfono.

## Análisis

Los análisis descriptivos se representan mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como, medias y desviaciones típicas para las variables continuas.

Previo a la realización de las comparaciones entre grupos, se comprobó la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Para la comparación de variables categóricas se hizo uso de los estadísticos de ji-cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ). Para la comparación de medias para muestras independientes se utilizó la T de Student (prueba paramétrica) o la U de Mann Whitney (prueba no paramétrica).

Todos los análisis fueron efectuados de manera independiente por el equipo del Instituto de Investigaciones Psiquiátricas de Hermanas Hospitalarias (IIP), mediante el uso del software estadístico SPSS v.21.

## Conclusiones

Existe una gran escasez de estudios de este tipo, que analicen la evolución de usuarios tras su salida de programas de rehabilitación laboral (22, 23), y busque evidencias con respecto a la eficacia de los programas a largo plazo, y su mantenimiento y generaliza-

ción en el tiempo. Uno de los objetivos fundamentales en el proceso de rehabilitación laboral es que los usuarios sean capaces de interiorizar y generalizar los avances y desarrollos que logran en su estancia en el dispositivo, y que los éxitos logrados se extiendan más allá de esa etapa y se asienten de forma permanente en la vida del sujeto. Partiendo de este objetivo, nos parece muy necesario desarrollar estrategias de evaluación y medida objetiva de hasta qué punto esos logros se mantienen tras la salida del dispositivo. Este estudio pretende realizar una primera aportación en este sentido y servir de base a sucesivas investigaciones sobre la evolución y el progreso de los usuarios a largo plazo. En nuestro caso, los resultados se han centrado sobre todo en la variable de empleo, como criterio de éxito, si bien se incluyeron otras medidas relacionadas con la calidad de vida del sujeto, analizando hasta qué punto el empleo mejora la misma. Uno de los aspectos más preocupantes que observamos en los procesos de rehabilitación, es que en algunos casos la obtención de un empleo, no es una garantía para generar un cambio significativo en la vida del sujeto. Esto tiene que ver con variables propias del sujeto y su contexto (temor a desarrollar proyectos de vida independiente, resistencias familiares al cambio, etc.) pero también con aspectos relacionados con las condiciones y características del mercado laboral actual (precariedad salarial, temporalidad, etc.). Los futuros estudios a desarrollar podrán profundizar en esta cuestión, así como en las posibles relaciones de ciertas variables del sujeto y del proceso de intervención con la rehabilitación exitosa de ese sujeto a largo plazo. El estudio actual nos muestra ciertas correlaciones significativas pero se necesitarán nuevos estudios específicos que exploren las mismas en detalle y nos permitan conocer

mejor los elementos que favorecen la efectividad del proceso rehabilitador.

Esta es precisamente una de las limitaciones del estudio. El diseño no experimental del mismo nos permite hacer comparaciones entre los diferentes grupos y observar diferencias entre ellos, pero no permite establecer relaciones de causalidad. Además, cabría señalar otras limitaciones: La metodología retrospectiva y el periodo de estudio de 5 años implican posibles riesgos de confusión difíciles de controlar. El tamaño de la muestra es menor de lo deseado, y ello puede suponer cierta debilidad estadística a la hora de hacer inferencias o de realizar análisis más complejos de predicción o de modelaje. Por otro lado, hubiese sido deseable haber podido efectuar un mayor número de mediciones y que, a su vez, estas hubieran incluido otras variables referidas al tiempo, frecuencia y continuidad de asistencia a los programas. Por último, en lo referido a la eficacia de los programas, cabe señalar las diferencias, a nivel de posibilidades de integración laboral, que presentan los usuarios que se incluyen en algunos programas (entrenamiento prelaboral u orientación vocacional) con los que se incluyen en otros (entrenamiento en búsqueda activa de empleo, programa de preparación curricular, entrenamiento en entrevistas y apoyo en el empleo), lo cual supone un elemento importante a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados obtenidos.

Los resultados finales de esta investigación serán publicados en próximas fechas en la revista *Psychosocial Intervention*, bajo el título: "Centro de rehabilitación laboral y trastorno mental grave: experiencia y seguimiento de usuarios en la comunidad de Madrid"

## Agradecimientos

Los autores agradecen a la Línea de Rehabilitación Psicosocial de la entidad Hermanas Hospitalarias el hecho de haber posibilitado al grupo investigador, la financiación, infraestructuras e información necesaria para la realización de este estudio. Los autores también agradecen la colaboración para la recogida de información necesaria al Equipo de Investigación de Centros de Rehabilitación Laboral de la LRHP. Dicho equipo de investigación estuvo integrado por los siguientes profesionales, todos ellos pertenecientes a los Centros de Rehabilitación Laboral que gestiona la entidad Hermanas Hospitalarias: Vanesa Delgado, María Ascensión Martínez, Javier Peña, Andrea Vivas, Teresa Pérez, Olga Fernández, Soledad Vega, Manuela Guimón, Belén Ruiz, María Zamorano, Beatriz Guerrero, Cinthya Barroso, Elena Santafé y Mónica Aguado. Ninguno de los autores declara conflicto de intereses.



## Referencias

- 1- New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final Report. DHHS Pub. No. SMA-03-3832. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003
- 2- Clevenger N. In favor of science. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31: 277-79. doi: <http://dx.doi.org/10.2975/31.4.2008.277.279>
- 3- Saks E. *The Center Cannot Hold: My Journey Through Madness*. New York: Hyperion, 2007
- 4- Cook JA. Promoting mental health recovery through evidence-based supported employment: Independent Living Research Utilization Program. Houston, TX: Institute for Rehabilitation and Research, 2008
- 5- Drake RE, Skinner JS, Bond GR, Goldman HH. Social Security and mental illness: Reducing disability with supported employment. *Health Affairs* 2009; 28(3): 761-770. doi: [10.1377/hlthaff.28.3.761](https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.3.761)
- 6- Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koltetsi M, Fioritti A, et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of Individual Placement and Support. *Schizophr Bull* 2009; 35: 949-958. doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn024>
- 7- Kukla M, Bond GR, Xie H. A prospective investigation of work and non-vocational outcomes in adults with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200: 214-222. doi: [10.1097/NMD.0b013e318247cb29](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318247cb29)
- 8- Bond GR, Resnick SG, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 489-501. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.3.489>
- 9- Mueser KT, Becker DR, Torrey WC, Xie H, Bond GR, Drake RE et al. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 419-426.
- 10- McHugo GJ, Drake RE, Xie H, Bond GR. A 10-year study of steady employment and non-vocational outcomes among people with serious mental illness and co-occurring substance use disorders. *Schizophr Res* 2012; 138(2): 233-239.
- 11- Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD003080. doi: [10.1002/14651858.CD003080](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003080).
- 12- Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual Placement and Support in Sweden—A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry* 2015; 69(1): 57-66. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2014.929739>
- 13- Bond GR, Kim SJ, Becker DR, Swanson SJ, Drake RE, Krzos IM, et al (2015). A



- controlled trial of supported employment for people with severe mental illness and justice involvement. *Psychiatric Services* 2015; 66(10): 1027-1034 doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400510>
- 14- Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 2014; 171(11): 1183-1190. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13070857>
  - 15- Michon H, van Busschbach J, van Vugt M, Stant A, Kroon H, Wiersma D, et al. Effectiveness of the Individual Placement and Support (IPS) model of vocational rehabilitation for people with severe mental illnesses in the Netherlands. *Psychiatrische Praxis* 2011; 38(S 01): OP26\_EC. doi: 10.1055/s-0031-1277830
  - 16- Oshima I, Sono T, Bond GR, Nishio M, Ito J. (2014). A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2014; 37(2):137-143. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000085>
  - 17- Viering S, Jäger M, Bärtsch B, Nordt C, Rössler W, Warnke I et al. supported employment for the reintegration of disability pensioners with mental illnesses: a randomized controlled trial. *Frontiers in public health* 2015; 3:237. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00237>
  - 18- Waghorn G, Dias S, Gladman B, Harris M, Saha S. (2014). A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. *Australian occupational therapy journal* 2014; 61(6): 424-436. doi: 10.1111/1440-1630.12148
  - 19- Marshall T, Goldberg RW, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS et al. Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatric Services* 2014; 65(1): 16-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201300262>
  - 20- Modini M, Tan L, Brinchmann B, Wang MJ, Killackey E, Glozier, N et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry* 2016;115:bjp-bp. doi:10.1192/bjp.bp.115.165092
  - 21- Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2007; 370(9593): 1146-1152.
  - 22- Salyers MP, Becker DR, Drake RE, Torrey WC, Wyzik PF. Ten-year follow up of clients in a supported employment program. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 302-308. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.55.3.302>
  - 23- Becker, D.R., Whitley, R., Bailey, E.L. & Drake, R.E. (2007). Long-term employment outcomes of supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr. Serv.* 58, 922-928.
  - 24- Instituto Nacional de Estadística. El empleo de las personas con discapacidad.

Explotación de la encuesta de población activa y de la base estatal de personas con discapacidad. Año 2014. Notas de Prensa [revista electrónica] 2015; 1(1) [consultado 14-10-2016]. doi: <http://www.ine.es/prensa/np956.pdf>

- 25- Comunidad de Madrid. Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención. Madrid: Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales 14, 2001
- 26- Valmorisco-Pizarro S. Los centros de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid: un recurso para el empleo en tiempos de crisis (2008-2012)", *metodos. revista de ciencias sociales* 2015; 3(1): 7-18. doi: <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v3i1.64>

---

# SALUD FÍSICA DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: SENSIBILIZACIÓN A LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

---

## Ainara Arroyo González

Psicóloga. Centro de Día de Retiro. Línea de Rehabilitación Psicosocial, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Centro vinculado a la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

## Resumen

El presente trabajo se propone recoger la opinión y actitudes de médicos, enfermeros y trabajadores sociales de los Centros de Atención Primaria (CAP) de Ibiza y Pacífico, pertenecientes al distrito de Retiro, sobre la atención que llevan a cabo en sus consultas a los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG), así como sensibilizar acerca de la problemática de la salud física y el estigma asociados.

Esta acción se materializó a través de la aplicación de una encuesta anónima con formato de preguntas cerradas y abiertas que recoge la percepción general ante el paciente con TMG por parte del profesional de Atención Primaria (AP), la autopercepción de conocimientos o formación en materia de enfermedad mental y los problemas de salud física más comúnmente asociados, los recursos del entorno promotores de hábitos saludables y la coordinación existente entre dispositivos y niveles asistenciales.

Tras el análisis descriptivo de los resultados, se pone de manifiesto: Que los profesionales de atención primaria tienen mucho que decir respecto a los pacientes con TMG a los que atienden. Que presentan actitudes de rechazo, miedo y estigma relacionadas con dificultades en el manejo por la falta de conocimientos y formación en salud mental así como de la comorbilidad física que presentan. Y que es necesario mejorar la coordinación entre dispositivos. Estos resultados fueron devueltos a los profesionales en una acción de sensibilización llevado a cabo en los CAP acerca del estado de salud física del paciente con TMG, de donde surgieron propuestas de coordinación y colaboración entre dispositivos para mejorar la atención del usuario y el cuidado de su salud física.

**Palabras clave:** Trastorno mental grave, atención primaria, salud mental, salud física, actitudes.

## Abstract

The present work aims to collect the opinion and attitudes of doctors, nurses and social workers of the Primary Care Centers (PCC) of Ibiza and Pacific, belonging to the district of Retiro, about the care they carry out in their consultations to patients with Severe Mental Disorder (SMD), as well as raising awareness about the associated physical health problems.

This action was materialized through the application of an anonymous survey in the form of closed and open questions that reflects the general perception of the patient with SMD by the Primary Care Professional (PCC), the self-perception of knowledge or training in the field of mental illness and the physical health problems most commonly associated, the resources of the environment promoting healthy habits and the existing coordination between devices and levels of care.

After the descriptive analysis of the results, it becomes clear: That the primary care professionals have a lot to say about the patients with SMD that they attend. They present attitudes of rejection, fear and stigma related to difficulties in handling due to the lack of knowledge and training in mental health as well as the physical comorbidity they present. And also that it is necessary to improve the coordination between devices. These results were returned to the professionals in an awareness-raising action carried out in the CAPs about the physical health status of the patient with SMD, from which proposals for coordination and collaboration between devices emerged to improve the user's attention and care of their patients.

**Key words:** Severe mental disorder, primary care, mental health, physical health, attitudes.

## Introducción

### Marco institucional

A lo largo de los años y a nivel mundial se ha considerado a la salud mental como un campo aparte y aislado de la atención a la salud en general y en concreto de la atención primaria, eje vertebrador y facilitador del acceso a los distintos servicios de atención a la salud.

Cada vez más se viene observando cómo tanto la salud física como la salud mental necesitan de una estrecha coordinación e integración entre los distintos niveles asistenciales. Las patologías físicas pueden conllevar problemas de salud mental y a su vez, los trastornos mentales suelen ir asociados con otros problemas somáticos tales como enfermedades endocrino-metabólicas, cardíacas, enfermedades neoplásicas, respiratorias, etc.

Esta problemática es algo que viene observándose y de lo que están alertando los distintos organismos a nivel mundial, europeo y nacional.

La Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud (2008), dijo en su mensaje de lanzamiento del Día Mundial de la Salud:

Por siglos las enfermedades de la mente han sido tratadas como un problema social, separado de cualquier problema de salud física. Pero ahora la mayoría concuerda que los trastornos de salud mental no suceden en forma aislada; de hecho, suelen ocurrir en relación con otros problemas clínicos o junto con éstos, tales como enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, trastornos neurológicos y como respuesta a muchas situaciones de la vida. Los problemas médicos y las cir-

cunstancias de la vida de una persona no afectan solamente una parte del cuerpo sino a la totalidad del organismo, y cada una tiene su efecto sobre las otras. Parece obvio que el tratamiento integral de la salud de la persona alcanzaría resultados más positivos y aumentaría el potencial de recuperación y productividad.

## Planes de acción

**A nivel mundial:** El Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) hace hincapié en la vulnerabilidad de las personas con trastornos mentales y la necesidad de atender a esta discriminación, arrojando datos alarmantes respecto a las tasas de morbilidad y mortalidad de ésta población:

Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (por ejemplo, cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH), y al suicidio. A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes. (OMS, 2013, p.8)

La estructura de este plan de acción tiene como principal finalidad la reducción de la morbilidad, discapacidad y mortalidad de las personas con enfermedad mental y plantea la necesidad de integrar y adaptar la atención de este colectivo a través de acciones de prevención.

Así mismo, el Informe compendiado de la OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la promoción de la salud y la Universidad de Melbourne, (2004) establece que: "Hay suficiente documentación acerca del rol que desempeñan los trastornos mentales en el aumento de la vulnerabilidad a la morbilidad física y consecuencias desalentadoras" (p.32), apoyando la necesidad de un enfoque integral de la salud.

**A nivel europeo:** Revisiones a nivel europeo de la evidencia empírica relativa al exceso de mortalidad y morbilidad asociado a los trastornos mentales, hacen alusión a un incremento significativo en la mortalidad precoz y la existencia de ciertas enfermedades responsables de este fallecimiento prematuro como pueden ser las infecciosas, circulatorias, endocrinas, respiratorias, cardíacas, digestivas y genitourinarias. Allebeck (1989) ha señalado que la mortalidad general entre los pacientes con esquizofrenia es aproximadamente el doble que en la población general. El mayor exceso de mortalidad se encuentra en el suicidio y la muerte violenta, pero parece haber un aumento de la mortalidad también atribuible a trastornos cardiovasculares.

Organismos como el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios (OEPSS, 2007) recogen su documento *Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental* la inexistencia de un acceso igualitario a los servicios de diagnóstico y tratamiento, un factor que posiblemente contribuye a las diferencias en la evolución de estos pacientes. Cualquier síntoma físico que pudieran sufrir las personas con TMG es considerado por los médicos un síntoma psiquiátrico siendo habitual, por ejemplo, que se administren fármacos ansiolíticos a

pacientes con palpitaciones en los cuales finalmente se demuestra que presentaban una cardiopatía importante.

## Objetivos específicos e intervenciones anti estigma en profesionales

**A nivel nacional:** En España, los organismos e instituciones no solo han querido hacerse eco de la problemática de salud física de las personas con TMG sino también del estigma y la discriminación asociados a este colectivo. La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud llama a realizar:

Intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales que se dirigirán preferentemente a profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, profesionales de la educación y escolares, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares. (2006, 1er apartado de Recomendaciones).

Así mismo, dentro de sus objetivos específicos relacionados con la necesidad de formación de los profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente a las personas con enfermedad mental, animan a “disponer en las CC.AA. de un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales de atención primaria, de salud mental y aquellos otros profesionales de atención especializada relacionados con la atención a las personas con trastornos mentales, en el marco del modelo de atención biopsicosocial” (Objetivo Específico 8.1.)

**Comunidad de Madrid:** Más específicamente en la Comunidad de Madrid, el Plan

Estratégico de Salud Mental 2010 – 2014 de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, insta dentro del capítulo 9 dedicado a la lucha contra el estigma y discriminación asociados a los TMG, a reducir la estigmatización a través de la modificación de determinadas actitudes sociales que actualmente prevalecen sobre la persona con TMG y más concretamente, plantea que una de las acciones a realizar sería: “Desarrollar campañas de difusión de material informativo sobre la lucha contra el estigma en Centros de Salud de Atención Primaria y Especializada y en Hospitales, en colaboración con FEMASAM”. (p.179).

## Preocupación por el estado actual de la salud física de las personas con TMG

Teniendo en cuenta la alerta proveniente de las distintas instituciones respecto a las necesidades de mejorar el estado de salud física de las personas con trastorno mental a través de medidas de promoción de la salud y prevención, para la elaboración del presente artículo se ha tenido muy presente como principal fuente de referencia del estado actual de la salud física en personas con esquizofrenia el *Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia* de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. (Sáiz Ruiz J. Bobes García J. Vallejo Ruiloba, J. Giner Ubago, J. García-Portilla González, M.P. 2008), el cual en su *Grupo de Trabajo sobre la salud física en el Paciente con Esquizofrenia* recogen que las personas con TMG mueren de manera prematura, que su esperanza de vida es mucho menor que la de la población general, que: “El exceso de mortalidad en los pacientes con esquizofrenia por causas naturales se debe a una mayor presencia de

enfermedades respiratorias, digestivas, genitourinarias, cardiovasculares, infecciosas, mentales y endocrinas” (p.255) y que estas muertes explican hasta un 65% de exceso de mortalidad de estos pacientes comparados con la población general.

## Uso y acceso a los servicios de salud de la persona con TMG

Además, la co-morbilidad física de las personas con esquizofrenia pasa frecuentemente inadvertida y por tanto hablamos de una falta de sensibilización y abordaje de ésta problemática, por lo que en general presentan un elevado riesgo de no recibir los cuidados de salud adecuados. Es una realidad que las personas con esquizofrenia tienen un menor acceso a los cuidados médicos, consumen menos cuidados y son peores cumplidores con los tratamientos que la población general. Esta realidad también se traslada al acceso que tienen a los servicios de especialidades, tal y como señalan Sáiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba, J, Giner Ubago, J, García-Portilla González, M.P (2008):

En concreto, se ha encontrado un uso menor de determinadas medidas de prevención y menor conocimiento de algunas patologías (peor higiene dental y menos visitas de control dental, menor probabilidad de acudir a visitas de control de riesgo cardiovascular, más proporción de fumadores y niveles de consumo de tabaco más elevados y menor educación y conocimiento de la diabetes), menor probabilidad de pruebas diagnósticas precoces (examen pélvico y citología vaginal en 3 años y de mamografía en 2 años y densitometrías óseas), tasas menores de detección de

EPOC, hipertensión o diabetes, menor probabilidad de determinados tratamientos (terapia hormonal sustitutiva, tratamiento de la osteoporosis, revascularización, cateterización, betabloqueantes e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina tras infarto agudo de miocardio), percepción subjetiva de más barreras para acceder a los servicios de salud y mayor gasto sanitario (p.258).

De este modo, mientras que el TMG es menos frecuentador de las consultas de atención primaria y especializada, no ocurre así con los trastornos mentales que la literatura recoge como *trastornos mentales menores* donde sí que se observa una relación entre patología psiquiátrica y población hiperfrecuentadora de consultas de Atención Primaria: “Son los pacientes con patología mental menor visitan con más frecuencia al médico de cabecera y tienden a sobre utilizar los servicios sanitarios” (Cortes, J. A., et al, 1993, p.460). La población psiquiátrica hiperfrecuentadora de las consultas de AP suelen presentar rasgos de personalidad característicos: Obsesivo compulsivos, esquizoides, dependientes y somatomorfos. Y también a personas que presentan síntomas de ansiedad y/o depresión.

A la luz de los resultados, podemos determinar que existe una gran diferencia en cuanto al uso de los servicios sanitarios por parte de las personas con psicopatologías, distinguiendo entre los llamados *trastornos mentales menores* (Mayor frecuencia de visita y tendencia a sobreutilización de los servicios de AP) y las personas con TMG (Menor acceso a los servicios de atención y prevención de la enfermedad física).

## Obstáculos a la hora de integrar la salud física y la salud mental: Encuestas previas

Teniendo en cuenta el menor y peor uso que los pacientes con TMG hacen de los servicios de salud se hace necesaria una atención especializada que tenga en cuenta las dificultades de acceso de esta población y sus necesidades particulares en cuanto a cuidados integrados de salud física y salud mental. Sin embargo, diversos estudios y encuestas realizadas a médicos de cabecera y profesionales sanitarios de los centros de salud de otras comunidades autónomas, ponen de manifiesto que existen obstáculos que interfieren a la hora de integrar la salud física y la salud mental. Estos obstáculos tienen que ver con:

**Dificultades en el manejo, percepción de falta de formación y estigma.** Muchos trabajos realizados han puesto de manifiesto que existen actitudes negativas hacia el enfermo mental no solo en población en general sino también en los técnicos de salud (Ylla, L; Ozamiz, A; Guimón, J, 1982; Díez Manrique, J; Menéndez Arango, J; Samaniego Rodríguez, C; Vazquez Barquero, J; Guillén, J; Lequerica Fuente, J; Liario Rincón, A; García Quintanal, R; Peña Martín, C, 1983). Concretamente en profesionales sanitarios de algunos centros de Atención Primaria a nivel nacional, la opinión hacia los pacientes con enfermedad mental grave recogida en estas encuestas muestra que, en general “más que una actitud negativa hacia el enfermo mental grave, hay dificultades en el manejo por la percepción de falta de conocimientos” (Arrillaga Arizaga M, et al., 2004, p.495). En este sentido parece que el paciente con TMG requiere un mayor esfuerzo que otros pacientes y que en ocasiones genera determinadas actitudes y

sensaciones en el profesional que suponen una barrera para la atención, tal y como se recoge en dos estudios donde se afirma que muchos profesionales sienten tensión, ansiedad, malestar y dificultades en general a la hora de atender a los enfermos mentales graves, o incluso que no les generan ningún interés en particular (Camps García, C; Grisbert, C; Montilla, F; Gutierrez, J, 1995; Gualtero, R y Turek, L., 1999). Por otro lado, el personal sanitario de atención primaria percibe que tienen “insuficientes conocimientos en psiquiatría” (Arrillaga Arizaga M, et al., 2004, p.493), o que están “insuficientemente formados en salud mental” (Ordoñez Fernandez, M, 2008, p.203). En las encuestas realizadas se hace alusión también a la motivación para participar en actividades de formación, resultando que prácticamente a todos los médicos de cabecera y profesionales sanitarios de los centros de salud encuestados demandan mayor formación en salud mental para tener mejores habilidades de manejo de estos pacientes en consulta.

**Dificultades a nivel de coordinación entre dispositivos.** Otro de los obstáculos o dificultades que se observa a la hora de aunar la salud física y la salud mental tiene que ver con el enlace entre los distintos niveles asistenciales. Parece existir en general un consenso respecto a la insuficiente e insatisfactoria coordinación entre los dispositivos (Arrillaga Arizaga M, et al., 2004; Gualtero, R y Turek, L., 1999), destacando en todos los casos un elevado interés y motivación por mejorar e incrementar la relación y coordinación entre AP y SM incluso en aquellos encuestados que ya valoraban positivamente la coordinación y relación con su Centro de Salud Mental, proponiendo actividades de formación y coordinación conjunta.

A la luz de los datos sobre el estado actual de salud física en personas con TMG y las di-



ficultades que en otras áreas geográficas se han detectado a la hora de facilitar el acceso a los servicios de salud de este colectivo, relacionadas con actitudes disfuncionales, percepción de falta de formación y habilidades de manejo por parte de los profesionales de los CAP, consideramos que se hace necesario recabar la opinión y actitudes de los profesionales de AP que atienden a las personas con un TMG en el distrito. Por ello este trabajo se propone sensibilizar al colectivo de profesionales de AP, tal y como recomiendan los distintos organismos en sus planes de acción, así como recoger las dificultades, demandas y necesidades del personal de los CAP a través de una encuesta.

## Material y métodos

### Participantes

Los participantes en esta acción fueron médicos, enfermeros y trabajadores sociales de dos de los CAP que atienden a pacientes del distrito de Retiro. El total de participantes fue de 37 profesionales de los cuales, el CAP de Ibiza (n = 22) y Pacífico (n = 15), pertenecientes al Distrito de Retiro.

### Material

La acción se materializó a través de la aplicación de una encuesta, totalmente anónima y acompañada de una carta de presentación, con un formato de preguntas cerradas y abiertas que recogen aspectos relacionados con la percepción general ante el paciente con TMG que llega a la consulta de AP, la autopercepción de conocimientos o formación en materia de enfermedad mental y los problemas de salud física más comúnmente asociados, recursos del entor-

no promotores de hábitos saludables y la coordinación existente entre dispositivos. Esta primera parte de preguntas cerradas la constituye una escala tipo Likert con diecinueve preguntas y siete subapartados en el ítem 3. La escala tiene cinco categorías de respuesta que van desde "Muy en desacuerdo" a "Muy de acuerdo". Algunos de los ítems para la elaboración de ésta escala fueron seleccionados de anteriores instrumentos construidos para recoger actitudes hacia el paciente con TMG y que fueron sometidos a análisis estadísticos para medir su fiabilidad (M. Arrillaga Arizagaa, C. Sarasqueta Eizaguirreb, M. Ruiz Feliucy A. Sánchez Etxeberria., Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental, 2004; Ylla L, Ozamiz A, Guimón J. Sociedad, cultura y actitudes hacia la enfermedad mental, 1982). La encuesta también incluye seis apartados de preguntas abiertas en las que se recoge información acerca de las actitudes y opinión hacia las personas con TMG, la coordinación entre dispositivos, la autopercepción de conocimientos en materia de enfermedad mental y problemas somáticos asociados, recursos promotores de hábitos saludables del distrito y planteamiento de propuestas de mejora del tratamiento de estos pacientes.

Figura 1: Encuesta.

1. Ante la enfermedad mental grave, poco podemos hacer aparte de derivar a los pacientes al CSM.
2. Aunque muchos pacientes psiquiátricos parece que están bien, sería peligroso olvidarse por un momento de que están mentalmente enfermos
3. Tengo dificultad para tratar...
3.1. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
3.2. Trastornos del estado del ánimo.
3.3. Trastornos de la ansiedad.
3.4. Trastornos de la conducta alimentaria.
3.5. Trastornos del sueño.
3.6. <i>Trastornos somatomorfos.</i>
3.7. Trastornos por uso de sustancias
4. Conozco cuáles son los principales problemas de salud física más comúnmente asociados a los trastornos mentales graves.
5. <i>Conozco la oferta de recursos y actividades deportivas y de promoción del ejercicio físico del distrito (Polideportivos, actividades deportivas C.Culturales....)</i>
6. <i>Los enfermos mentales graves tratados por el CSM dejan de ser pacientes nuestros.</i>
7. <i>Conveniría que en toda comunidad se conociese bien qué individuos están mentalmente enfermos para estar prevenidos.</i>
8. <i>Conozco los recursos promotores de hábitos saludables y mejora de la salud disponibles en el distrito. (Cursos para dejar de fumar, charlas y talleres de alimentación....)</i>
9. <i>Considero que mis conocimientos sobre los tratamientos y abordajes de las enfermedades mentales graves antes mencionadas son adecuados.</i>
10. <i>La coordinación que mantenemos con el CSM es satisfactoria.</i>
11. <i>Es poco lo que puede hacerse por los pacientes con enfermedades mentales graves, excepto cubrir sus necesidades básicas.</i>
12. <i>La atención que presta el CSM a los pacientes que atiendo es satisfactoria.</i>
13. <i>Considero que mi formación en psiquiatría es suficiente para mi trabajo en atención primaria.</i>
14. <i>Aceptaría un trabajo cuidando a enfermos mentales graves.</i>
15. <i>Es necesaria la existencia del CSM en este distrito.</i>
16. <i>Considero que la oferta de actividades de promoción de la salud física que hay en el distrito es suficiente/adecuada.</i>
17. <i>Aconsejo o derivó a mis pacientes con problemas de salud física asociados a un trastorno mental grave a dichos recursos.</i>
18. <i>Me gustaría ampliar mi formación y asistir a cursos relacionados con alguno de los trastornos mentales graves anteriormente mencionados.</i>
19. <i>Considero que las actividades de promoción de la salud son poco eficaces en pacientes con trastorno mental grave.</i>

Por último, agradeceríamos que aportase información sobre las dificultades o propuestas para mejorar cada una de las siguientes áreas:
Coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental.
Actitudes y/o percepción hacia las personas con trastorno mental grave por parte de los profesionales sanitarios.
Conocimientos sobre salud mental en los profesionales de Atención Primaria.
Tratamiento de los problemas físicos en pacientes con trastorno mental grave.
Recursos promotores de hábitos saludables del distrito.
Otras propuestas para la mejora del tratamiento de estos pacientes.

## Método

La aplicación de la encuesta se enmarca dentro de una acción general de sensibilización y lucha contra el estigma en los Centros de Atención Primaria (CAP) del distrito. El contacto se realizó a través de las trabajadoras sociales de los CAP, a quienes se les explicó la acción a realizar y pudieron facilitarnos un espacio para llevarla a cabo en el horario bisagra que los profesionales de los CAP tienen dedicado semanalmente a la formación. La acción tuvo lugar en dos encuentros, en dos fechas distintas, con los profesionales de dichos centros.

## Presentación y aplicación de la encuesta

El primer encuentro se dedicó a la presentación, explicación y aplicación de la encuesta, así como reparto de folletos informativos acerca de los recursos de rehabilitación psicosocial. Para facilitar la participación de personas que no pudieron estar presentes en el acto de presentación, se dejaron algunos cuestionarios con su correspondiente carta de presentación a las trabajadoras sociales para que los profesionales sanitarios del centro que quisieran responder pudieran depositarlos en un casillero disponible en los centros de salud, de cara a garantizar el anonimato. Pasado un plazo de quince días se recogieron presencialmente.

Para el análisis de los datos de los 19 ítems se utilizó el programa IBM SPSS Versión 21.0 y se obtuvieron los estadísticos descriptivos para hallar las frecuencias y porcentajes de respuesta en cada categoría.

## Acción de sensibilización a profesionales de AP

En el segundo encuentro se llevó a cabo la devolución, en formato de presentación digital y en folletos informativos, de los resultados de la encuesta, la exposición de los datos que aportan encuestas previas realizadas en otras comunidades autónomas en las que también se ha recogido la opinión de los médicos de cabecera, así como un espacio de sensibilización. Dentro de éste espacio se proyectó el vídeo incluido en la estrategia *1 de cada 4* (Iniciativa intersectorial del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía contra el estigma social de la enfermedad mental, 2006), se expusieron los datos sobre morbilidad y mortalidad de los pacientes con TMG incluidos en el *Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia* de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. (Sáiz Ruiz J. Bobes García J. Vallejo Ruiloba, J. Giner Ubago, J. García-Portilla González, M.P. 2008), los planes de acción desde las distintas organizaciones, así como experiencias e intervenciones llevadas a cabo en distintas unidades para controlar el peso, mejorar los hábitos de alimentación y ejercicio físico (Gaitero Calleja, A.M., Santed Germán, M.A., Rullas Trincado, M y Grande de Lucas, A., 2007) y reducir el consumo de tabaco (Arroyo Cifuentes, J.L., Otero Vicario, C., 2008; Iglesias García C, Alonso Villa MJ, Bernaldo de Quirós JC, Bocanegra Suárez E, Cueta Gonzalo J, García del Valle R, et al., 2009)

Por último se creó un espacio de planteamiento de dudas, necesidades, intercambio de opiniones y propuestas de coordinación y colaboración conjunta entre los recursos de rehabilitación psicosocial del distrito de Retiro (CRPS, CD y EASC) y el Centro de Salud para mejorar la atención individual al

usuario con TMG así como la promoción de hábitos saludables y prevención de las enfermedades físicas de las personas a las que atendemos conjuntamente.

## Resultados

La participación el día de presentación y entrega de las encuestas, en ambos CAP fue del 100% del total de las encuestas entregadas a los asistentes. A través del método de recogida en el casillero del Centro de Salud, se recogieron otras diez encuestas.

### Parte cerrada

**Actitudes y percepción hacia el paciente con TMG:** Un 62% de los encuestados considera que poco más puede hacer más por los pacientes con TMG a parte de derivarlos a CSM. Además, un 54% de los encuestados consideran que, una vez derivado, el paciente con TMG con seguimiento desde CSM deja de ser paciente del CAP. A la pregunta de si consideran que se pueden hacer algo más por estos pacientes a parte de cubrir sus necesidades básicas, un 51% de los encuestados considera que poco más se puede hacer mientras que el 37% de los encuestados considera que sí podría hacerse algo más por este tipo de perfil de pacientes.

Aproximadamente la mitad de los participantes (51%) considera de acuerdo o muy de acuerdo que aunque muchos pacientes psiquiátricos parece que están bien, sería peligroso olvidarse por un momento de que están mentalmente enfermos. Por otro lado, mientras que un 32% de los encuestados está en desacuerdo con el hecho de que sería necesario que en la comunidad se conociese qué personas padecen un TMG para estar prevenidos, sigue existiendo un 54% de personas

que sí consideran que debería existir ese señalamiento y a un 13% le resulta indiferente esta cuestión. Finalmente, a la pregunta de si aceptaría un trabajo en el que tuviese a su cuidado a un paciente con TMG, El 73% de los encuestados no lo aceptaría y un 16% sí que lo realizaría.

**Conocimientos y formación:** Respecto a los ítems que hacen alusión a las dificultades a la hora de tratar diferentes tipos de trastornos mentales, un 51,3% de los profesionales encuestados no considera que tenga dificultad para tratar a pacientes con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, mientras que un 43% reconoce tener dificultades para tratar a este tipo de pacientes y un 5,4% se mantienen indiferentes. A casi el 60% de los encuestados les resulta difícil el trato con pacientes que presentan trastornos del estado de ánimo mientras que un 38% no se ven con limitaciones a la hora de su abordaje. Ocurre algo similar respecto al manejo de pacientes con ansiedad; Un 54% considera que le resulta difícil el manejo, respecto a un 37% que se mostraron en desacuerdo o muy desacuerdo. Respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, aproximadamente la mitad de los encuestados (54%) les resulta difícil su manejo. Tan solo un 35% de los encuestados se maneja bien en consulta atendiendo trastornos del sueño, mientras que un 59% reconoce dificultades en su abordaje. Y respecto al abordaje en casos de uso/abuso de sustancias, un 48% de los encuestados considera que tiene dificultades a la hora de tratar estos casos mientras que el 40% dice manejarse bien.

En relación a las preguntas realizadas sobre formación que los profesionales de Atención Primaria consideran que tienen en psiquiatría y trastorno mental grave, una amplia mayoría de los encuestados (70,3%) considera que sus conocimientos acerca del tratamiento y abordaje de los TMG es inadecuado. Tan solo un

10% considera que tiene los conocimientos adecuados acerca del tratamiento y abordaje del TMG y un 18% se muestra indiferente. Más de la mitad de los encuestados (62%) considera que no dispone de suficiente formación en psiquiatría para desempeñar sus funciones en consulta mientras que un 19% se verían completamente formados en este sentido. En general, al 83,7% de los participantes les gustaría ampliar su formación y asistir a cursos relacionados con los TMG. Por otro lado, respecto al conocimiento de la comorbilidad física del TMG, aunque algunos de los encuestados 37% refiere conocer la problemática de salud física asociada a este tipo de psicopatologías, sigue existiendo una parte del profesional sanitario que la desconoce (30%) y un porcentaje de participantes a los que les resulta indiferente esta cuestión (33%).

**Recursos del entorno promotores de hábitos saludables:** Respecto a la información y conocimiento que los profesionales sanitarios tienen sobre la oferta de recursos del entorno promotores de hábitos saludables, la realidad es que un 62% de los encuestados desconoce cuáles son los recursos promotores de hábitos saludables y mejora de la salud disponibles en el distrito (Cursos para reducción de tabaco, charlas y talleres de alimentación, etc) y tan solo un 24% refiere conocerlos. Lo mismo ocurre con la oferta de recursos deportivos y de promoción del ejercicio físico del distrito ya que tan solo un 24% de los encuestados refiere conocerlos, mientras que un 54% de los encuestados desconoce la oferta y a un 21,6% les resulta indiferente. Respecto a la valoración que hacen de la oferta de recursos, el 40% de los encuestados considera que es insuficiente/inadecuada, un 11% está conforme y a un 48,5% esta cuestión le resulta indiferente. Respecto a si los profesionales aconsejan o derivan a sus pacientes con TMG a los recursos sociocomunitarios, la opinión

es bastante heterogénea; Un 32% no deriva, un 53% dice hacerlo y el restante se muestran indiferentes.

**Coordinación con Salud Mental:** Por último, la encuesta contiene ítems que hacen alusión a la percepción que los profesionales del CAP tienen respecto al CSM de la zona y la coordinación entre ambos dispositivos. Los datos muestran que no hay ningún profesional que no considere necesaria la existencia de un CSM en el distrito. A este respecto, casi la totalidad están de acuerdo o muy de acuerdo en lo necesario de éste dispositivo (97%). Respecto a la atención que los profesionales de atención primaria consideran que el CSM presta a los pacientes, un 37% de los encuestados creen que la atención que presta el CSM a los pacientes a los que atienden es insatisfactoria, el 27% la encuentra satisfactoria y al 35% esta cuestión le resulta indiferente. Finalmente, tan solo un 13,5% de los profesionales encuestados se muestra satisfecho con la coordinación existente entre CSM y CAP., un 53% se consideran insatisfechos y a un 29% esta cuestión le resulta indiferente.

## Parte abierta

Si observamos el porcentaje de respuesta en las preguntas abiertas así como las respuestas cualitativas más frecuentes por áreas a evaluar, se puede comprobar cómo lo que más preocupa a los encuestados es: Principalmente tener más formación y conocimientos en salud mental y concretamente en TMG. Los participantes proponen acciones concretas como realizar talleres, charlas, cursos, visitar los centros, etc. Otro aspecto en el que ha habido gran participación ha sido la demanda de mayor coordinación entre dispositivos, bien a través de nuevas acciones o bien retomando las reuniones que se realizaban anteriormente entre el CAP y el CSM.

Tabla 1. Respuestas abiertas.

Aspecto a evaluar	% Respuestas	Respuestas más frecuentes
Conocimientos sobre salud mental en los profesionales de Atención Primaria	75,6%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de formación/conocimientos</li> <li>• Formación mínima en trastornos menores pero nula en graves</li> <li>• Propuesta de talleres, charlas, cursos</li> <li>• Propuesta de más acciones de sensibilización</li> <li>• Propuesta de visitar los centros y conocer cómo se trabaja.</li> </ul>
Coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental	64%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación inexistente o nula</li> <li>• Reanudar la coordinación que existía entre AP y CSM</li> <li>• Disponer de personal de enlace</li> <li>• Incrementar la frecuencia de reuniones</li> <li>• Mejorar el horario de coordinaciones (Fuera del horario bisagra)</li> <li>• Incrementar el contacto telefónico para casos individuales</li> <li>• Establecer una historia clínica informatizada conjunta y fiable.</li> </ul>
Tratamiento de los problemas físicos en pacientes con Trastorno Mental Grave	43,2%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocimiento</li> <li>• No hay diferencias respecto a población general</li> <li>• Dificultades en el abordaje por mala adherencia del paciente</li> <li>• Necesidad de mayor control de los factores de riesgo, pero dificultades para el manejo.</li> </ul>
Actitudes y/o percepción hacia las personas con TMG por parte de los profesionales sanitarios	40,5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recelo o miedo</li> <li>• Inseguridad</li> <li>• Impotencia</li> <li>• Falta de implicación/responsabilidad</li> <li>• Rechazo</li> <li>• Estigma</li> <li>• Actitud inadecuada</li> </ul>
Recursos promotores de hábitos saludables del distrito	40,5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocimiento</li> <li>• Desconocimiento por falta de implicación/tiempo</li> <li>• Polideportivos</li> <li>• Centros de Día</li> </ul>
Otras propuestas para la mejora del tratamiento de estos pacientes	37,8%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demanda de mayor formación/conocimiento</li> <li>• Mejora de la coordinación</li> <li>• Personal de enlace</li> <li>• Más recursos económicos/personal</li> <li>• Más recursos promotores de hábitos saludables.</li> </ul>

## Discusión

### Conclusiones

Los resultados obtenidos a través de la encuesta indican que sigue existiendo señalamiento hacia las personas con TMG, además de resistencias, miedo, inseguridad y estigma a la hora del abordaje profesional. Algunos profesionales incluso tienen escasas expectativas en cuanto a la atención que se puede proporcionar a los pacientes con TMG más allá de derivarles a su Centro de Salud Mental y cubrir sus necesidades básicas, lo que podría alertar de una posible falta de implicación por parte del personal. No obstante, estas actitudes parecen tener que ver más con un claro desconocimiento de este tipo de psicopatologías, la problemática de salud física que presentan de manera comórbida y especialmente su abordaje por la percepción generalizada de que el paciente con TMG es mal cumplidor de los tratamientos y que presenta poca adherencia a los mismos. En este sentido, existe un consenso en que la formación, capacitación y nivel de conocimientos de los que disponen los profesionales de AP para tratar a personas con TMG es insuficiente o inadecuada y existe una gran demanda por ampliar los conocimientos relacionados con el TMG, a través de propuestas concretas como sesiones formativas, talleres, cursos específicos, acciones de sensibilización, etc.

Respecto a la coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria, los profesionales de los CAP tienen muy presente la necesidad de que en el distrito exista un CSM de referencia y además consideran muy importante la coordinación entre dispositivos, mostrando gran interés en desarrollar una coordinación más frecuente y de mayor calidad entre ambos, ya que lo consideran claramente insuficiente.

Estos resultados concuerdan con estudios previos realizados en otras comunidades autónomas donde se pone de manifiesto que los profesionales de atención primaria tienen mucho que decir respecto a los pacientes con TMG a los que atienden (Gualtero, R y Turek, L., 1999; Arrillaga Arizaga M, et al., 2004)

Un dato muy significativo es que sigue existiendo una parte del profesional sanitario que desconoce (30%) la problemática de salud física más comúnmente asociada al TMG y a un 33% de los encuestados a los que les resulta indiferente esta cuestión. Por ello este trabajo se ha centrado en sensibilizar e informar sobre los alarmantes datos existentes respecto a la morbilidad y muerte prematura en población con esquizofrenia y otros TMG, a través de la aplicación de una encuesta y posterior devolución de los resultados como un dato de realidad, así como difundir los planes de acción y guías de intervención que se vienen diseñando desde distintos organismos.

Respecto al conocimiento de los recursos sociocomunitarios, a pesar de que un 59% de los encuestados considera que las actividades de promoción de la salud física pueden ser eficaces en las personas con TMG, muchos de ellos desconoce la oferta de recursos del distrito destinados a la promoción de la salud y las actividades deportivas, lo que hace menos probable que puedan derivar a los usuarios a recursos específicos. Es por ello que dentro de la acción de sensibilización también se puso en común información sobre recursos del entorno promotores de hábitos saludables (Polideportivos, Madrid Salud, Centros culturales, etc). En este sentido, fue significativo encontrar que los programas de hábitos saludables (Tabaquismo, alimentación, estimulación cognitiva, etc) que se llevan



a cabo en los CAP tienen como criterio de exclusión el padecer un TMG, precisamente y según informaron los profesionales, por la percepción de falta de manejo, estigma y expectativas de baja adherencia terapéutica del paciente.

## Limitaciones

La principal limitación de este trabajo tiene que ver con que la encuesta elaborada presenta carencias metodológicas, resultando poco útil el sometimiento a análisis estadístico para obtener indicadores de homogeneidad, y análisis factorial, teniendo en cuenta el reducido tamaño de la muestra. La utilidad de la misma actualmente es por tanto puramente descriptiva y como medio para llevar a cabo las acciones de sensibilización en los CAP.

En el momento presente, se mantiene contacto con los CAP. Por un lado, con los centros en los que ya se realizó la acción de sensibilización, donde a raíz de este trabajo de recogida de opinión y sensibilización se han iniciado coordinaciones y seguimiento de casos individuales de pacientes que atendemos de manera común, así como propuestas concretas de colaboración: Realización de sesiones conjuntas de programas de Hábitos saludables de los recursos de rehabilitación psicosocial CRPS, CD y EASC de Retiro y los CAP. Así mismo, se está concretando con otros centros del distrito (C.S. de Arroyo Medialegua, C.S Pavones y C.S. Torito) la puesta en marcha de la acción.

La aplicación en estos y otros Centros de Salud permitiría incrementar el tamaño muestral para poder realizar un análisis psicométrico que evaluase la fiabilidad y obtener factores (Análisis factorial), de cara a disponer de un instrumento estandarizado que reuniese ciertas garantías.

## Aportación a la realidad asistencial

Este trabajo, por tanto, pretende iniciar la puesta en marcha a nivel comunitario de las directrices e intervenciones concretas que los distintos organismos e instituciones marcan en sus planes de acción respecto a la necesidad de reducir el estigma en el personal sanitario, sensibilizar de la problemática de la comorbilidad física asociada y prevenir el deterioro del paciente con TMG.

La experiencia de este trabajo nos dice que hay una muy buena disposición por parte de los profesionales de AP y un gran interés por mejorar la colaboración y coordinación entre dispositivos así como para desarrollar acciones conjuntas concretas. Esta actitud colaborativa se ha recogido de manera cualitativa y cuantitativa en los CAP donde se ha llevado a cabo la acción completa, pero también en los centros en los que han iniciado los contactos para la puesta en marcha próximamente hay un gran interés. Es por ello que consideramos importante atender a esta demanda y promover, desde los dispositivos de rehabilitación psicosocial que conforman la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental, la coordinación con los CAP de los correspondientes distritos para llevar a cabo esta acción y contribuir así en un futuro a la reducción del estigma y atención a las necesidades de cuidado de la salud física de los usuarios a los que atendemos.

## Referencias

Allebeck P. Schizophrenia: a life-shortening disease. *Schizophr Bull* 1989;15(1): 81-9.

Arrillaga Arizaga M, et al. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Atención Primaria* 2004; 33(9): 491-5

Arroyo Cifuentes JL, Otero Vicario C. Consumo de tabaco en personas diagnosticadas de enfermedades mentales graves y crónicas. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús* 2008;(194): 415-428.

Buitrago R, Ciurana R, Chocron L, Fernández C, García J, Montón C, et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria de salud. *Atención Primaria* 1999; 24: 133-6.

Camps García C, Grisbert C, Montilla F, Gutiérrez J. Los médicos de atención primaria ante la Salud Mental. *Revista española de neuropsiquiatría* 1995; 15(53):217-222.

Cortes JA, et al. La prevalencia del malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas, *Atención Primaria* 1993; 11(9):459-462.

Díez Manrique J, Menéndez Arango J, Samaniego Rodríguez C, Vazquez Barquero J, Guillén J, Lequerica Fuente J, Liarío Rincón A, García Quintanal R, Peña Martín C. Actitudes hacia el enfermo psiquiátrico. *Actas Luso Españolas de neurología y psiquiatría* 1983; 11: 295-312

Gaitero Calleja AM, Santed Germán MA, Rullas Trincado M, Grande de Lucas A. Programa de control de peso en personas con enfermedad mental grave del espectro psicótico. *Psicothema* 2007; 19(4):640-645.

Gualtero R, Turek L. Salud mental: Encuesta a los médicos de atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1999; 19(7):225-234.

Iglesias García C, Alonso Villa MJ, Bernaldo de Quirós JC., Bocanegra Suárez E, Cueta Gonzalo J, García del Valle R, et al. Modificación del patrón de consumo de tabaco en una unidad de psiquiatría de Hospital General. *NURE Investigación* 2009; 6(38). Recuperado de <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/389/380>

Knapp M, Mcdaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007

Nasrallah HA. An overview of common medical comorbidities in patients with schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2005; 66(6):3-4.

Organización Mundial de la Salud. El Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ediciones de la OMS; 2013

Informe compendiado de la OMS, departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la promoción de la salud y la Universidad de Melbourne Promoción de la Salud mental. Conceptos, evidencia emer-

gente y práctica. Ginebra, ediciones de la OMS; 2004

Ordoñez Fernández M. ¿Están motivados los médicos de atención primaria de nuestra zona hacia la coordinación y formación en salud mental?. Anales de psiquiatría 2008; 24(5): 203-210.

Ruiz Ruiz M, Brotat Ster M, Sentis Villalta J. Elaboración de una escala de actitudes hacia las enfermedades psíquicas, el psiquiatra y la psiquiatría. Revista de Psicología General Aplicada 1977; 33: 877-86.

Sáiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago MP, García-Portilla González. Grupo de Trabajo sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Españolas de Psiquiatría 2008;36(5): 251-264

Ylla L, Ozamiz A, Guimón J. Sociedad, cultura y actitudes hacia la enfermedad mental. Psiquis 1982; 3: 30-44



---

## DESEMPEÑO DEL ROL DE VOLUNTARIO EN EL PROCESO DE RECUPERACION DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. EXPERIENCIA DEL CENTRO DE DIA DE ARAVACA

---

### **Nuria Santos Bermejo**

Educadora social Centro de Día Aravaca.

Línea de Rehabilitación Psicosocial, Hermanas Hospitalarias, Madrid.

Centro vinculado a la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

### **María Acosta Benito**

Terapeuta ocupacional Centro de día de Aravaca.

Línea de Rehabilitación Psicosocial, Hermanas Hospitalarias, Madrid.

Centro vinculado a la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

## **Resumen**

Actualmente, la evolución de la atención a las personas con trastorno mental grave está avanzando hacia un modelo social. Esta evolución está amparada por las leyes y normativas vigentes así como numerosos estudios que avalan una práctica centrada en la persona, en sus capacidades y en el modelo de recuperación. En el presente trabajo se ejemplifica un modelo de trabajo, donde el desempeño del rol de voluntario, con sus diferentes niveles y apoyos, hace posible que las personas con TMG puedan elegir un proyecto de vida consecuente con sus valores y con su derecho a participar socialmente como ciudadanos de pleno derecho.

**Palabras clave:** Voluntariado, trastorno mental grave, participación social, rol de voluntario.

## **Abstract**

Currently, the evolution of care for people with mental disorder has being developed from a social model. This evolution is guide by laws and regulations in force. In addition, numerous studies support a practice focused on the person, their capabilities and the recovery model. The present article exemplifies a work model where the performance of the volunteer role, with its different levels and supports, makes it possible for people with mental disorder can choose their life projects. These life projects are consistent with their values and their right to participate socially as full citizens.

**Key words:** Voluntary work, several mental disorder, social participation, volunteer role.

## Introducción

La atención a personas con trastorno mental grave (TMG), ha sufrido muchísimos cambios a lo largo de los últimos cincuenta años en el mundo. Estos cambios también se han visto reflejados en el sistema socio-sanitario español. Así, actualmente, nos encontramos lejos del modelo manicomial donde las personas con enfermedad mental, suponían una carga o un castigo y hemos traspasado las fronteras del modelo médico rehabilitador, donde el problema recae sobre la persona que ha de ser normalizada y curada, a través de la atención sanitaria. Nos encontramos en la era donde el modelo que impera es el social, que nos habla de que los motivos que causan la discapacidad se encuentran en la comunidad, son responsabilidad de todos.

Dentro de este marco social, se observa una evolución de las normativas vigentes que inciden en considerar a la persona con discapacidad, en este caso, con trastorno mental, como ciudadana de pleno derecho.

En cuanto a la normativa que regula la discapacidad, encontramos que en la Ley 26/2011 de 1 de agosto, de adaptación normativa a la convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en concreto tienen un mismo nexo en común y este es el reconocimiento de los siguientes principios:

- a) *El respeto de la dignidad inherente, autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas.*
- b) *La no discriminación.*
- c) *La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.*
- d) *El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad*

*como parte de la diversidad y la condición humanas.*

e) *La igualdad de oportunidades.*

f) *La accesibilidad.*

Estos mismos principios ya fueron reconocidos por la ONU en 1948, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Así, podemos observar, cómo los nuevos modelos de apoyo a la persona con TMG, también han evolucionado hacia el marco social y se basan en metodologías como el empoderamiento, la capacitación y la participación activa de las personas en sus procesos de recuperación.

Cuando hablamos de recuperación, hacemos referencia a que la persona con TMG sea capaz de crear su propio proyecto de vida, su contexto. Se trata, según los principios de la recuperación (Geoff et al, 2008), de construir una vida con sentido, basada en las capacidades y fortalezas de la persona, independientemente de sus síntomas. Desde esta perspectiva, el proceso de recuperación está estrechamente vinculado con la participación social y el desempeño de roles ocupacionales significativos. La familia, amigos y los grupos de iguales, son clave para el crecimiento de la persona que experimenta en primera persona el TMG.

La puesta en marcha de la perspectiva de la recuperación, hace que las personas se descubran o se redescubran a lo largo del proceso. La reflexión y el trabajo personal de la persona con TMG, sobre aquellos roles y ocupaciones significativas, constituyen una pieza clave. Sobre todo, el trabajo y el desempeño de otros roles productivos, son el medio más valioso para iniciar los procesos de recuperación de personas adultas.

Las personas que acuden a los servicios de recuperación psicosocial, especialmente a los dispositivos denominados Centros de Día, presentan un desequilibrio ocupacional

evidente, donde las actividades productivas son escasas o inexistentes. Esta situación, hace más difícil la consecución de una vida plena. Así, analizando conjuntamente la perspectiva productiva entre usuarios y profesionales, el desempeño del rol de voluntario, se ha convertido en una alternativa viable para aquellas personas que quieren conseguir un equilibrio saludable en las áreas de autocuidado, ocio y productividad.

Pero, ¿qué entendemos por voluntariado? La primera ley que legisla el voluntariado en España es la *Ley 6/1996 de 15 de enero, del voluntariado*. Realiza la siguiente definición de voluntariado: *se entiende por voluntariado el conjunto de actividades de interés general, desarrolladas por personas físicas, siempre que las mismas no se realicen en virtud de una relación laboral, funcional, mercantil o cualquier otra retribuida y reúna los siguientes requisitos: 1. De carácter altruista y solidario, 2. Sin obligación personal o deber jurídico. 3. Sin prestación económica. 4. Se realicen a través de organizaciones privadas y públicas y con arreglo a programas y proyectos*. Esta ley, deja al margen cualquier actividad de voluntariado realizada de manera esporádica, o que no se realicen, en organizaciones y entidades tanto públicas como privadas.

La siguiente Ley que regula el voluntariado, *Ley 1/2015 de 24 de febrero del voluntariado en la Comunidad de Madrid*, define la acción de voluntariado, como el *conjunto de actividades de interés general desarrolladas por personas físicas en el seno de organizaciones públicas o privadas, que tengan un carácter libre, gratuito y solidario, sin que tengan por causa una obligación personal o un deber jurídico*. Esta Ley de la Comunidad de Madrid, aunque se redacta 20 años más tarde de la anteriormente descrita, no da una definición nueva, ni comenta nada de la

libre accesibilidad de todas las personas a la realización de la actividad del voluntariado.

Unos meses más tarde, a nivel Estatal, aparece la *Ley 45/2015 de 14 octubre, de Voluntariado* da la misma definición que en su anterior *Ley 6/1995 de 15 de enero, del voluntariado*, pero incluye las siguientes novedades:

- En el Título I artículo 5,2 habla de los principios que consideran la acción voluntaria en el punto i hace partícipe y reconoce la inclusión social y el libre acceso de cualquier colectivo en desventaja social a las actividades de voluntariado, este artículo dice: *incluye la no discriminación de los voluntarios por su razón de nacionalidad, origen racial o étnico, religión, convicciones ideológicas o sindicales, enfermedad, discapacidad, edad, sexo, identidad sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal*.
- En el mismo apartado pero el punto j, además nombra específicamente los colectivos que deben tener acceso a la realización de cualquier actividad de voluntariado: *la accesibilidad de las personas con discapacidad, de las personas mayores y de las personas que están en situación de dependencia*.
- En el Título II, en el artículo 8.3 traslada la responsabilidad a la sociedad y a la Comunidad, de aceptar y fomentar que personas con cualquier tipo de discapacidad tenga libertad de acceso al voluntariado y participen en la sociedad a través de esta actividad, siendo las entidades mismas las que favorezca y adapten sus actividades a las capacidades de la persona voluntaria que reciben señalando lo siguiente: *las entidades de voluntariado deberán garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y a la accesibilidad universal de los voluntarios mayores, con discapacidad*

*y en situación de dependencia, de manera que puedan ejercer, en igualdad de condiciones respecto del resto de voluntarios, los derechos y deberes que les correspondan de acuerdo con esta Ley, erradicando cualquier posible forma de discriminación. En estos casos, el consentimiento para su incorporación en la entidad de voluntariado, la información y formación y las actividades que les encomienden, se deberán llevar a cabo en formatos adecuados y de acuerdo con las capacidades y circunstancias personales, siguiendo las pautas marcadas por los principios de accesibilidad universal y diseño para todos, de manera que les resulten accesibles, usables y comprensibles.*

Pero si hay un texto legal, además de todas la legislación vigente, que en nosotros es clave y que justifica y fundamenta nuestra intervención con cualquiera de los usuarios que han querido trabajar o explorar su rol de voluntario en nuestro Centro de Día es el *Dictamen del Comité Europeo y Social Europeo sobre "El voluntariado, su papel en la sociedad europea y su impacto"* publicado en el 2006. Este texto da la siguiente definición de voluntariado: *el voluntariado se lleva a cabo libremente y por iniciativa propia, que el voluntariado no debe de estar remunerado, y que el voluntariado tiene por objeto intervenir a favor de personas distintas de las que integran la familia del propio voluntariado o de determinados grupos sociales y con ello ser útil a la sociedad (aunque indiscutiblemente el voluntariado ofrece grandes posibilidades en cuanto a la formación de la personalidad del voluntario).*

Este texto, además hace una clasificación de distintos tipos de voluntariado en punto 3.5, pero quizás el que más se asemeja al voluntariado que desde el Centro de Día se ha querido trabajar, es el *Servicio Volun-*

*tario: forma parte de las actividades de voluntariado y se caracteriza por los siguientes aspectos: se realiza durante un periodo determinado, tiene objetivos y contenidos claro, tareas concretas, estructura y marco precisos a demás de contar con el apoyo adecuado y protección jurídica y social.*

Dentro del apartado 4 de este Dictamen, "el papel general socioeconómico del voluntariado en la sociedad europea" reconoce y da la oportunidad a los colectivos que se encuentran en especial vulnerabilidad de que a través del voluntariado vuelvan formar parte de la sociedad y les invita a la participación social, dentro del entorno que les rodea como se refleja en el punto 4.6.4 *El voluntariado puede brindar a los distintos grupos marginados de población una oportunidad para acceder a la sociedad e integrarse en ella, ya sea a través de la ayuda que les brindan los voluntarios o mediante su propia actuación como voluntarios reinsertándose de este modo en la sociedad. Esta captación a través del voluntariado, es importante sobre todo para los grupos de población socialmente excluidos y para los inmigrantes.* Este apartado es, quizás con el que más nos hemos identificado y el que ha guiado nuestra intervención, durante todos estos años.

## Método

Para la realización del presente artículo se ha realizado una revisión sistemática de documentos legales, así como de manuales, y de los estudios científicos publicados. Para ello se han empleado como palabras clave o descriptores las siguientes: derechos y discapacidad, trastorno mental grave, rol de voluntario y participación comunitaria.

En la búsqueda bibliográfica, se han incluido todos los documentos legales relacio-



nados con la Unión Europea y con España y aquellos manuales, revisiones y estudios relacionados, de los últimos años.

## Desarrollo y discusión

Un objetivo compartido de los profesionales que trabajan en salud mental es poder acompañar adecuadamente a las personas con TMG, en su proceso de recuperación. La forma de hacer este acompañamiento, como sabemos, está sufriendo muchos cambios. Cambios amparados por la legislación vigente, así como por los nuevos descubrimientos científicos, ligados a las ciencias psicosociales.

Desde este nuevo paradigma social, el Centro de Día de Aravaca ejerce, su acompañamiento a las personas y, especialmente, desde 2014, ofrece el desempeño del rol de voluntario, como una alternativa viable y de gran impacto para los procesos de recuperación individuales.

Como centro, el proceso de incorporar esta perspectiva, ha constituido un camino novedoso y una apuesta clara por la capacidad de la persona. Para comenzar a realizar este trabajo, partimos de un axioma proveniente de las ciencias de la ocupación: *consideramos a los seres humanos como seres ocupacionales, y consideramos que tener una ocupación digna y que dé significado a la existencia de la persona es tan fundamental para la salud y el bienestar como comer, beber y ser amado* (Kronenberg, 2004). Por lo tanto, lejos de quedarnos en una visión reduccionista de la rehabilitación, nos acercamos a los seres humanos desde el corazón, guiándonos por las palabras de Mosey (1981) quien describió la práctica profesional, como *la capacidad para establecer comunicación, sentir empatía y guiar a los*

*demás para que lleguen a conocer y dar uso de su potencial como miembros participativos de la comunidad.*

Comenzamos el proceso creando espacios de comunicación entre las personas que conformamos el centro. Usuarios, profesionales, familias... todos somos bienvenidos para aportar ideas y reflexiones. Bajo estas reflexiones, fueron las conclusiones a las que llegamos:

- Muchas de las personas que acudían al centro de día reconocieron como valores propios la solidaridad, el sentirse útil, compromiso social y la ayuda al prójimo.
- Algunas de las personas que acudían al centro de día reconocieron que el área más productiva de sus vidas se había visto reducida o anulada por motivos relacionados con la enfermedad, la incapacidad laboral o los contextos de privación o alienación ocupacional donde se desenvolvían.

Teníamos, entre todos diferentes retos por los que luchar: encontrar actividades productivas significativas para las personas que acudían al centro así como generar esos contextos adecuados que potencien la participación de todos en igualdad. Encontramos en el voluntariado una herramienta útil para superar estos desafíos.

Actualmente, de las 35 personas que acuden al Centro de Día de Aravaca, están llevando a cabo alguna acción relacionada con el voluntariado 21, de las cuales 15 personas son hombres y 6 son mujeres, lo que supone que el 84% de las personas que acuden al centro están realizando alguna acción relacionada con el voluntariado. Estas acciones pueden ser: mostrar interés, a través de verbalizaciones con otros usuarios y profesionales, participar en el Taller Solidario, formación relacionada con el voluntariado, búsqueda activa de voluntariado o participación activa en un voluntariado.

Tabla 1. Porcentaje de personas que realizan acciones voluntaria.

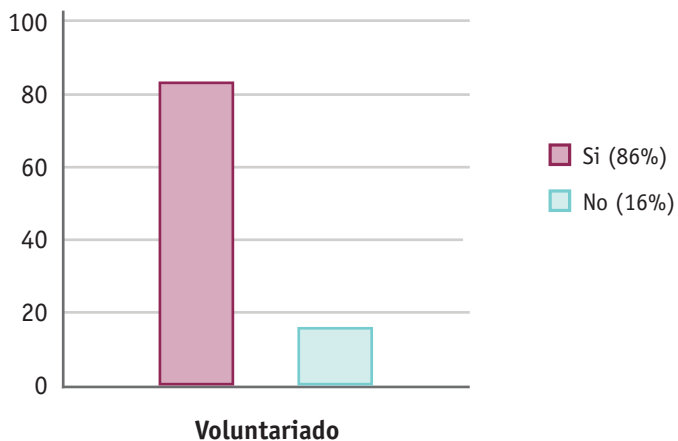
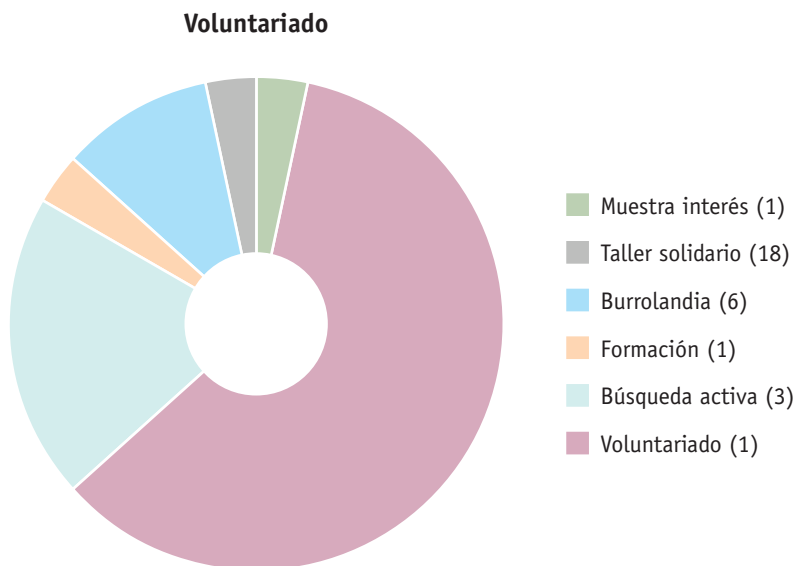


Tabla 2. Acciones voluntarias emprendidas desde el CD Aravaca y número de personas que las desarrollan.



Desde el año 2014 el interés por el área del voluntariado ha hecho que, usuarios y profesionales, desarrollan dos tipos de acciones para acercar este mundo a las personas interesadas.

- a) La primera de ellas, para aquellas personas que nunca habían tenido relación con este ámbito, tiene sus orígenes en el “Taller Solidario” que se llevaba a cabo en el centro.
- b) La segunda de ellas, para aquellas personas que tenían claro qué era ser voluntario, consistió en buscar actividades y contextos donde, directamente, pudieran desempeñar este rol. Esta búsqueda se hizo a dos niveles, a nivel grupal y a nivel individual.

Atendiendo a la primera de las líneas de acción, aquella relacionada con el Taller Solidario podemos decir que se dio un giro al planteamiento de este taller. Tradicionalmente, la metodología aplicada para el desarrollo de este programa consistía en elaborar manualidades en el centro para poder venderlas y, con el beneficio obtenido, colaborar con diferentes Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). Desde el año 2014, el Centro de Día Aravaca apostó por cambiar esta metodología e incorporar nuevas metodologías con el objetivo de que, las personas exploraran sus valores y se implicaran en la búsqueda de acciones, para poder desempeñar en sus vidas estos valores. Así, se comenzaron a implementar nuevas acciones donde la Comunidad tenía un papel fundamental. Se pasó de implementar el programa íntegramente en el centro a comenzar a caminar hacia la participación social y comunitaria. Algunas de estas acciones son:

- Charlas solidarias, donde diferentes organizaciones nos cuentan sus experiencias de voluntariado. Estas charlas tienen lugar en centros culturales, parroquias... y

las personas del centro toman la responsabilidad de organizarlas. Se realizaban para toda la comunidad, es decir, no solamente acuden personas del Centro de Día, sino que todos estamos invitados.

Por ejemplo, una voluntaria de Mozambique nos contó la labor que hacen allí con las niñas víctimas de la pobreza.

Otro ejemplo es cómo dos voluntarios acudieron a la parroquia de Aravaca para acercarnos su labor humanitaria en el huracán que azotó a Cuba el año pasado.

- Colaboración con campañas de diferentes entidades. A través de diferentes organizaciones hemos acudido, como Centro de Día, a dar nuestro apoyo a campañas como la emprendida por el banco de alimentos, donde recogemos y clasificamos los alimentos que las personas donan, recoger y donar medicación o el arreglar y repartir juguetes a niños en la época de Navidad.

En relación con la segunda línea de acción, las personas que tenían claro qué era ser voluntario y cómo querían desempeñar este rol en su vida, comenzaron una búsqueda activa de intereses y de recursos para llevarlo a cabo. Así, la principal acción llevada a cabo desde entonces ha sido la colaboración como voluntarios en Burrolandia, una ONG que se dedica al cuidado y protección de los burros y otros animales. Aquellas personas que no quisieron participar en Burrolandia, fueron acompañadas por los profesionales del Centro, para realizar una aproximación individual al mundo del voluntariado, a través de la exploración de intereses, la formación específica y la participación voluntaria a nivel individual.

El implementar estas acciones está basado en un principio fundamental, que hemos conseguido llevar a la práctica: el conseguir una atención individualizada para cada una de las personas que acuden al Centro de Día.

Esta atención, ha sido posible escuchando y acompañando a la persona en base a las siguientes claves:

- a. Ofrecer esperanza, primero de los componentes del modelo de recuperación (Geoff et al, 2008). No entendemos la atención sin la visión esperanzadora del futuro.
- b. Conocer a las personas de manera integral. Para ello no solamente hablamos de capacidades de la persona, sino que hablamos con la persona de sus valores y proyectos vitales. Así, a través de la generación de narrativas, favorecemos la creación de una identidad positiva así como ayudamos a que las personas vivan una vida con sentido.

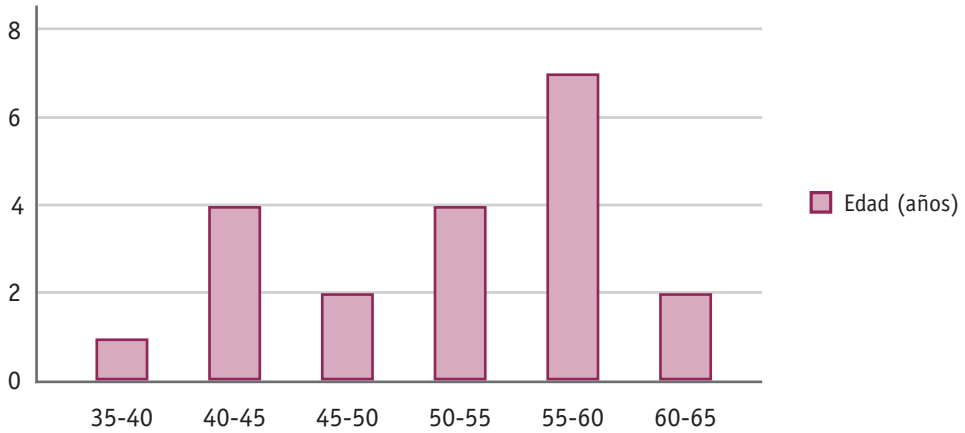
Actualmente, algunas de las características que usuarios y profesionales vieron como relevantes para emprender acciones de voluntariado, fueron las siguientes:

- Entendemos por valores *lo que uno encuentra importante y significativo hacer* (Kielhofner, 2004); *son principios, normas o cualidades consideradas valiosas por el cliente que los tiene* (Ávila et al, 2010). Las personas reconocen como suyos los siguientes valores relacionados con el voluntariado, refieren que les ayuda a vivir una vida valiosa porque les produce sentimientos como *la satisfacción... porque sientes que hay otras personas que lo necesitan y tienes que darles un poco de cariño*, reconocen el potencial de participación social pues desempeñando este papel *así conocería a gente* o el valor de sentirse útil *pues que si no, no podría hacer nada. Si no trabajo y no soy voluntario no podría hacer nada (...) me siento realizado.*
- Los participantes definen el rol de voluntario como: *Ser voluntario es dar*

*una cosa a los demás que a lo mejor no tienen (...) tiempo, cariño. (...). El ser voluntario es como una acción de muchas personas que no cobran nada pero lo hacen... voluntario es aplicar mis conocimientos, mi físico y mi cuerpo en alguna tarea al servicio de otros que no esté remunerado. El internalizar un rol supone la incorporación de una posición definida social y/o personalmente y un conjunto relacionado de actitudes y comportamientos* (Kielhofner, 2004).

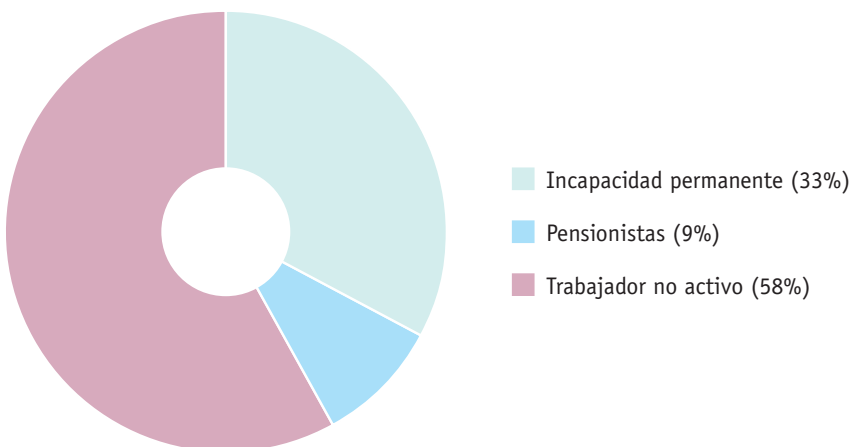
- Las edades de las personas interesadas están comprendidas entre los 39 y 65 años. Edades donde el rol productivo es el que cobra un papel fundamental en el ser humano

Tabla 3. Edad de las personas que realizan acciones relacionadas con el voluntariado.



- El 43% de las personas habían desempeñado el rol de trabajador en su pasado. De ellas el 66% había trabajado más de quince años y el resto al menos entre 3 y 15 años.
- Actualmente el 58% de las personas interesadas son trabajadores no activos.

Tabla 4. Situación laboral de las personas que realizan acciones relacionadas con el voluntariado.



Como se puede observar el diagnóstico se deja a un lado y se ve a la persona como un conjunto de capacidades.

- c. Adaptación de la actividad. Para posibilitar el acceso al desempeño del rol de voluntario tenemos presente que en muchos casos tenemos que adaptar la actividad a la persona. Para ello tenemos en cuenta que, *el cambio ocupacional habitualmente ocurre a través de un continuo desde la exploración a la competencia al logro* (Reilly, 1974). Así generamos alternativas ocupacionales, para que la persona progrese a través de estos niveles:

- *La exploración es la primera etapa de cambio, en la cual las personas intentan nuevas cosas, y, en consecuencia, aprenden a cerca de sus propias capacidades, preferencias y valores* (Kielhofner, 2004). Las personas que están en esta etapa, pueden beneficiarse de actividades llevadas a cabo en el Centro de Día como el Taller Solidario, se les permite acudir de oyentes, con mucha flexibilidad, para que ellos mismos vayan dando pasos si les interesa. También, profesionales y otros usuarios, están al lado de las personas, para ayudarles a reflexionar y para contar sus experiencias como voluntarios en contextos informales.
- *La competencia es la etapa del cambio en que las personas comienzan a solidificar nuevas formas de hacer que fueron descubiertas a través de la exploración* (Kielhofner, 2004). Para las personas que están en esta etapa ofrecemos las nuevas formas de participación descritas en el taller solidario. En este caso, pueden participar de las mismas, desde el Centro de Día, un lugar seguro para muchas de ellas, o directamente en las acciones comunitarias emprendidas.

Algunos ejemplos serían los siguientes:

- Para cada campaña se eligen y diseñan actividades a realizar en el Centro de Día y otras en la comunidad. Cada persona elige dónde quiere participar según su proceso de recuperación. Los profesionales acompañan en esta etapa, tanto fuera como dentro del centro.
- Se realizan voluntariados o participaciones sociales concretas y puntuales. Esta participación ayuda a las personas a ir tomando el control de las situaciones, así como poner en marcha sus capacidades antes de comprometerse con un voluntariado a largo plazo.
- Voluntariado periódico acompañado por los profesionales del Centro. En este caso, se realiza un voluntariado con animales, donde el profesional acompaña en la adquisición de nuevas habilidades.
- La participación en actividades específicas de formación en voluntariado ayuda a adquirir habilidades de competencia y logro.
- *El logro es la etapa de cambio en que las personas tienen suficientes habilidades y hábitos, lo que les permite participar plenamente de algún trabajo, actividad recreativa o de la vida diaria nuevos* (Kielhofner, 2004). En este aspecto la persona tiene acceso a actividades como:
  - Ofrecer ayuda mutua o entre iguales a otros compañeros interesados en realizar un voluntariado.
  - Programas individuales o grupales de búsqueda y participación en actividades voluntarias. En este caso el profesional ofrece un acompañamiento más lejano, o incluso simplemente de seguimiento.

- d. El objetivo de usuarios y profesionales es la participación social, no hacer actividades en la comunidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Clasificación Internacional de la Funcionamiento, de la discapacidad y de las salud (OMS, 2001) describe la participación como *el acto de involucrarse en una situación vital*. Así, nos alejamos de la visión donde lo importante era el uso de recursos comunitarios, para acercarnos a la visión de la involucración de la persona en los fenómenos sociales y comunitarios, con el fin de lograr su participación social.

Para finalizar, y enmarcado en el trabajo conjunto entre los usuarios y profesionales, os ofrecemos una carta de dos usuarias del Centro de Día, donde relatan la evolución de su experiencia de voluntariado:

#### *Nuestra experiencia como voluntarias*

*Empieza cuando fuimos a ayudar con la preparación de los juguetes de Navidad y Reyes y fue muy gratificante, me sentí útil y reconocida, agradecida mi labor y fue bonito ver a los niños y a sus padres. María Luisa fue al Supercor a recoger alimentos para los desfavorecidos y la experiencia fue buena.*

*También participamos en un cuentacuentos en la Biblioteca "Conde Duque" con una bibliotecaria, Mari, y la experiencia fue satisfactoria y nos gustaría repetir.*

*En verano hicimos un taller de voluntariado que estuvo muy bien, y hasta hicimos un curso en la Escuela de Voluntariado de la Comunidad de Madrid, y luego también hemos ido a Cruz Roja en el Espacio Pozas a una sesión informativa del voluntariado con la Cruz Roja.*

*También estamos pendientes de ir a la parroquia a cuidar niños de madres solteras en una residencia, y nos tenemos que sacar el certificado de antecedentes penales para poder estar con menores.*

*También fuimos a una ONG a Orcasur, pero no nos volvieron a llamar y no sabemos qué pasó.*

*Ahora estamos pendientes de lo de la parroquia y de ir a la Cruz Roja a la entrevista de inicio.*

## Conclusiones

La revisión realizada, así como, la experiencia práctica nos permite realizar las siguientes conclusiones:

- La intervención en Salud Mental viene enmarcada desde el modelo social, donde los procesos de recuperación de la persona constituyen el elemento fundamental. Estos procesos de recuperación están determinados y no se entienden sin el contexto social de la persona.
- Las personas con TMG pueden presentar un desequilibrio ocupacional donde el área productiva suele ser escasa o inexistente. El desempeño del rol de voluntario es una alternativa viable para lograr ese equilibrio.
- El acceso a la realización de voluntariado es un derecho de todos los seres humanos. Como profesionales debemos conocer y prestar los apoyos tanto a las personas como a las organizaciones para que este derecho pueda ejercerse con todas las garantías.
- Es imprescindible desarrollar proyectos de investigación en el futuro que continúen abalando este modelo de trabajo y aporten nuevas evidencias de los beneficios de esta práctica.

## Referencias

Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Mantilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2º edición. [traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en internet]. 2010 [fecha de la consulta; [85p.] Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de American Occupational Therapy Association (2008). Occupational Therapy practiceframework: Domain and process (2nd ed).

Geoff S, Biardman J, Slade M. Hacer de la recuperación una realidad: edición en castellano. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud; 2008.

Kielhorner G. Motivos, patrones y desempeño de la Ocupación. En Kielhofner G. Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. 3º Edición. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana; 2004.

Kielhorner G. Hacer y llegar a ser: cambio y desarrollo ocupacional. En Kielhofner G. Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. 3º Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.

Kronenberg F. Occupational therapy without borders. Ponencia presentada en el 30th National Congress Occupational Therapy Association of South Africa. Cape Town; mayo 2004.

Mosey AC. Occupational Therapy: configuration of a profession. New York, Raven; 1981.

OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Ginebra, OMS; 2001.

Reilly M. Play as exploratory learnig. Beverly Hills, Sage Publications; 1974.



---

## GESTION DE ESPACIOS DE PARTICIPACION CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: PRIMERAS JORNADAS DE PARTICIPACION DE USUARIOS DE LA LINEA DE REHABILITACION PSICOSOCIAL DE HERMANAS HOSPITALARIAS

---

### Ana Belén Guisado Moraga

Coordinadora Centro de Día Menni Sáinz de Baranda y Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) de Chamartín y Salamanca.

Línea de Rehabilitación Psicosocial, Hermanas Hospitalarias, Madrid.

Centros vinculados a la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

### Resumen

El Modelo de Recuperación para personas con Trastorno Mental grave (TMG), es un modelo centrado en la persona, que enfatiza la atención sobre las potencialidades y fortalezas, más allá de la enfermedad. Se fundamenta en la necesidad de construcción de un proyecto vital y se promueve, entre otras cosas, mediante la educación y empoderamiento, para que asuman el cuidado de sí mismos y reivindiquen sus derechos de ciudadanía e inclusión social. El modelo de recuperación no se entiende si no se trabaja con las personas con TMG en alcanzar una participación plena y responsable, para lo que se hace necesaria la capacitación y la autodeterminación de las personas implicadas. Por lo tanto, uno de los elementos claves de la recuperación es la formalización de Espacios para la Participación.

En este trabajo presentamos cómo surgieron y se organizaron las I Jornadas de Participación de usuarios de la LRHP, a partir de un proyecto de colaboración con usuarios y profesionales de la ciudad de París.

**Palabras clave:** Recuperación, empoderamiento, participación, intercambio.

### Abstract

The Recovery Model for people with severe mental disorders (TMD) is a person-centered model that emphasizes attention to potential and strengths, beyond the disease. It is based on the need to build a vital project and is promoted, among other things, through education and empowerment, so that they take care of themselves and claim

their rights of citizenship and social inclusion. The recovery model is not understood if you do not work with people with SMI to achieve full and responsible participation, for which the training and self-determination of the people involved is necessary. Therefore, one of the key elements of the recovery is the formalization of Spaces for Participation.

In this paper, we present how the 1st Conference of Participation of users of the LRHP, from a collaboration project with users and professionals from the city of Paris.

**Key words:** Recovery, empowerment, participation, exchange.

## Introducción

*“Mucha gente pequeña en lugares pequeños, haciendo cosas pequeñas, pueden cambiar el mundo”*

(Eduardo Galeano)

El modelo de “recuperación” es, desde la década de los 90, uno de los nuevos marcos conceptuales desde el que se sigue desarrollando el campo de la Rehabilitación Psicosocial de las personas con Trastorno mental grave (TMG).

Representa la convergencia de diferentes ideas (empoderamiento, autogestión, derechos de las personas con discapacidad, inclusión social y rehabilitación), bajo un solo encabezado, que señala una nueva dirección en la intervención en salud mental.

En concreto, en personas con TMG, el modelo de recuperación está orientado a que éstas sean capaces de desarrollar un proyecto de vida con sentido, independientemente de la evolución de sus problemas

de salud, con el objetivo de que se alejen de la patología, la enfermedad y los síntomas, acercándose a la salud, la fortaleza y el bienestar. Desde este enfoque se estimula y facilita el manejo de uno mismo (autocontrol), para que se vaya consolidando una clara esperanza de recuperación y así descubrir un sentido de identidad personal separado de la enfermedad o discapacidad.

Es de todos conocida la definición de recuperación propuesta por Anthony (1993) “una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones aun con las limitaciones causadas por la enfermedad mental” (1).

Este enfoque implica, según un artículo reciente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que “la persona afectada pueda llegar a la recuperación, cuando su autonomía personal no está altamente restringida y los síntomas no interfieren significativamente en su vida, cuando los intercambios sociales la integran y adaptan, y cuando cotidianamente desempeña los papeles que cualquiera de nosotros necesita desempeñar para vivir en sociedad” (2).

Esta perspectiva de la recuperación implica, por tanto, enfocar la atención sobre las posibilidades (o potencialidades) y la mejora respecto a la situación actual, es decir, sobre la construcción de un proyecto vital. Ayudar a las personas a recuperar sus vidas y desarrollar al máximo sus propias capacidades como individuos y como ciudadanos y ciudadanas, debería ser una de las prioridades principales de los servicios definidos para la atención de personas que sufren de problemas de salud mental graves y duraderos.

Según estos mismos autores, la recuperación puede promoverse a nivel individual a través de: 1) fomentar las relaciones que dan un sentido de pertenencia y autoestima; 2) transmitir esperanza y ofrecer modelos de

recuperación mediante el contacto con otras personas que están viviendo con sentido sus vidas; 3) centrarse en las fortalezas (en contraposición a los déficits) y en los esfuerzos de la persona para desarrollar y mantener un sentido positivo de la propia identidad; 4) apoyar a la persona en la realización de actividades de las que pueda derivar sentido y propósito; y 5) educar y empoderar a la gente para que asuma el cuidado de sí misma y reivindique sus derechos de ciudadanía e inclusión social.

La atención orientada a la recuperación es un *modelo centrado en la persona* que considera todos los aspectos de su vida. Es un modelo optimista en el que la persona con un problema de salud mental no necesita estar “curada” (recuperación clínica) completamente para llevar una vida productiva, plena y significativa.

Diferenciar a la persona de su enfermedad, construir una identidad propia, mantener la esperanza, potenciar sus fortalezas y dar sentido a su vida más allá de la enfermedad, es fundamental, especialmente en el caso de enfermedades mentales.

El modelo de recuperación no se entiende si no se trabaja con las personas con TMG para mejorar sus niveles de participación, en el sentido más amplio de la palabra.

Para llegar a esta participación plena y responsable se hace necesaria la capacitación y la autodeterminación de las personas implicadas.

Y se ha de abogar por una participación a todos los niveles, tanto en la dimensión asistencial, como en la social y comunitaria, y de gestión y desarrollo de los propios recursos de atención.

La persona con TMG debe tener un papel activo en la gestión diaria de su enfermedad, y en los procesos de toma de decisiones respecto al tratamiento de su enferme-

dad (farmacológico y de rehabilitación). Deben participar en la planificación de su atención, así como en sus objetivos.

Pero también se hace necesaria la participación de los usuarios en los servicios de atención, estableciendo con los profesionales una relación de colaboración, como socios de un proyecto común.

Las personas con TMG tienen derecho a ejercer en el ámbito de la participación ciudadana, y deben alcanzar el mayor grado de integración social y comunitaria.

Por lo tanto, uno de los elementos claves de la recuperación es la formalización de Espacios para la Participación.

El trabajo que se presenta a continuación pretende ser un ejemplo de cómo generar un espacio de Participación de Personas con TMG que, sin pretenderlo inicialmente, supuso la puesta en marcha de las I Jornadas de Participación de usuarios de la Línea de Rehabilitación Psicosocial de las Hermanas Hospitalarias.

## Desarrollo de las jornadas de participación

Los SAVS (Servicio de Acompañamiento a la Vida Social) son, en Francia, el equivalente a los Equipos de Apoyo Social Comunitario de la Red de Atención a las Personas con Enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Los SAVS “La Croisée” y de Châtenay-Malabry son dos recursos gestionados por la Fundación « LES AMIS DE L’ATELIER » (Los amigos del Taller).

La historia de esta Fundación se inicia en los años 50, en los alrededores de París (Châtenay-Malabry). De origen protestante, su nombre viene del primer recurso creado en 1961, llamado “L’Atelier” (El Taller).

Actualmente, la Fundación atiende a más de 2700 usuarios (niños y adultos con discapacidad) a través de 66 recursos distintos.

Los SAVS son equipos interdisciplinares que atienden a personas con trastornos mentales, adicción, discapacidad intelectual y auditiva.

Ofrecen apoyo en su propio entorno con los objetivos de:

- Mejorar su situación y calidad de vida
- Mejorar la vinculación con la red de recursos de salud, salud mental y de servicios sociales.
- Mantenerse en su propio domicilio o buscar alojamientos adaptados.
- Mantener su red familiar, social, profesional o sus estudios
- Y fomentar los derechos del usuario

Cada equipo está compuesto de 10 educadores sociales, un psicólogo/a, un director/a, un coordinador/a, el personal administrativo y los servicios generales. Y atiende a 72 personas cada uno.

El SAVS “La Croisée” está ubicado en el pueblo Le Plessis Robinson y el SAVS de Châtenay-Malabry en el pueblo de Châtenay-Malabry, a unos 10 kilómetros al suroeste de París.

Todos estos recursos son miembros de la red « Handiplanet échanges ».

La Fundación creó en 2006 una red internacional de intercambios de experiencias y conocimientos sobre la discapacidad intelectual y la salud mental, cuyo objetivo es crear un intercambio dinámico entre recursos internacionales a través de encuentros entre profesionales y usuarios, la recogida de ideas, informaciones y experiencias. Todo ello, para contribuir al reconocimiento y respeto de los derechos de las personas con discapacidad psíquica.

La Fundación, a través de la figura de Rodolphe Hamel, que trabajó como educador

en un EASC gestionado por Hermanas Hospitalarias, se puso en contacto con nosotros para desarrollar una experiencia de intercambio entre las ciudades de París y Madrid.

Es así como empieza a planificarse las I Jornadas de Participación de usuarios de la Línea de Rehabilitación Psicosocial de las Hermanas Hospitalarias, en el marco de esta experiencia de intercambio de profesionales y usuarios de las ciudades París y Madrid.

Inicialmente se establecieron reuniones vía Skipe entre el director técnico de la LHRB, la coordinadora del CD Menni Sainz de Baranda (y de los EASC de Chamartín y Salamanca) y distintos profesionales y responsables de los SAVS antes mencionados. En estas reuniones también participaron usuarios atendidos por los recursos de las dos ciudades.

El siguiente paso fue organizar el Encuentro que se iba a producir en Madrid, y que progresivamente fue adquiriendo el formato de Jornadas de Participación.

En un primer momento se creó un equipo de trabajo “organizador”, con profesionales que voluntariamente se ofrecieron para colaborar en la planificación y desarrollo de las Jornadas. En este grupo organizador, en el que participaron 9 profesionales españoles, estaban representados todos los centros de los recursos de la LHRB. En paralelo continuaron las reuniones vía s-kipe,

Al mismo tiempo se crearon distintos grupos de trabajo en el que participaron tanto usuarios (que también decidieron voluntariamente participar en las Jornadas) como profesionales, con el fin de distribuir las distintas tareas implicadas en el desarrollo de este tipo de Jornadas (participantes en las mesas, traductores, organizadores de la sala, apoyo logístico e informático, fotografía, elaboración de carteles y dípticos, acompañamiento en espacios informales...).

En estas tareas también participaron Hermanas Hospitalarias, usuarios de AFAEP, familiares de profesionales y amigos de usuarios.

En total, 10 personas realizaron las tareas de traducción (5 en espacios formales y otros 5 en espacios informales), 5 personas formaron parte de los “Organizadores de sala”, dos personas se encargaron de la fotografía y una persona más fue la responsable de la tarea de soporte técnico.

Las Jornadas se desarrollaron a lo largo de dos días en el conocido “Espacio Pozas”, recurso social ubicado físicamente en la zona centro de Madrid y que nace con un espíritu abierto a todos. Este centro está concebido como un espacio abierto a la participación, la convivencia, tanto de autóctonos como extranjeros, hombres y mujeres, y tanto de niños como mayores y jóvenes. Un espacio ideal en el que desarrollar esta importante experiencia de intercambio entre profesionales y usuarios de las ciudades de Madrid y París, que también tuvo un importante impacto a nivel personal y social.

A lo largo de estos dos días se programaron 4 mesas con los siguientes contenidos: Red de Recursos, Aspectos legales, Experiencias de recuperación, e Integración Laboral.

El formato de las mesas siempre fue el mismo. En primer lugar, se hacía una breve exposición, por parte de profesionales y/o usuarios, sobre el estado del tema tratado en la mesa (en las ciudades de París y Madrid), para pasar, a continuación, a experiencias en primera persona respecto al mismo asunto, de la mano de usuarios representantes de ambas ciudades.

En las mesas participaron un total de 20 personas, de los cuales 8 eran franceses (5 usuarios y 3 profesionales).

En total 48 personas participaron activamente en la organización y/o desarrollo de las Jornadas, de los cuales 25 eran usuarios.

También hubo espacio para el encuentro informal entre los profesionales y usuarios de ambas ciudades, como la comida del primer día de las Jornadas y visita a los recursos residenciales y Centro de Rehabilitación laboral (CRL) de Retiro de la LRHP.

El resultado fue una experiencia enormemente gratificante y enriquecedora para todos los que participamos.

## Referencias

1. 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.
2. Davidson L, González-Ibáñez A. La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2017;37(131)



---

## EVALUACION ESTABILOMETRICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

---

### **Carmen Gutiérrez-Cruz**

Psicomotricista.

Fundación Purísima Concepción, Hermanas Hospitalarias, Granada.

### **A. Roman-Espinaco**

Coordinador RDP.

Fundación Purísima Concepción, Hermanas Hospitalarias, Granada.

### **I.m. Trigo- Martín**

Enfermera.

Fundación Purísima Concepción, Hermanas Hospitalarias, Granada.

## **Resumen**

El objeto de este trabajo ha sido realizar una evaluación sobre el control postural en personas con diferentes grados de discapacidad intelectual que facilite el diseño programas generales de actuación orientados a la mejora de las capacidades físicas y cognitivas. Han participado 45 personas de la Fundación Purísima Concepción de Granada con diferente nivel de discapacidad intelectual, a los que se le aplicaron las cuatro situaciones que describe el test de Romberg más una situación donde se pretende determinar el efecto de una tarea cognitiva sobre el control postural. Para el registro de las variables estabilométricas se ha utilizado una plataforma de fuerza Dinascan/IBV y una alfombrilla de gomaespuma sobre la superficie. Los resultados indican que las variables estabilométricas más sensibles a los cambios producidos por la manipulación

de los estímulos vestibulares, visuales y somatosensoriales son: el desplazamiento total del CP y el área descrita por el CP en su recorrido por la base de sustentación. Han sido escasos los efectos producidos por la actividad dual. No se han constatado valores de significación estadística cuando se correlaciona el nivel de discapacidad intelectual con las diferentes variables estabilométricas registradas, lo que podría estar relacionado con la alta variabilidad registrada entre los participantes. Como conclusión general, se considera útil el análisis de las pruebas estabilométricas para la realización de un diseño individualizado de programas de rehabilitación e intervención deportiva en personas con discapacidad intelectual y de esta forma ayudar a la inclusión de personas con discapacidad intelectual.

**Palabras clave:** Control Motor, Test de Romberg, Neuropsicología, Equilibrio, Tarea dual.

## Abstract

The aim of this project has been the realization of an evaluation about postural control in people with different degrees of intellectual disability which facilitates the design of general action programmes oriented to the improvement of physical and cognitive abilities. 45 people with different degrees of intellectual disability from *Purísima Concepción de Granada Foundation* have participated on it, who were applied the four situations that Romberg's test describes and also a situation where it is expected to determine the effect of a cognitive task on postural control. For the stabilometric variables register it has been used a Dinascan/IBV strength platform and a foam mat on the surface. The results indicate that the most sensitive stabilometric variables to the changes produced by the handling of vestibular, visual and somatosensory stimuli are: the CP total displacement and the area described by the CP on its walk through the sustenance base. The effects produced by dual activity have been scarce. It has not been confirmed meaning statistics values when it is correlated the level of intellectual disability with the different registered stabilometric variables, which could be related to the high variability registered among the participants. As a general conclusion, the analysis of stabilometric tests is considered useful for the realization of a personalized design of rehabilitation and sports intervention programme in people with intellectual disability and in this way it will help the inclusion of people with intellectual disability.

**Key words:** Motor control, Romberg's Test, Neuropsychology, Balance, Dual Task.

## Introducción

El control postural es un componente esencial en el día a día de las personas, tanto con discapacidad como sin ella, necesario para poder tener una adecuada calidad de vida. La programación de cualquier plan de actuación en personas con discapacidad necesita como referencia una evaluación de la postura y de las capacidades para mantenerla, constituyendo un elemento esencial para el diseño de las estrategias de intervención rehabilitadora o de una actividad física individualizada. El objetivo de este trabajo ha sido realizar una evaluación inicial del control postural en personas con diferentes grados de discapacidad intelectual que facilite el diseño programas generales de actuación orientados a la mejora de las capacidades físicas y cognitivas.

Desde el punto de vista de la Biomecánica, el control postural puede considerarse como una reducción del número de grados de libertad de movimiento en las articulaciones a través del sistema nervioso central (SNC). Así, los movimientos oscilatorios de los segmentos corporales en la bipedestación dan lugar a un balanceo postural de pequeña amplitud y baja frecuencia que, aunque siempre están presentes, no se perciben a simple vista, siendo necesario el empleo de instrumentos capaces de registrar con la suficiente sensibilidad y fiabilidad los ajustes necesarios para mantener dicho el control postural. La estabilometría consiste en una metodología que permite evaluar esta capacidad para estabilizar la postura a través de la medida de los desplazamientos del centro de presión (CP) sobre la superficie de apoyo, utilizando para ello sistemas de registro capaces de registrar de forma precisa los desplazamientos del centro de presión (CP), considerado como el punto de apli-



cación del origen de la resultante de todas las fuerzas verticales ejercidas sobre la base de sustentación en cada instante de tiempo (Gutiérrez-Dávila, 2015). Posiblemente los sistemas más recurrentes para evaluar este control sean las plataformas de fuerzas y el protocolo más utilizado el test de Romberg (Ying-Shuo, Chen-Chieh and Yi-Ho, 2009; García-Pastor & Álvarez-Solís, 2014).

Para lograr un adecuado control postural es necesario actuar de forma coordinada con diferentes receptores sensitivos, los cuales se podrían diferenciar entre: a) los exocaptadores o receptores sensitivos capaces de registrar los estímulos que se encuentran fuera del cuerpo, como son los asociados al ojo, el oído o la piel y b) los endocaptadores o receptores especializados en captar los estímulos que provienen del propio cuerpo, como el sistema vestibular del oído interno, los órganos tendinosos de Golgi o los Husos musculares, entre otros. Estos receptores se rigen mediante un estricto control del sistema nervioso central (SNC) que se encarga de la organización del ajuste postural ante cualquier cambio postural. Para conducir la información procedente del medio interno o externo al SNC se utilizan vías aferentes, las cuales van a requerir el procesamiento cerebral de los estímulos visuales, vestibulares y somatosensoriales (Ying-Shuo, Chen-Chieh and Yi-Ho, 2009; Gutiérrez-Dávila, 2015).

La aferencia visual está relacionada con el sistema vestibular, encargado de dar información de los movimientos del cuerpo en relación con el entorno y los movimientos cefálicos, por lo que se trata de una aferencia que juega un papel fundamental en el equilibrio postural y la orientación. (Horak, 2006). La aferencia vestibular implicada en el equilibrio se encuentran en el vestíbulo y los conductos semicirculares del oído interno, sensibles a los cambios de posición

de la cabeza y básicos para el control del equilibrio. Las aferencias somatosensoriales constituyen diferentes órganos de recepción y proceso, algunos de los cuales están relacionados con el control postural. Entre ellos es necesario destacar a los mecanorreceptores plantares que proporcionan información sobre la posición del cuerpo en relación con el soporte y la fuerza gravitatoria y los receptores propioceptivos situados en los usos musculares que proporcionan información propioceptiva necesaria para ajustar el CP mediante mecanismos de feedback.

El registro estabilimético mediante el control selectivo de las diferentes vías de información constituye la base de la metodología propuesta en el test de Romberg. Así, con esta metodología se pretende eliminar los estímulos sensoriales gradualmente con el propósito de determinar la interacción en el equilibrio de los diferentes estímulos. Este proceso metodológico de registro permite evaluar el efecto independiente de la intervención de las diferentes vías estimulables aferentes y, en consecuencia, evaluar su nivel de deterioro. Se trata de una información necesaria para diseñar los programas de intervención motores orientados hacia la mejora de las vías más afectadas, el control postural y la selección de las actividades deportivas más adecuadas para las personas con discapacidad intelectual.

Considerando que este trabajo se desarrolla con personas con distinto nivel de discapacidad intelectual, se ha considerado oportuno incluir el registro estabilométrico en condiciones de tarea dual, lo que nos permitirá evaluar el costo que proporciona la realización de una tarea cognitiva en el control postural debido a la competencia entre recursos limitados y al déficit de las estructuras del sistema nervioso central de las personas con discapacidad intelectual.

tual (Nordin, Moe-Nilssen, Ramnemark and Lundin-Olsson, 2010; Belghari, Chastan, Davenne and Decker, 2017).

Son escasos los antecedentes que referencian estudios generales relacionados con el equilibrio y el control postural en personas con discapacidad intelectual, posiblemente debido a la variabilidad individual de estas poblaciones. Malin, & Rintala (2007) informaron que las personas con discapacidad intelectual tienen peor estabilidad y control postural comparado con personas sin discapacidad, aunque la edad constituye un factor que afecta a las dos poblaciones. Según las consideraciones expuestas, se plantea como hipótesis que la metodología propuesta nos permitirá determinar el nivel de afectación de las diferentes vías aferentes y el efecto de las tareas duales sobre el control postural en personas con diferentes grados de discapacidad intelectual.

## Material y método

### Diseño del estudio

Se ha utilizado la metodología propuesta en el test de Romberg, considerada como un diseño factorial intragrupo de medidas repetidas donde se pretende comparar los registros estabilométricos en cuatro situaciones experimentales: a) *Descalzo sobre la plataforma rígida con los ojos abiertos* (ROA), donde se trata de evaluar la interacción en el equilibrio de los estímulos vestibulares, visuales y somatosensoriales, b) *Descalzo sobre la plataforma rígida con los ojos cerrados* (ROC), donde se elimina el estímulo visual, prevaleciendo los estímulos vestibulares y somatosensorial, c) *Descalzo sobre una alfombra inestable con los ojos abiertos* (RGA), donde se produce una alteración

de los sensores propioceptivos del tobillo reduciendo la entrada somatosensorial y d) *Descalzo sobre la alfombra inestable con los ojos cerrados* (RGC), donde domina la aferencia vestibular ya que tanto la entrada visual como la somatosensorial se han eliminado o reducido.

Complementaria a las situaciones expuestas, se ha añadido una situación *Dual* (RDA), donde se parte de sobre la plataforma rígida con los ojos abiertos mientras que tiene que atender a un estímulo cognitivo situado frente a él y adaptado a los niveles cognitivos individuales.

Para evaluar el control postural en las cinco condiciones, se han registrado las siguientes variables: a) *Área de superficie* (*Superficie*), determina la superficie de la elipse formada a partir de los desplazamientos del CP. La obtención de valores bajos está considerado como un indicador de estabilidad, b) *Desplazamiento medio-lateral* (*Desp ML*), determina el desplazamiento medio lateral del CP. La obtención de valores bajos es un indicador de estabilidad, c) *Desplazamiento anteroposterior* (*Desp. AP*), determina la longitud del antero-posterior del CP. Al igual que el anterior, la obtención de valores bajos es un indicador de estabilidad, d) *Desplazamiento total* (*Desp. Total*), determina la distancia total recorrida por el CP a lo largo de la base de sustentación. Valores bajos indica una mayor estabilidad, e) *Índice de Romberg* (*IR*), se trata del cociente entre los valores obtenidos con los ojos cerrados y los ojos abiertos para las condiciones de superficie rígida e inestable (ROC/ROA; RGC/RGA, respectivamente). Valores superiores a 1 indica la influencia de los estímulos visuales en el equilibrio y la prevalencia de los estímulos vestibulares y somatosensorial.

## Participantes

Han participado 45 personas con diferente nivel de discapacidad intelectual y residentes en el Centro de la Purísima Concepción de Granada (Residencia de psicodeficientes), de los cuales cinco fueron excluidos al no poderse mantenerse quietos durante los 30 s de cada ensayo. (catorce mujeres y veintiséis hombres), todos ellos mayores de edad. A partir de los datos generales y las evaluaciones previas, se han considerado como criterios de inclusión los siguientes: a) Tener una edad comprendida entre los 21 y 55 años, b) Tener certificado de discapaci-

dad intelectual oficial, y c) Tener cualquier tipo de limitación para realizar actividad física y d) No tomar de forma habitual medicamentos que condicionen la realización de actividad física o deporte. En la tabla 1 se presentan los datos de tendencia central relacionados con las características más significativas de los participantes que han sido objeto de estudio. A todos ellos, tanto participantes como tutores legales se les informó y solicitó su consentimiento para participar en este estudio siguiendo los principios éticos expuestos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Tabla 1. Características más significativas de los participantes.

Características	Mujeres (N=--)	Hombres (N=--)	Total (N=42)
Edad ( <i>años</i> )	40,3 ± 9.1	34,2 ± 9.4	36,5 ± 9.7
Talla ( <i>m</i> )	1,62 ± 0.08	1.73 ± 0.08	1,69 ± 0.10
Masa ( <i>Kg</i> )	70,13 ± 9.5	76.0 ± 11.1	74,9 ± 11.3
Índice de masa corporal	26,8 ± 3.7	25.4 ± 3.6	26.3 ± 4.8
Valoración discapacidad (%)	75 ± 4.0	72 ± 3.2	73,9 ± 6.8
Horas semanales de ejercicio ( <i>h</i> )	4,09 ± 7.0	5,58 ± 7.0	5,27 ± 6.8

## Materiales y equipos de registro

Para el registro de los parámetros estabilométricos se ha utilizado una plataforma de fuerza con posibilidad de registro del centro de presión (CP), Dinascan/IBV 0.6 x 0.37 m., operando a 40 Hz, implementada con el sistema de valoración del equilibrio DedS-VE/IBV. Para las situaciones donde se requería una superficie inestable se ha utilizado una almohadilla de gomaespuma inestable situada sobre la plataforma (Balance-pad Elite® gomaespuma HerexC70.40®, norma Iso 9001), con unas dimensiones de 0.5 x 0.37 x 0.6 m, y un peso de 6.87 N.

## Procedimientos

Las pruebas se realizaron en las instalaciones de la Residencia de Psicodeficientes del Centro Purísima Concepción de Granada. Cada participante recibió las instrucciones de situarse sobre la plataforma descalzo y quedarse de pie sobre ella lo más quieto po-

sible durante 30 segundos. Los brazos debían estar a lo largo del cuerpo y los pies separados un ángulo comprendido entre 30 y 35° con los talones en contacto. En la figura 1 se presenta la silueta de la posición que deberían adoptar los pies sobre la plataforma y la alfombrilla inestable utilizada.

Según las cinco condiciones expuestas, los participantes debían permanecer sobre superficie rígida de la plataforma con los ojos abiertos (ROA); con los ojos (ROC); sobre la gomaespuma inestable con los ojos (RGA); con los ojos cerrados (RGC) y sobre la plataforma rígida con ojos abiertos debiendo responder verbalmente a las instrucciones dadas por una monitora situada frente al participante (RDA). Para cada situación se realizaron tres ensayos válidos obteniéndose para su evaluación la media de los tres registros. El orden de las situaciones se cambió para cada participante. Se consideraron no válidos todos los ensayos donde los participantes no conseguían mantenerse quietos durante los 30 s, lo que dio lugar a excluir del estudio a 5 participantes.

Figura 1. Posición de los pies sobre la plataforma y alfombrilla de gomaespuma inestable.



## Análisis estadístico

Después de determinar la media de los tres ensayos para cada situación, se ha determinado la media y desviación típica a cada variable para las cinco situaciones experimentales. Para determinar las diferencias entre las medias de las variables en las dos situaciones experimentales se ha aplicado un análisis de varianza multifactorial para medidas repetidas (ANOVA).

## Resultados

En la tabla 2 se presentan los datos de tendencia central y diferencias entre las medias de las variables estabilométricas para las condiciones de ojos abiertos y cerrados en superficie rígida (ROA y ROC, respectivamente). Se observa una alta desviación típica para todos los datos, lo que indica la existencia de una alta variabilidad entre los participantes para todas las variables y condiciones de registro. Sin embargo, cuando se aplica el análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA), los datos ponen de manifiesto que todas las variables estabilométricas tienden a incrementarse con la condición de ojos cerrados ( $p < 0.01$ ), siendo esta diferencia entre medias mayor para el desplazamiento total del CP ( $p < 0.001$ ). En la figura 2 se presenta una gráfica a modo de resumen de esta estadística.

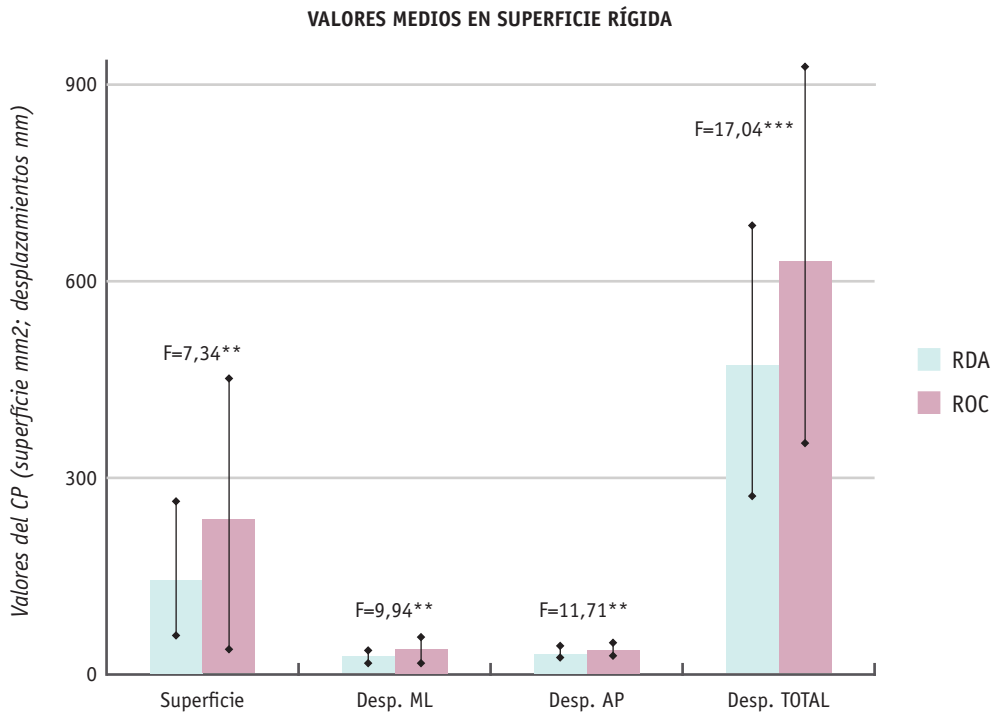
Tabla 2. Estadística descriptiva e inferencial de las variables estabilométricas para las condiciones de ojos abiertos y cerrados en superficie rígida (ROA y ROC, respectivamente).

Variables	ROA	ROC	F
Área de Superficie del CP ( $mm^2$ )	145.2 ± 110.2	237.9 ± 241.1	7.34**
Desplazamiento Medio Lateral del CP ( $mm$ )	27.2 ± 13.8	39.1 ± 30.24	9.94**
Desplazamiento Antero Posterior del CP ( $mm$ )	31.1 ± 11.5	38.8 ± 17.8	11.71**
Desplazamiento total del CP ( $mm$ )	472.1 ± 163.9	631.5 ± 303.3	17.04***

(Los resultados corresponden a la media ± SD de los once registros)

\*\*\*  $p < 0.001$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*  $p < 0.05$

Figura 2. Representación gráfica de las variables estabilométricas para las condiciones de ojos abiertos y cerrados en superficie rígida (ROA y ROC, respectivamente).



En la tabla 3 y figura 3 se presentan los datos de tendencia central de las variables estabilométricas para las condiciones de ojos abiertos y cerrados en superficie inestable (RGA y RGC, respectivamente). Al igual que sucedía con las variables en condicio-

nes de superficie rígida, todos los valores de las variables estabilométricas se incrementan con la condición de ojos cerrados ( $p < 0.001$ ). Igualmente se mantiene una alta variabilidad entre grupos para todas las variables.

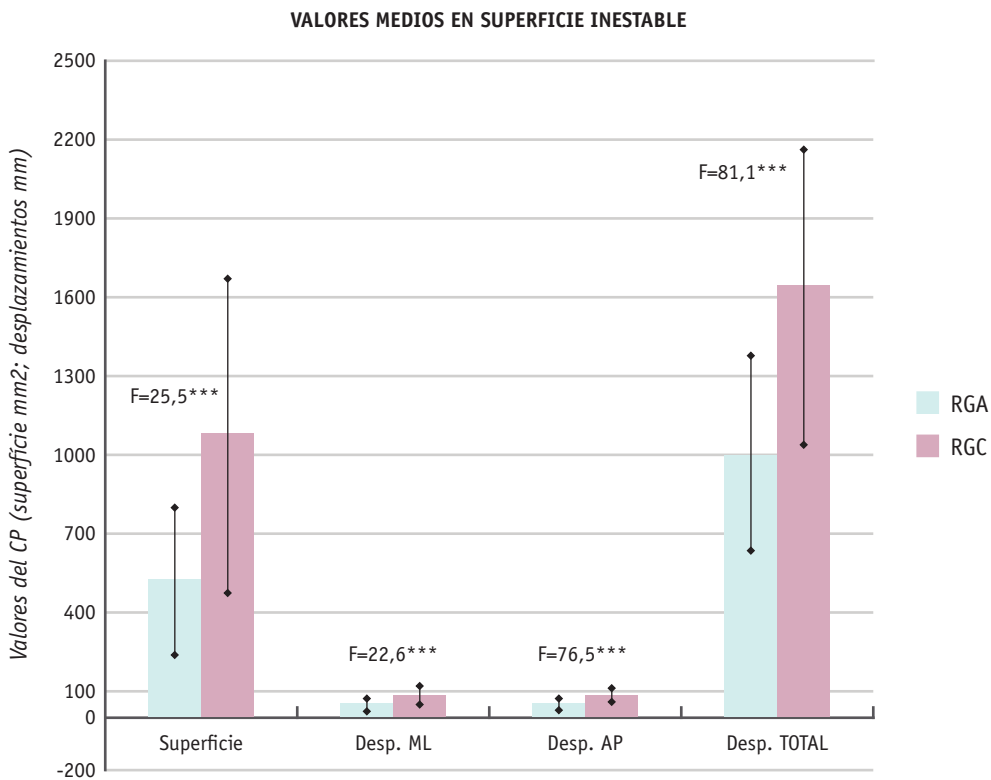
Tabla 3. Estadística descriptiva e inferencial de las variables estabilométricas para las condiciones de ojos abiertos y cerrados en superficie inestable (RGA y RGC, respectivamente).

Variables	RGA	RGC	F
Área de Superficie del CP ( $mm^2$ )	527.3 $\pm$ 415.1	1080.2 $\pm$ 899.1	25.5***
Desplazamiento Medio Lateral del CP ( $mm$ )	53.2 $\pm$ 28.6	87.1 $\pm$ 41.1	22.6***
Desplazamiento Antero Posterior del CP ( $mm$ )	51.5 $\pm$ 21.8	83.9 $\pm$ 27.8	76.5***
Desplazamiento total del CP ( $mm$ )	977.5 $\pm$ 393.1	1638.0 $\pm$ 594.1	81.1***

(Los resultados corresponden a la media  $\pm$  SD de los once registros)

\*\*\*  $p < 0.001$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*  $p < 0.05$

Figura 3. Representación gráfica de las variables estabilométricas para las condiciones de ojos abiertos y cerrados en superficie inestable (ROA y ROC, respectivamente).





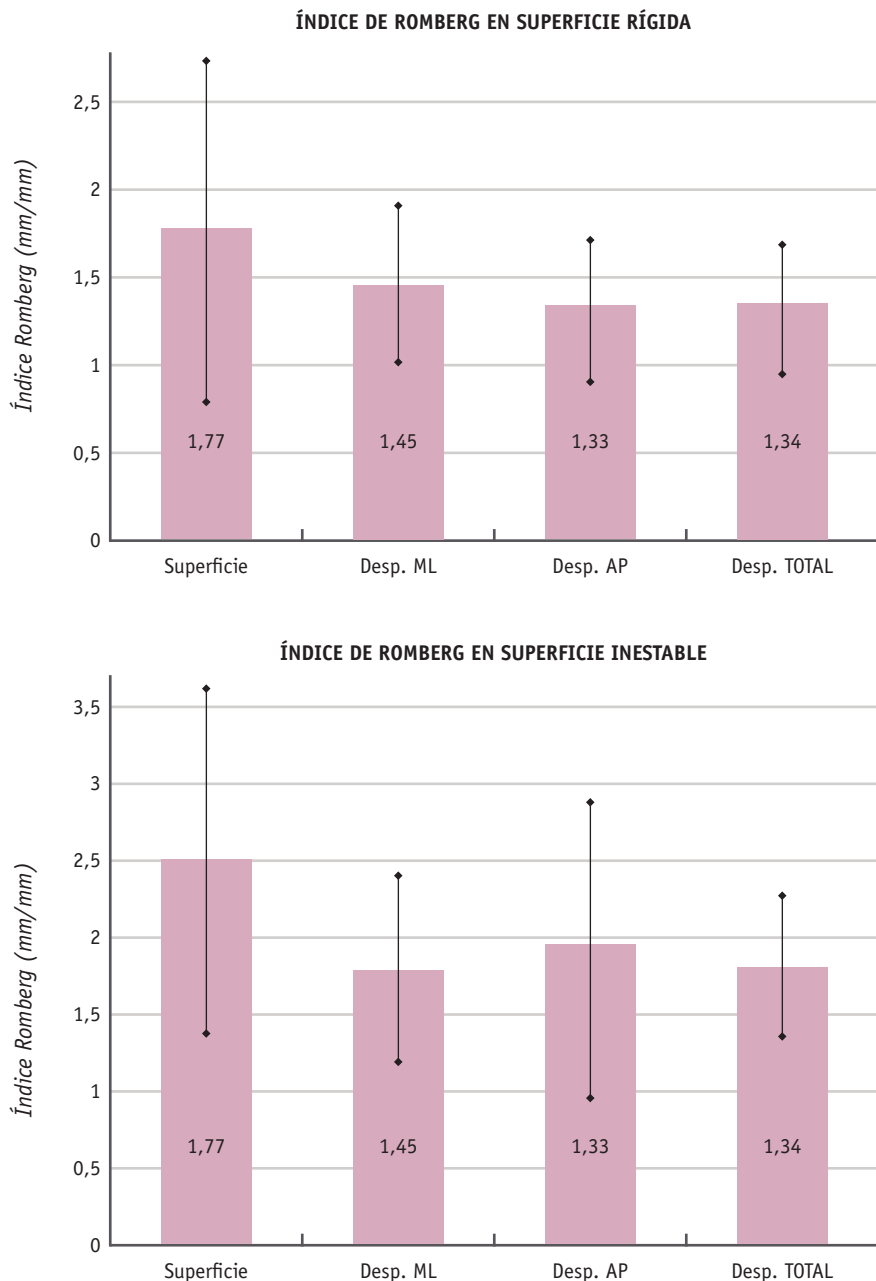
La relación entre las situaciones de ojos cerrados y ojos abiertos indica el índice de Romberg (IR), donde un valor superior a 1 indica el nivel del efecto que tiene la eliminación de una referencia visual. Los datos de tendencia central de las variables estabíloométricas se presentan en la tabla 4 para las dos superficies (ROC/ROA y RGC/RGA, respectivamente). Confirmando la estadística inferencial expuesta en las tablas 2 y 3,

los datos de todas las variables superan de forma clara el valor 1, indican que existe un deterioro importante de la estabilidad cuando se pierde la referencia visual, siendo mayor para todas las variables cuando se utilizan superficies inestables. La figura 4 indica de forma gráfica los valores del índice de Romberg para las situaciones de superficie estable e inestable.

Tabla 4. Estadística descriptiva del Índice de Romberg (IR) para superficies rígidas (ROC/ROA) y superficies inestables (RGA/RGC).

Variables	ROC/ROA	RGC/RGA
IR Área de Superficie del CP ( $mm^2/mm^2$ )	1.79 ± 1.19	2.50 ± 1.72
IR Desplazamiento Medio Lateral del CP ( $mm/mm$ )	1.45 ± 0.61	1.79 ± 0.71
IR Desplazamiento Antero Posterior del CP ( $mm/mm$ )	1.33 ± 0.57	1.95 ± 1.29
IR Desplazamiento total del CP ( $mm/mm$ )	1.34 ± 0.49	1.80 ± 0.65

Figura 4. Resumen gráfico de los índices de Romberg para para las variables estabilométricas en las situaciones de superficie estable e inestable.



En la tabla 5 y figura 5, se presenta la estadística descriptiva e inferencial del efecto que ha producido la actividad dual sobre las variables estabilométricas en condiciones de superficies rígidas e inestables con ojos abiertos. Los datos indican un efecto muy significativo entre las medias para el desplazamiento total del CP ( $p < 0.001$ ). Sin

embargo, no han existido diferencias estadísticamente significativas entre las medias para el desplazamiento Antero Posterior del CP. Con respecto al Área de Superficie y el Desplazamiento Medio Lateral del CP, sólo han existido ciertas diferencias entre las medias ( $p < 0.05$ ).

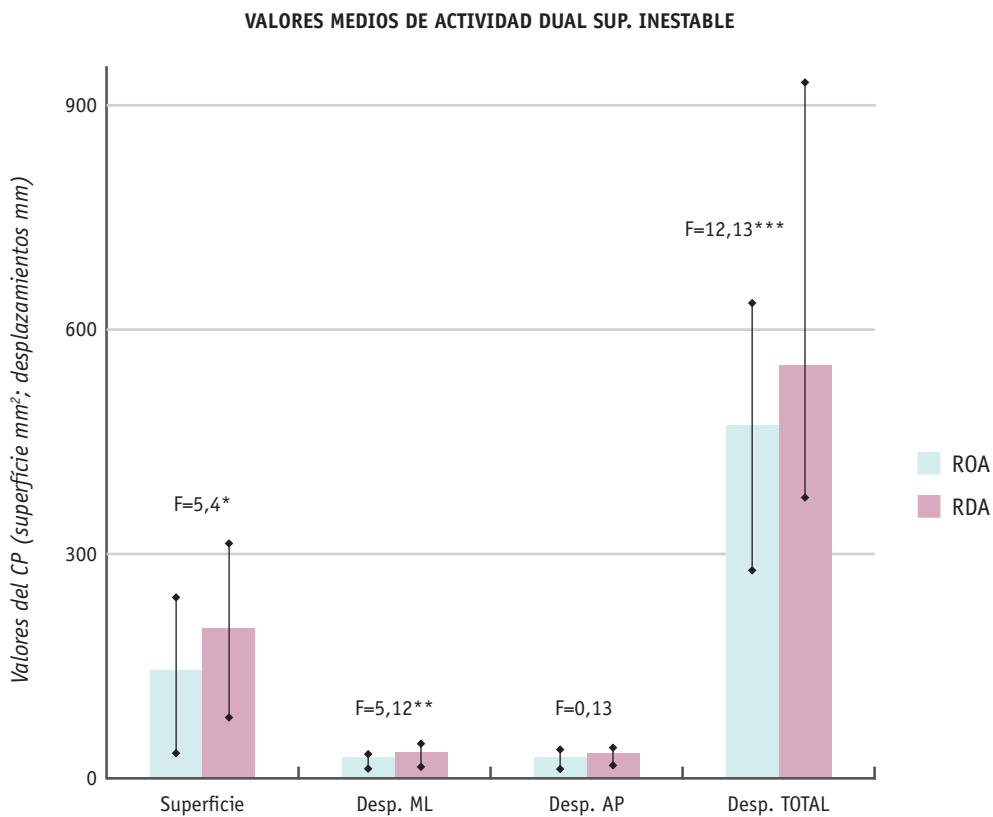
Tabla 5. Estadística descriptiva e inferencial de las variables estabilométricas para las condiciones sin y con incertidumbre (ROA y RDA, respectivamente).

Variables	ROA	RDA	F
Área de Superficie del CP ( $mm^2$ )	145.2 ± 110.2	200.0 ± 151.5	5.4*
Desplazamiento Medio Lateral del CP ( $mm$ )	27.2 ± 13.8	34.7 ± 20.3	5.1*
Desplazamiento Antero Posterior del CP ( $mm$ )	31.1 ± 11.5	32.5 ± 12.1	0.13
Desplazamiento total del CP ( $mm$ )	472.1 ± 163.9	668.3 ± 358.8	12.2***

(Los resultados corresponden a la media ± SD de los once registros)

\*\*\*  $p < 0.001$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*  $p < 0.05$

Figura 5. Resumen gráfico de tendencia central de variables estabilométricas para las condiciones sin y con incertidumbre (ROA y RDA, respectivamente).



Para completar el estudio del efecto combinado de las dos variables con dos niveles cada una: a) superficie de contacto (rígida e inestable) y b) referencia visual (ojos abiertos y ojos cerrados), en la tabla 6 se presentan los datos de tendencia central sobre el efecto que producen la superficie inestable (RGA) con respecto a la superficie rígida (ROA) en la situación de ojos abiertos. Los

datos indican que el uso de la superficie inestable incrementa de forma muy significativa todas las variables estabilométricas ( $p < 0.001$ ), lo que se presenta de forma gráfica en la figura 6. Como se ha indicado en las referencias hechas sobre las tablas anteriores, los datos muestran una desviación típica relativamente alta, lo que indica una alta variabilidad entre grupos.

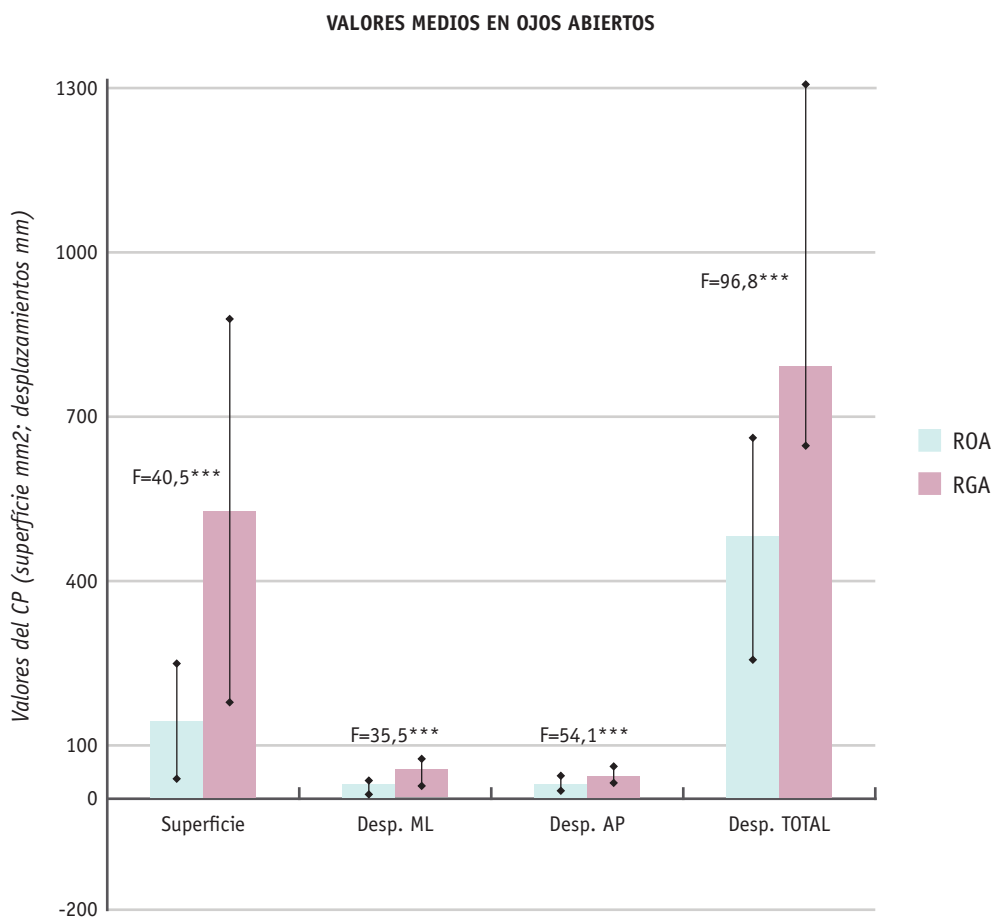
Tabla 6. Estadística descriptiva e inferencial de las variables estabilométricas para las condiciones de superficie rígida y superficie inestable con ojos abiertos (ROA y RGA, respectivamente).

Variables	ROA	RGA	F
Área de Superficie del CP ( $mm^2$ )	145.2 ± 110.2	527.3 ± 415.1	40.5***
Desplazamiento Medio Lateral del CP ( $mm$ )	27.2 ± 13.8	53.2 ± 28.6	35.5***
Desplazamiento Antero Posterior del CP ( $mm$ )	31.1 ± 11.5	51.5 ± 21.8	54.1***
Desplazamiento total del CP ( $mm$ )	472.1 ± 163.9	977.5 ± 393.1	96.8***

(Los resultados corresponden a la media ± SD de los once registros)

\*\*\*  $p < 0.001$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*  $p < 0.05$

Figura 6. Resumen gráfico de tendencia central de las variables estabilométricas para las condiciones de superficie rígida y superficie inestable con ojos abiertos (ROA y RGA, respectivamente).



En la tabla 7 y figura 7 se presenta la estadística descriptiva e inferencial de las variables estabilométricas para las condiciones de superficie rígida y superficie inestable con ojos cerrados (ROC y RGC, respectivamente). Al igual que sucedía con la situación de ojos abiertos, han existido claras diferencias entre las medias de las dos condiciones, siendo mayor cuando su utiliza

la superficie inestable. En general, los datos expuestos constatan que el uso de las superficies inestables producen un mayor efecto que la eliminación de la referencia visual y que la situación donde se deteriora más el equilibrio es cuando se eliminan las referencias visuales junto con la situación de superficie inestable.

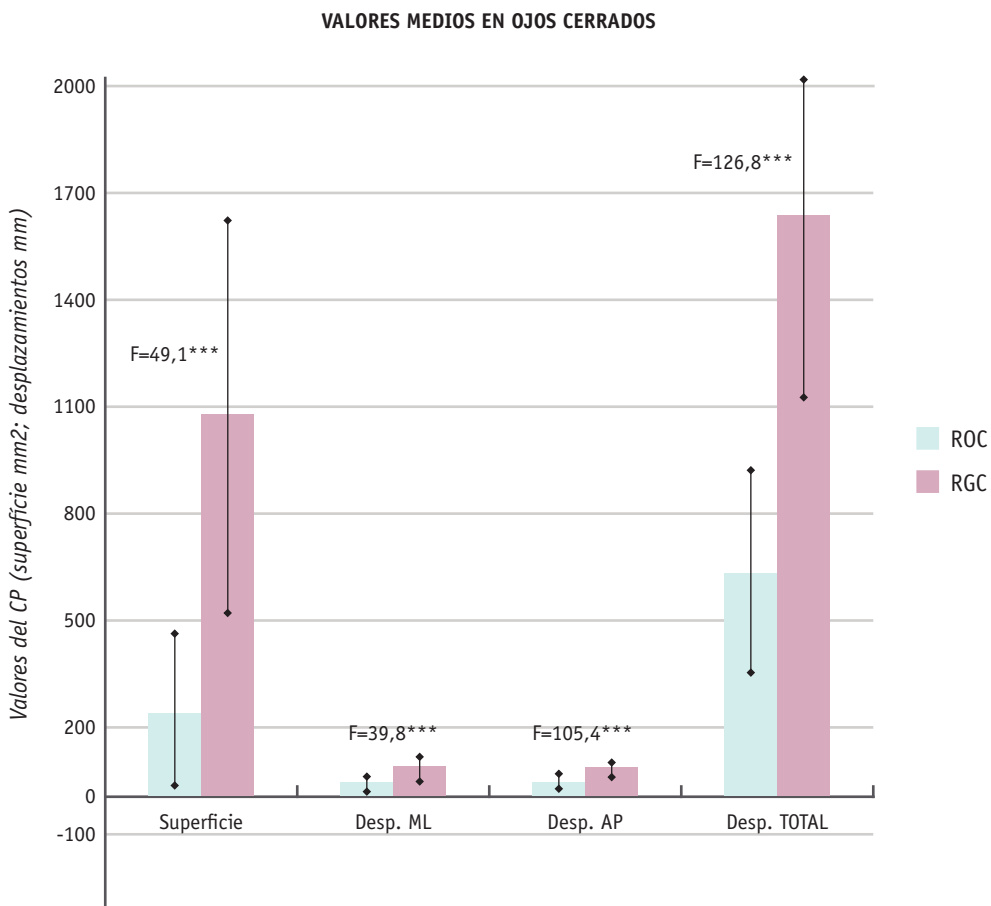
Tabla 7. Estadística descriptiva e inferencial de las variables estabilométricas para las condiciones de superficie rígida y superficie inestable con ojos cerrados (ROC y RGC, respectivamente).

Variables	ROC	RGC	F
Área de Superficie del CP ( $mm^2$ )	237.9 ± 241.1	1080.2 ± 899.1	41.9***
Desplazamiento Medio Lateral del CP ( $mm$ )	39.1 ± 30.24	87.1 ± 41.1	39.8***
Desplazamiento Antero Posterior del CP ( $mm$ )	38.8 ± 17.8	83.9 ± 27.8	105.4***
Desplazamiento total del CP ( $mm$ )	631.5 ± 303.3	1638.0 ± 594.1	126.8***

(Los resultados corresponden a la media ± SD de los once registros)

\*\*\*  $p < 0.001$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*  $p < 0.05$

Figura 7. Resumen gráfico de tendencia central de las variables estabilométricas para las condiciones de superficie rígida y superficie inestable con ojos cerrados (ROC y RGC, respectivamente).





## Discusión

La primera observación general que se pudo hacer sobre los datos expuestos es la alta desviación típica entre los participantes para todas las variables registradas. Esta desviación típica ha sido utilizada como indicador de la cantidad de variabilidad presentada por los sistemas estabilométricos (Caballero, Barbado y Moreno, 2013; Svendse, Svarrer, Negahban, Sanjari and Parnianpour, 2011), lo que nos permite afirmar que existe una alta variabilidad general entre las personas analizadas. Lipsitz (2002) y Manor, Costa, Newton, Starobiners and Kang (2010) señalan que esta variabilidad estaría asociada con la complejidad de las interacciones entre los distintos componentes del sistema neuromuscular implicados en el control postural, lo que se incrementa cuando se trata de personas con trastornos de equilibrio.

Los datos presentados en este trabajo muestran una variabilidad similar a poblaciones sanas sin patologías asociadas al equilibrio (Baydal-Bertomeu, Viosca-Herero, Ortuño-Cortés, Quinza-Valero, Garrido Jaén y Broseta, 2004), lo que es coherente con nuestros resultados al no haber utilizado criterios de selección relacionados con los trastornos del equilibrio. Sin embargo nuestra hipótesis inicial hacía referencia a una relación entre la discapacidad intelectual y los problemas de equilibrio, un aspecto que no se ha podido contrastar empíricamente. Aunque todas las variables estabilométricas han mantenido una cierta correlación lineal positiva con el nivel de discapacidad, ninguna de ellas ha alcanzado el nivel de significación suficiente para confirmar esta relación, posiblemente debido a los diferentes tipos y niveles de discapacidad de cada participante y sus diferentes asociaciones a los problemas de estabilidad. De este modo,

posiblemente la primera reflexión que debería hacerse cuando se trata de poblaciones tan heterogéneas como son las personas con discapacidad intelectual, es la necesidad de realizar la evaluación de forma individualizada, a partir de la cual deberían diseñarse las intervenciones más adecuadas para cada caso y situación.

En cierto modo, el diseño utilizado de medidas repetidas permite tener un control de esta variabilidad, al compararse por pares los cambios que se producen en las variables registradas para cada participante. De este modo, podríamos confirmar que, cuando se utilizan plataformas rígidas, todas las variables indican un deterioro de la capacidad para estabilizar su postura (ver tabla 2 y figura 2), siendo las mayores diferencias entre las medias cuando se analiza la variable de desplazamiento total del CP. Unos datos que son coherentes con los obtenidos para personas sanas sin ningún tipo de discapacidad (Baydal-Bertomeu et al, 2004), donde se incrementan todos los registros estabilométricos debido a la eliminación del estímulo visual. Los índices de Romberg (IR) para las superficies rígidas indica el nivel de este deterioro para cada variable, siendo mayor para el área de superficie descrita por el CP sobre la base de sustentación ( $1.79 \pm 1.19$  -ver tabla 4 y figura 4).

Cuando se hace esta misma prueba sobre superficies inestables, el deterioro del control de la postura se incrementa de forma muy significativa ( $p < 0.001$ ), lo que indica que, cuando se reduce la entrada somatosensorial mediante la alteración los sensores propioceptivos del tobillo, la eliminación del estímulo visual produce cambios muy importantes en todas las variables estabilométricas, obteniéndose las mayores diferencias entre las media en la variable de desplazamiento total del CP. El índice

de Romberg de las variables registradas en situación inestable, indica que el nivel de deterioro de la estabilidad, debido a la eliminación del estímulo visual, es mayor que el registrado para las situaciones con plataforma rígida, siendo la variable más sensible al deterioro postural el área de superficie descrita por el CP ( $2.50 \pm 1.72$  -ver tabla 4 y figura 4).

El efecto independiente de la reducción en entrada somatosensorial mediante alteración de los sensores propioceptivos del tobillo (prueba sobre plataforma inestable), manteniendo la información visual, indica valores muy altos de afectación en el deterioro de la estabilidad en todas las variables. La diferencia entre las medias se incrementan cuando se realizan esta prueba con ojos cerrados. Posiblemente la eliminación de los estímulos visuales y el deterioro de las aferencias, tanto vestibulares como somatosensoriales, sea una situación de extrema dificultad para ciertas personas con discapacidad intelectual, aunque datos similares que han aportado para personas sanas sin patologías del equilibrio (Baydal-Bertomeu et al, 2004).

Con respecto al efecto de la actividad dual sobre los registros estabilométricos, los resultados muestran un ligero deterioro del control postural ( $p < 0.05$ ), lo que indica un escaso efecto de las tareas cognitivas presentadas sobre el control postural. Sólo la variable de desplazamiento total del CP indica la existencia de unas diferencias de alta significación entre las medias de las dos situaciones. Tratándose de personas con discapacidad intelectual, se esperaban un mayor efecto de la actividad cognitiva sobre el equilibrio, aunque no existen referencias concluyentes en personas sin discapacidad.

A modo de conclusión, las pruebas estabilométricas registradas se pueden considerar

válidas y útiles para el diseño de programas de rehabilitación e intervención deportiva en personas con discapacidad intelectual, aunque, debido a la variabilidad existente y a la no constatación de una relación entre dichas patologías y el control postural, consideramos que las consecuencias del análisis estabilométrico debería realizarse de forma individualizada. No se ha existido significación estadística cuando se relaciona el nivel de discapacidad intelectual y las diferentes variables estabilométricas registradas, lo que nos sugiere la necesidad de establecer criterios que permitan determinar los posibles grados de afectación al equilibrio que poseen las diferentes patologías asignadas al término "discapacidad intelectual", una tarea que se plantea muy necesaria como perspectiva de futuro.

Las variables estabilométricas más sensibles a los cambios producidos por la manipulación de los estímulos vestibulares, visuales y somatosensoriales son: el desplazamiento total del CP a través de la base de sustentación y el área descrita en su recorrido por esta superficie.

Por lo tanto es imprescindible fomentar la elaboración de programas de actividad física incorporando de forma intencionada y controlada el equilibrio mejorando de esta forma la calidad de vida de nuestros usuarios además de ayudar a la reinserción laboral en el aspecto motor, realizando actividades enfocadas en mejora del equilibrio además de actividad física que ayudará al fomento de la inclusión de las personas con DI

## Referencias

- Baydal-Bertomeu JM, Viosca-Herrero E, Ortuña-Cortés MA, Quinza-Valero V, Garrido Jaén D, Broseta V. Estudio de la eficacia y fiabilidad de un sistema de postulografía en comparación con la escala de Berg. *Rehabilitación* 2004; 44(4): 304-310
- Belghali M, Chastan, N, Davenne, D, Decker, LM. Improving dual-task walking paradigms to detect prodromal Parkinson's and Alzheimer's diseases. *Frontiers in Neurology* 2017; 8(22)
- Caballero C, Barbado D, Moreno FJ. El proceso del desplazamiento del centro de presiones para el estudio de la relación complejidad/rendimiento observada en el control postural en bipedestación. *Revista Andaluza de Medicina Deporte* 2013; 6(3):101-107
- Gutiérrez-Dávila M. *Fundamentos de Biomecánica Deportiva*. Síntesis, Madrid; 2015
- García-Pastor C, Álvarez-Solís GA. La prueba de Romberg y Moritz Heinrich Romberg». *Revista Mexicana de Neurociencia* 2014; I (15): 31-35
- Horak FB. Postural orientation and equilibrium: what do we need to know about neural control of balance to prevent falls? *Age Ageing* 2006; 35. Suppl 2: ii7- ii11.
- Lipsitz LA. Dynamics of stability: the physiologic basis of functional health and frailty. *Journal Gerontology A Biological Sciences* 2002; 57:115-25.
- Malin A, Rintala P. Physical Performance of Individuals with Intellectual Disability: A 30-Year Follow-Up. *Adapted Physical Activity Quarterly* 2007; 24:125-143.
- Manor B, Costa MD, Hu K, Newton E, Starobinets O, Kang HG, et al. Physiological complexity and system adaptability: evidence from postural control dynamics of older adults. *The Journal of Applied Physiology* 2010; 109:1786-1791.
- Nordin E, Moe-Nilssen R, Ramnemark A, Lundin-Olsson L. Changes in step-width during dual-task walking predicts falls. *Gait & Posture* 2010; 32: 92-97.
- Svendsen J.H., Svarrer H., Vollenbroek-Hutten M., Madeleine P., (2011). Postural Variability during Pursuit Tracking in Low-Back Pain Patients. En: Dremstrup K, Rees S, Jensen MØ, editors. 15th NBC on Biomedical Engineering & Medical Physics, IFMBE Proceedings, 34:97-100.
- Ying-Shuo H, Chen-Chieh K, Yi-Ho Y. Assessing the development of balance function in children using stabilometry. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2009; 73:737-740.

## FIDMAG informa

### ACTITUDES DE PROFESIONALES DE SALUD MENTAL HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL: ESTUDIO “INTER NOS”

*El Estudio “Inter Nos” evalúa las actitudes potencialmente estigmatizantes hacia la enfermedad mental de profesionales de salud mental y sus diferencias de acuerdo con variables profesionales y culturales. El trabajo se basa en un estudio multicéntrico, donde han colaborado 38 investigadores (13 firmantes y 25 incluidos en el “Grupo de Trabajo Inter Nos”) y más de 1500 profesionales de 25 centros de Hermanas Hospitalarias de España, Portugal, e Italia.*

*F. Del Olmo-Romero, M. González-Blanco, S. Sarró, J. Grácio, M. Martín-Carrasco, A. C. Martínez-Cabezón, G. Perna, E. Pomarol-Clotet, P. Varandas, J. Ballesteros-Rodríguez, C. Rebolleda-Gil, G. Vanni, E. González-Fraile y The INTER NOS group: “Mental health professionals’ attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study”. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience [IF=3,569], (2018).*

Estudios comparativos arrojan una creciente evidencia de que los profesionales de los servicios de salud mental comparten al menos algunos de los prejuicios, estereotipos y conductas discriminatorias hacia la enfermedad mental con el resto de la población general. Estudios de satisfacción y cualitativos señalan que los usuarios de servicios de salud mental se quejan de actitudes estigmatizantes y discriminatorias entre los profesionales. Estas incluyen aspectos tales como implementación de servicios de baja calidad, etiquetado diagnóstico, pesimismo terapéutico, consentimiento informado escaso o inexistente, excesiva atención hacia los síntomas o fármacos (atendiendo en menor medida a sus datos personales), desinterés por las quejas físicas (fenómeno del ensombrecimiento diagnóstico) y la presencia de actitudes coercitivas. Dado el papel crítico de los profesionales, todo ello puede tener consecuencias en los usuarios de los servicios de salud mental, por medio de un mayor abandono de los tratamientos, disminución de la calidad del cuidado, aumento de la morbilidad y mortalidad y de las dificultades con los procesos de recuperación. [1,2]

El objetivo de este estudio es medir las actitudes de los trabajadores de Hermanas Hospitalarias y correlacionar estas actitudes con tres variables profesionales y culturales. La primera de ellas es la categoría profesional, incluyendo personal asistencial, desglosado en distintas profesiones: psiquiatras, psicólogos, “terapeutas sociales” (categoría que incluye terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, educadores sociales), enfermeros, auxiliares de clínica, y “otros clínicos” (profesionales que no se identificaban con ninguna de las categorías propuestas); y personal no asistencial (profesionales que no tienen un contacto directo con el usuario, como administrativos, personal de servicios generales, etc.). La segunda variable a medir es el lugar de trabajo, diferenciando entre recursos hospitalarios y comunitarios. Y la tercera el país en el que se ubica el dispositivo (España, Portugal o Italia).

La batería de evaluación está compuesta por una hoja de datos sociodemográficos elaborada ad hoc, en la que se incluían variables personales (sexo, edad, nivel educativo y años de experiencia en la profesión) y profesionales (lugar de trabajo, categoría profesional y país). También se incluían dos escalas para medir actitudes que se basan en diferentes modelos teóricos del estigma. Por un lado, se utilizó el cuestionario Attribution Questionnaire (AQ-27), el cual está compuesto de una viñeta en la que se explica acerca de una persona que está diagnosticada de esquizofrenia y se pregunta acerca de este caso. Dicha escala tiene 27 ítems agrupados en 9 factores, los cuales son: (1) responsabilidad personal, (2) enfado, (3) pena-compasión, (4) ayuda, (5) peligrosidad, (6) miedo, (7) evitación, (8) segregación y (9) coerción. La escala está basada en un modelo teórico de estigma según el cual hacer atribuciones acerca de la causa y la controlabilidad de la persona con enfermedad mental conlleva reacciones emocionales negativas y comportamientos de discriminación [3]. La segunda escala utilizada es Community Attitudes toward the Mentally Ill (CAMI, formada por 40 ítems agrupados en 4 factores: (1) autoritarismo, (2) benevolencia, (3) restricción social y (4) ideología comunitaria. [4]

La batería de evaluación podía ser cumplimentada en formato papel o vía web. En todo momento se aseguraba la confidencialidad y anonimato de los datos, aspecto fundamental para favorecer la fiabilidad de los mismos. Las evaluaciones se implementaron entre Junio y Septiembre de 2013. La muestra potencial del estudio fueron todos los trabajadores de Salud Mental de Hermanas Hospitalarias (4478 personas de 25 centros ubicados en España, Italia y Portugal). De la población estimada, 1729 personas participaron en el estudio (38.61%) y contestaron la encuesta. Solamente 1525 (34.06%) fueron incluidos en el análisis estadístico, puesto que los cuestionarios con más del 25% de ítems incompletos fueron excluidos.

Las puntuaciones obtenidas en el total de la muestra apuntan que en general, los factores que miden actitudes negativas hacia la enfermedad mental puntúan más bajo que aquellos que miden aspectos positivos. Solamente hay una excepción a esta tendencia y es el ligero apoyo al tratamiento coercitivo y los ingresos involuntarios (medido por el factor de coerción en el AQ-27 y autoritarismo en el CAMI), lo que está en consonancia con otros estudios [5]

Si tenemos en cuenta las puntuaciones obtenidas en función de la variable categoría profesional, en el cuestionario AQ-27 los profesionales asistenciales presentaban de manera global menores actitudes estigmatizantes que los profesionales no asistenciales (solamente se encontraron dos factores entre los que no había diferencia, la responsabilidad personal y la evitación social).

Si se desglosa el análisis por profesiones, existe una excepción a esta tendencia general. Los auxiliares de clínica y los "otros clínicos" no mostraban diferencias con respecto al personal no asistencial e incluso las respuestas de coerción eran mayores en el caso de los auxiliares de clínica, por lo que parecen ser los profesionales con actitudes más estigmatizantes. Por otro lado, los psicólogos y los "terapeutas sociales" son los que tienen puntuaciones menores en emociones (ira, miedo y peligrosidad) y comportamientos negativos (tendencia a la segregación y evitación). Los psiquiatras y las enfermeras puntúan en el medio; más bajo que los profesionales no asistenciales, pero más alto que psicólogos y terapeutas sociales en emociones negativas y segregación. Sin embargo, no difieren de los profesionales no asistenciales en respuestas coercitivas ni de evitación. Respecto a las puntuaciones del cuestionario CAMI, se repite el mismo patrón de respuestas anterior a excepción de los psiquiatras, que obtienen mejores puntuaciones, cercanas a los psicólogos.

Al comparar los resultados con la literatura, los estudios que comparan las actitudes entre los profesionales de salud mental y el público en general (equiparable en nuestro estudio a los profesionales no asistenciales) han encontrado resultados híbridos, sugiriendo que la relación entre ambas variables es compleja [1,2]. Estos resultados contradictorios también se han encontrado cuando se ha comparado la muestra de psiquiatras [6] y enfermeras [7] con otros profesionales de salud mental, mostrando en algunos estudios que presentan menos actitudes estigmatizantes, mientras que en otros se encuentran actitudes más positivas. Los distintos modelos de trabajo, la severidad de los pacientes, y la heterogeneidad de la muestra pueden estar contribuyendo a esta disparidad en los resultados. Por el contrario, parece existir mayor consistencia en la literatura en cuanto a las actitudes menos negativas y restrictivas de los psicólogos, que las de otros profesionales de la salud mental [8]. Por último, los resultados sobre las actitudes consistentemente más negativas de los auxiliares de clínica son muy relevantes clínicamente y están en consonancia con los estudios que los comparan con enfermeras registradas [9].

Considerando la variable centro de trabajo (hospital vs comunidad), las puntuaciones según la escala AQ-27 apuntan que los profesionales que trabajan en hospitales presentan más respuestas de discriminación, especialmente en coerción y segregación y ligeramente menos respuestas de ayuda. En el cuestionario CAMI también se replicó la presencia de mayores puntuaciones estigmatizantes en el caso de personal que trabaja en entornos hospitalarios; más acuerdo con respuestas de restricción social y más desacuerdo con benevolencia o apoyo al tratamiento comunitario. Recientes estudios provenientes de países Escandinavos han encontrado resultados similares [10].

Por último, comparando las puntuaciones de los tres países, los datos muestran resultados confusos. En el AQ-27 los profesionales españoles puntúan más alto en atribución de responsabilidad de la enfermedad mental, actitudes coercitivas y factor de compasión y menos en el factor miedo. Por otro lado, profesionales italianos son los que más bajo puntúan en los factores de pena y ayuda y los más altos en comportamientos de evitación. El resto de factores no difieren de manera significativa entre los países. En la escala CAMI, los profesionales españoles apoyaban las actitudes más positivas hacia el factor benevolencia e ideología comunitaria, los italianos fueron los que presentaban puntuaciones de menor apoyo al tratamiento comunitario y más a la restricción social, mientras que los portugueses puntuaban los más altos en el factor autoritarismo. Los estudios

que comparan el fenómeno del estigma entre países apuntan a la existencia de diferencias culturales [11]. En el presente estudio se han comparado países mediterráneos y por tanto que presentan similitudes a nivel cultural, lo cual puede haber contribuido a las pocas diferencias observadas.

Como conclusión, los resultados del estudio sugieren que los esfuerzos de las estrategias anti-estigma deberían centrarse en reducir las actitudes coercitivas en personal asistencial, especialmente en profesionales que trabajan en dispositivos hospitalarios y en los auxiliares de clínica.

En cuanto a las limitaciones del estudio destacar la representatividad y la potencial generalización de los resultados, puesto que se ha implementado en una organización concreta (no siendo extrapolable a todos los profesionales de salud mental). Además, la participación en el estudio ha sido moderada (34.06% de la población), pudiendo considerarse un sesgo tras la posible participación de aquellos profesionales que estuviesen más implicados con la población atendida. Por último, resaltar las dificultades para obtener una medida fiable debido a, por un lado, la validación de las escalas en los distintos idiomas, y por otro, el condicionante de la discapacidad social para contestar de manera precisa a los cuestionarios.

[www.fidmag.org](http://www.fidmag.org)



## Referencias

1. Schulze B (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rv Psychiatry Abingdon Engl* 19:137-155. <https://doi.org/10.1080/095402607011278929>.
2. Henderson C, Noblett J, Parke H, clement S, Caffey A, Gale Gran O et al (2014) Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry* 1:467-482. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6).
3. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA (2003) An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav* 44:162-179.
4. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull* 1981;7:225-40.
5. Lepping P, Steinert T, Gebhardt R-P, Rottgers HR (2004) Attitudes of mental health professionals and lay-people towards involuntary admission and treatment in England and Germany- a questionnaire analysis. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 19:91-95. <https://doi.org/10.106./j.eurpsy.2003.11.001>.
6. Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rossler W (2004) What about psychiatrists attitude to mentally ill people? *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 19: 423-427. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.019>.
7. Magliano L, De Rosa C, Fiorillo A, Manlangone C, Guarneir M, Marasco C et al (2004) Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia. A comparison with patients relatives and psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry* 50:319-330.
8. Nordt C, Rossler W, Lauber C (2006) Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizoph Bull* 32: 709-714. <https://doi.org/10.1093/chbul/sbj065>.
9. Munro S, Baker JA (2007) surveying the attitudes of acute mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 14:196-202. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01063.x>.

10. Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B (2013) Mental health professionals attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness? *Int J Soc Psychiatry* 59:48-54. <http://doi.org/10.1177/0020764011423176>.
11. Des Courtis N, Lauber C, Costa CT, Cattapan-Ludewig K (2008) Beliefs about the mentally ill: a comparative study between healthcare professionals in Brazil and in Switzerland. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl* 20:503-509. <https://doi.org/10.1080/09540260802565125>.





Hermanas  
Hospitalarias

[www.informacionespsiquiatricas.org](http://www.informacionespsiquiatricas.org)  
[www.hospitalarias.org](http://www.hospitalarias.org)

