

LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS EN LOS RECURSOS DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL DE ALCORCÓN

THE QUALITY OF LIFE FOR USERS ON THE RESOURCES OF MENTAL HEALTH REHABILITATION IN ALCORCON.

DeCS Calidad de Vida; Centros de Rehabilitación; Servicios Comunitarios de Salud Mental; Salud Mental; Trastornos Psicóticos; Trastornos del Humor.

MeSH Quality of life; Rehabilitation Centers; Community Mental Health Services; Mental Health; Psychotic Disorders; Mood Disorders.



Autora

Dña. M^a Mercedes Oliver de Haro

Terapeuta Ocupacional del Hospital de Día de Adultos. Coordinadora de Formación Continuada. Instituto Psiquiátrico SSMM José Germain de Leganés (Madrid). Psicóloga Clínica. Psicomotricista por la escuela CEFOPP

E-mail de contacto: moliver.ipjg@salud.madrid.org

Como citar este documento:

Oliver de Haro MM. La calidad de vida de los usuarios en los recursos de rehabilitación de salud mental de Alcorcón. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2016 [fecha de la consulta]; 13(23): [19 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num23/pdfs/original10.pdf>

Texto recibido: 17/02/2016

Texto aceptado: 10/04/2016

Texto publicado: 31/05/2016

Introducción

El Trastorno Mental Grave (TMG) agrupa un conjunto de diagnósticos que presentan diferente naturaleza clínica, pero que tienen en común criterios de gravedad, persistencia en el tiempo y tendencia al déficit funcional y a la alteración en las relaciones personales, familiares y sociales de la persona que lo padece⁽¹⁾. El concepto de TMG no solamente hace referencia pues al diagnóstico clínico, sino a la duración del trastorno y al funcionamiento psicosocial. Precisamente, para abordar y tratar las áreas y componentes de desempeño ocupacional, los modelos de rehabilitación han ido progresivamente ampliando su horizonte y modificándose en su conceptualización. Si originalmente el modelo de rehabilitación iba ligado a la reducción de deficiencias y

RESUMEN

Objetivo valorar la calidad de vida de los usuarios de los Centros de Rehabilitación de Salud Mental de Alcorcón, éstos incluyen el Centro de Rehabilitación Psicosocial, el Centro de Rehabilitación Laboral y el Equipo de Apoyo Sociocomunitario.

Métodos: descripción cualitativa. Se escogió el cuestionario autoaplicado Whoqol-Bref para medir en dos momentos temporales, febrero de 2014 y febrero de 2015, la calidad de vida de los usuarios que voluntariamente quisieron participar en el estudio.

Resultados: se analizaron con el programa estadístico SPSS. Se configuró una base de datos en la que cada usuario tenía reflejadas sus respuestas en todos los ítems del cuestionario, también el grupo de edad al que pertenecía, el año de cumplimentación de cada respuesta y el grupo diagnóstico que figuraba como principal en el informe de derivación del CSM. En este artículo se han destacado aquellos resultados cuya significación estadística χ^2 es menor a 0,05.

Conclusión: se destaca el valor del concepto de calidad de vida como referencia para los profesionales de la salud a la hora de ajustar nuestra práctica clínica diaria a las áreas que los usuarios expresen se encuentran más afectadas. En este sentido, los sujetos con estructuras psicóticas nos hablan de su cuerpo, ya que el dominio físico es el que aparece claramente afectado. Sin embargo, las estructuras neuróticas arrojan datos en todos los dominios que abarca el test, físico, psicológico, de relaciones sociales y del entorno.

SUMMARY

Objective To assess the quality of life of users Rehabilitation Centers Mental Health Alcorcón, these include the Center for Psychosocial Rehabilitation, Vocational Rehabilitation Center and community social Support Team.

Methods: A qualitative description. The self-administered questionnaire Whoqol-Bref was chosen to measure at two points in time, February 2014 and February 2015, the quality of life of users who voluntarily want to participate in the study.

Results: were analyzed using the SPSS statistical program. A database in which each user had reflected their responses on all items on the questionnaire, also the age group to which he belonged, the year of completion of each response and diagnosis group listed as a principal in the report was set CSM bypass. This article has highlighted those results whose statistical significance χ^2 is less than 0.05.

Conclusion: The value of the concept of quality of life as a reference for health professionals when adjusting our daily clinical practice to areas that users express are most affected stands. In this sense, subjects with psychotic structures speak of his body, as the physical domain is the one that is clearly affected. However, neurotic structures provide data in all domains covered by the test, physical, psychological, social relationships and environment.

síntomas, en la actualidad incorpora también la recuperación y la construcción de capacidades (2).

Este cambio permite que otros profesionales sanitarios y no sanitarios apoyen y acompañen al usuario de los servicios de salud mental en su camino hacia la recuperación, entendida ésta como un concepto complejo y multidimensional que debe ser determinado por las preferencias y metas de los propios individuos afectados. Por eso, la persona con TMG, ha de sentir y percibir la seguridad para transitar por este camino, y en este sentido, los equipos y los centros, jugamos un papel fundamental (2) (3).

Este contexto de cambio facilita también el surgimiento de conceptos como el de calidad de vida, cuya preocupación por la evaluación sistemática y científica es relativamente reciente (4). Surge alrededor de los años 80, acompañado por la reforma psiquiátrica, por el perfeccionamiento y desarrollo de los indicadores sociales y como no, por el paso de un modelo de atención institucional-manicomial a uno comunitario. La calidad de vida adopta pues entidad independiente, propia y se define como un concepto de carácter

multidimensional ⁽⁵⁾. El modelo propuesto por Schalock ofrece la definición de calidad de vida con mayor aceptación: *calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos* ⁽⁶⁾. En general, los modelos que teorizan sobre el concepto de calidad de vida lo hacen desde una perspectiva multidimensional y tienen en común el reconocimiento de la importancia que tiene la percepción subjetiva de la misma.

Actualmente la importancia del concepto es tal, que existe una Sociedad Internacional de Estudios de Calidad de Vida cuyo objetivo es promover y apoyar la investigación en este campo ⁽⁷⁾.

En el área de las ciencias de la salud, y en particular de la salud mental, la vinculación de conceptos como calidad de vida y bienestar no se hace esperar. La resolución 65/95 de la asamblea General de las Naciones Unidas reconoce que "los problemas de salud mental tienen una gran importancia en todas las sociedades, contribuyen de forma significativa a la carga que suponen las enfermedades y a la pérdida de calidad de vida y suponen unos enormes costos económicos y sociales" ⁽⁸⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece en el *Plan de Acción de Salud Mental para Europa* una relación entre la salud mental y la calidad de vida. Además, propone llevar a cabo acciones eficaces que mejoren la salud mental de los grupos de riesgo ⁽⁹⁾. El *Programa de Acción para superar la Brechas en Salud Mental* menciona que condiciones como la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el suicidio, la epilepsia, la demencia y los trastornos debido al consumo de sustancias, son en los adultos los que representan una mayor carga en cuanto a morbilidad, mortalidad y

discapacidad y establece por tanto que son condiciones prioritarias. Para el tratamiento de éstas recomienda paquetes de intervenciones basados en evidencias científicas. En particular, para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos las intervenciones son: medicación antipsicótica e intervenciones psicosociales familiares y comunitarias, poniendo como ejemplo la rehabilitación comunitaria ⁽¹⁰⁾. Los recursos de rehabilitación tratan de mejorar las condiciones de vida de las personas con TMG, teniendo en cuenta sus necesidades. Se enmarcan dentro de un modelo comunitario que trata de analizar y valorar la situación y posibilidades del enfermo mental crónico.

La utilidad del concepto de calidad de vida ha encontrado un lugar también para medir resultados de programas y terapias para enfermos mentales crónicos, tanto es así, que uno de los objetivos del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 es: *Reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental*. Dentro de este objetivo, como dato e indicador básico de resultados sanitarios, se enumeran entre otros el uso de datos sobre la calidad de vida de los sujetos ⁽¹¹⁾.

Nuestro objetivo es por tanto, aprovechar el concepto de Calidad de Vida para evaluar sus distintos componentes mediante el cuestionario Whoqol-Bref en la muestra de usuarios que atienden los recursos de atención social comunitaria que la Fundación Manantial gestiona para la Comunidad de Madrid en Alcorcón. A partir de este objetivo general podremos ir asumiendo, según las variables del estudio, los siguientes objetivos específicos:

- Correlacionar las variables del estudio.
- Objetivar los resultados en salud.
- Enmarcar en el contexto teórico los resultados en salud.
- Proponer áreas de mejora y acciones concretas que acompañen a los equipos en su labor asistencial.

Todos los usuarios son derivados y atendidos en el Centro de Salud Mental de referencia y vinculados al programa de continuidad de cuidados del mismo, el

perfil es común a los tres recursos, lo establece la Consejería de Políticas Sociales y Familia ⁽¹²⁾.

- El Centro de Rehabilitación Psicosocial atiende alrededor de 60 usuarios con un nivel de autonomía personal y social deficitario. El trabajo conjunto con ellos y las familias persigue fundamentalmente aumentar el nivel de autonomía y la integración social ⁽¹³⁾.
- El Centro de Rehabilitación Laboral atiende a un número de 40 usuarios con buen nivel de autonomía. Los programas de rehabilitación laboral que llevan a cabo tienen como objetivo adquirir o recuperar hábitos y capacidades que apoyen la inserción y mantenimiento del usuario en el mundo laboral ⁽¹⁴⁾.
- El Equipo de Apoyo Social Comunitario atiende un número de 30 usuarios. Se crea como recurso de enlace que apoya al Programa de Continuidad de Cuidados del CSM. Su labor es acompañar a los usuarios para que la vinculación con los servicios de salud mental sea regular y adecuada. Proporciona para ello atención domiciliaria y apoyo social en el entorno del sujeto ⁽¹⁵⁾.

MÉTODOS

Investigación descriptiva cualitativa de la calidad de vida de los usuarios de los recursos de rehabilitación de Alorcón. Los criterios de inclusión son coincidentes con los de los recursos, por tanto, la muestra la componen todos los usuarios que, estando en ese momento en tratamiento en alguno de los recursos de los dispositivos, voluntariamente aceptan la cumplimentación del cuestionario. No hay criterios de exclusión. El cuestionario seleccionado, el Whoqol-Bref (Word Health Organization Quality of Life-Bref), es una versión reducida del Whoqol-100 que disminuye el número de ítems de 100 a 26, tiene una buena validez discriminante y de contenido y una adecuada fiabilidad test-retest ⁽¹⁶⁾. Para poder administrar el cuestionario se solicitó permiso al departamento de Health Statistics and Information System (WHO). Una vez

obtenido el permiso y el consentimiento de la coordinadora de los recursos, los cuestionarios se distribuyeron entre los profesionales de los equipos que voluntariamente quisieron colaborar con la investigación. Previamente se les había informado del estudio y entrenado en la manera de administrar el Whoqol-Bref. Ellos se encargaron de repartirlos entre los usuarios y de acompañarlos y/o asistirlos durante la cumplimentación, según se contempla en las normas de administración del cuestionario.

El primer momento de medición comienza el 3 de febrero de 2014 con un periodo ventana máximo de dos semanas, el segundo comienza el 2 de febrero de 2015 con el mismo periodo ventana.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico informático SPSS, ya que es el que recomienda la guía de aplicación y análisis de datos del propio Whoqol. Se utilizaron tablas cruzadas o de contingencia para analizar los resultados en el cuestionario para la muestra total y para los grupos diagnósticos F20-29 (esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes) y F30-39 (trastornos del humor), por ser los más representativos en número; según el año de cumplimentación, el grupo de edad y el recurso al que pertenecían los usuarios ⁽¹⁷⁾. Se recogieron únicamente los valores estadísticamente significativos, esto es un Chi² o de Pearson menor a 0,05.

RESULTADOS

En el año 2014 la muestra total es de 63 usuarios, tras la cumplimentación se descarta un cuestionario por no cumplir con los criterios que se describen en el Whoqol-Bref, siendo pues la muestra total de 62 usuarios. En el año 2015 los 62 usuarios no cumplimentan de nuevo el cuestionario, lo hacen un total de 51. En el CRPS se pierden cuatro participantes, la muestra pasa de 24 a 20; tres de ellos no asisten al recurso en el periodo de medición del 2015, el cuarto no cumplimenta el cuestionario debido a dificultades de organización de los evaluadores.

En el CRL la muestra pasa de 31 a 28; dos de los usuarios dejan de asistir al recurso (alta por abandono) y el tercero es dado de alta terapéutica.

En el EASC la muestra pasa de 7 a 3; tres de los usuarios se encuentran en situación de descompensación clínica y el equipo decide no pasar el cuestionario, la cuarta persona es vista fuera del centro y el equipo no aporta el cuestionario al lugar de intervención.

		2014	2015
GÉNERO	MASCULINO	77,4	77,4
	FEMENINO	22,6	22,6
EDAD EN GRUPOS	20-29	9,7	3,9
	30-39	37,1	37,3
	40-49	45,2	52,9
	50-59	8,1	5,9
RECURSO	CRL	50	54,9
	CRPS	38,7	39,2
	EASC	11,3	5,9
GRUPO DIAGNÓSTICO	F00-09	3,2	3,9
	F10-19	4,8	3,9
	F20-29	64,5	64,7
	F30-39	22,6	19,4
	F40-49	9,7	6,5
	F60-69	3,2	3,9
	F70-79	6,5	7,8

Tabla 1: Distribución de frecuencias expresadas en porcentaje de la muestra. M^a Mercedes Oliver de Haro. 2015.

El cuestionario introduce de manera independiente dos preguntas. La primera pregunta: ¿cómo puntuaría su calidad de vida? La segunda pregunta: ¿cuán satisfecho/a está con su salud? El resto de preguntas las agrupa para su análisis en cuatro dominios; el dominio 1 refleja el área física, el 2 la psicológica, el 3 las relaciones sociales y el 4 el entorno. Todas las respuestas se recogen en una escala tipo Likert con cinco niveles de respuesta donde el grado negativo se ubica en los valores 1 y 2, el neutral en el 3 y los valores positivos en el 4 y 5.

	MUESTRA TOTAL		F20-29		F30-39	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
¿Cómo puntuaría su calidad de vida?		Chi2<0,05				
Cúan satisfecho está con su salud?		Chi2<0,05				
Physical Domain	Chi2<0,05	Chi2<0,05	Chi2<0,05	Chi2<0,05	Chi2<0,05	Chi2<0,05
Psychological Domain	Chi2<0,05	Chi2<0,05			Chi2<0,05	Chi2<0,05
Social Relationships Domain					Chi2<0,05	Chi2<0,05
Environment Domain	Chi2<0,05			Chi2<0,05	Chi2<0,05	

Tabla 2: Distribución de la Significación Estadística. M^a Mercedes Oliver de Haro. 2015.

Los datos que se destacarán son aquellos en los que aparece significación estadística χ^2 menor o igual a 0,5; tanto por grupo muestral como por dominio del test.

En los datos sobre la **muestra total** los porcentajes más elevados para contestar a la primera pregunta; ¿cómo puntuaría su calidad de vida? están en la muestra masculina del CRL en el año 2015 que puntúan “lo normal” (47,05%). En cuanto al dominio físico, las áreas de mayor afectación son el dolor, en el sentido de que supone una limitación para hacer lo que el sujeto necesita. Este dato es destacado en el año 2015 en la muestra de varones del CRL (31,33%). La necesidad de tratamiento médico para funcionar en la vida diaria está entre lo normal y bastante en los grupos de población de 30-40 (42,85%) y entre bastante y extremadamente en la población de 40-50 (50,85%) en el año 2015. La energía que tienen para su vida diaria es bastante en el CRL (58,03% de los usuarios del CRL), moderado en el CRPS (37,51%) y un poco en el EASC (57,12%) en el año 2014. En cuanto a la capacidad de

desplazamiento de un lugar a otro, en el 2014 el peso del porcentaje del CRL y CRPS se reparte entre lo normal (33,32%), bastante (27,78%) o extremadamente (33,34%), mientras que en el 2015 lo hace entre bastante (38,06%) y extremadamente (39,1%). La satisfacción con el sueño es lo normal para los hombres (32,5%) y muy satisfecho para las mujeres (47,86%) en el 2014, mientras que en el 2015 los hombres del CRL se muestran lo normal o insatisfechos (53,57%), mientras que la muestra del CRPS estaría dividida entre muy insatisfecha o insatisfecha (32,83%) y muy satisfecha (25%). La habilidad para realizar las actividades de la vida diaria es lo normal en el 50% de la muestra. La capacidad de trabajo también tiene una tendencia a la media (40% de la muestra).

En el dominio psicológico, expresan en qué medida sienten que sus vidas tienen sentido, en el año 2014 los usuarios del CRL opinan que lo normal (54,82), los del CRPS lo normal y bastante (79,19%) y los del EASC opinan que nada (42,86%) o lo normal/extremadamente (57,21%). En este mismo ítem en el año 2015, la muestra masculina responde mayoritariamente en lo normal (35%) y la femenina en extremadamente (40%). La aceptación de la apariencia física en el 2015 se refleja por grupo de edad, los usuarios de 20 a 30 años aceptan totalmente su apariencia física (100%), los del 30 a 40 moderadamente o bastante (63,14%) y los del 40 a 50 y 50 a 60 opinan que bastante (56,66%). La frecuencia de sentimientos negativos en el año 2014 aparece por género, los varones reflejan mediana y frecuentemente (77,1%), mientras que el 35% de las mujeres opinan que medianamente y el 42,87% lo hacen en frecuentemente o siempre.

En el dominio sobre el medio (todos datos en el 2014) aparece la seguridad que sienten en su vida diaria, los usuarios del CRL y CRPS opinan que lo normal (47,28%) o bastante (29,09%) y los del EASC un poco (71,43%). En cuanto a la oportunidad para realizar actividades de ocio, los usuarios del CRL y CRPS contestan moderadamente (39,08%) o bastante (33,63%) y los del EASC nada

o un poco (71,43%). De la satisfacción con su transporte, el grupo de edad de 30-40 estaría lo normal (47,82%) mientras que los grupos de 40-50 y 50-60 están bastante satisfechos (57,57%).

En los datos sobre el **grupo diagnóstico F20-F29** en el dominio físico, los usuarios contestan en el 2014 que el dolor físico no les impide nada (32,5%), un poco (27,5%) o lo normal (22,5%), hacer lo que necesitan, en particular las muestras del CRL y CRPS. Al año siguiente, la necesidad de tratamiento médico para funcionar en la vida diaria es lo normal (51,52%) sobre todo en los grupos de edad de 30-40 y 40-50. Un porcentaje elevado de usuarios de 40-50 (12,12%) expresan extremadamente. En el año 2014, la energía para la vida diaria es lo normal (32,5%) o bastante (37,5%) entre los usuarios del CRL y CRPS, mientras que el 100% de los usuarios del EASC expresan un poco. En ese mismo año la satisfacción con la capacidad de trabajo es lo normal (37,5%), una muestra del 10% expresa mucha insatisfacción (CRPS y EASC). En el 2015 la capacidad de desplazamiento es bastante o muy satisfactoria en un 78,78%. En el dominio sobre el medio, la seguridad que sienten en su vida diaria en el 2015 es lo normal o bastante en un 75,75%.

En los datos sobre el **grupo diagnóstico F30-F39** para el dominio físico, los usuarios contestan en el 2015 para el ítem "en qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita" el 41,67% contesta bastante, siendo toda esta muestra masculina. En este mismo año comentan que la energía que tienen para la vida diaria es entre la muestra masculina un poco o moderada en un 75%, mientras que la muestra femenina expresa bastante o totalmente en un 100% a esta pregunta. Respecto a la satisfacción con el sueño es para la muestra masculina insatisfecho o lo normal (66,66%), mientras que el 100% de la muestra femenina expresa muy satisfecho. En el año 2014 la capacidad de desplazamiento de un lugar a otro es bastante o extremadamente (71,42) entre los usuarios del CRL y CRPS mientras que el 100% de los usuarios del EASC expresan nada. La satisfacción con el sueño en ese mismo año es lo normal o bastante (78,57%) entre los usuarios de 30-40 y 40-50 años.

En el dominio psicológico para el 2014 el 42,86% de los usuarios del CRL y CRPS expresan que frecuentemente tienen sentimientos negativos de tristeza, ansiedad, etc. Los usuarios del EASC expresan tener siempre estos sentimientos en el 100% de la muestra. En el año 2015 el 41,67% dicen "lo normal" en cuanto al sentido que tiene su vida siendo este porcentaje todo varones, el 100% de las mujeres opinan que extremadamente. La satisfacción consigo mismo en este mismo año es insatisfecho para los varones (40%) y muy satisfecha (100%) de las mujeres. En cuanto al dominio social, en el año 2014 la satisfacción con el apoyo que reciben de sus amigos es muy satisfecho (38,46%) en los grupos de edad de 30-40, 40-50 y 50-60. En el 2015 los usuarios del CRL y CRPS expresan estar insatisfechos (41,67%) en su vida sexual.

En el dominio sobre el medio aparecen datos únicamente en el año 2014. ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?, el 100 % de la muestra masculina opina que lo normal o bastante, estando esta muestra repartida entre el CRPS y CRL, mientras que la muestra femenina lo hace en un poco (33,36% del EASC) o bastante (66,64% de los tres recursos). En cuanto a la oportunidad para realizar actividades de ocio, en el EASC el 100% opinan que un poco, mientras que en el CRL opinan que bastante (80%) y en el CRPS moderadamente (50%). Finalmente, en la satisfacción sobre las condiciones del lugar en el que viven, el 100% del EASC contesta muy insatisfecho, y el CRPS y CRL bastante satisfecho.

DISCUSIÓN

Este estudio sobre calidad de vida es interesante en la medida en que evidencia la complejidad del concepto. Los datos que se han analizado son meramente una muestra de la cantidad de combinaciones y análisis que se podrían hacer con la base de datos que se ha generado. Quiero destacar, que el trabajo de

los equipos acompaña al proceso de mejora de los usuarios y que mi humilde intención al señalar las áreas de mayor afectación es colaborar y apoyar los procesos de mejora continua que guían las profesiones sociosanitarias actualmente.¹⁸

La calidad de vida de los usuarios se mantiene con pocas variaciones de un año a otro si tomamos la medida general a través de la primera pregunta que el cuestionario lanza. No es un dato significativo a nivel estadístico, pero la cifra de 51,61% de sujetos que dicen encontrarse *lo normal*, pasa a un 47,06% en 2015, la diferencia de porcentaje está fundamentalmente en los sujetos que expresan *bastante bien/muy bien*, que pasa de un 32,25% en 2014 a un 35,29% en el siguiente año. El grupo de hombres entre 40 y 50 años del CRL son los que se muestran más satisfechos con su calidad de vida general y su salud.

El dominio físico es el que se hace más presente en todos los resultados del Woqol-bref, esto es consistente con datos bibliográficos que consensúan que la salud física de los pacientes con enfermedad mental grave, en particular los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, es menor que la de la población total. En particular, éstos presentan mayores tasas de infecciones, enfermedades endocrino-metabólicas, enfermedades cardiacas y respiratorias y un mayor riesgo de muerte tanto global como por causas naturales¹⁹.

Dada la sobremorbilidad física que el grupo de pacientes con enfermedad mental grave padece, sería necesario incorporar los problemas de salud física a los programas psicoeducativos de los recursos de atención a los trastornos mentales graves. Además, teniendo en cuenta el dato de la muestra masculina del CRL sobre el grado de afectación para el desempeño de actividades que el dolor produce en ellos, las tareas que se programan desde los talleres de carpintería o jardinería, que tendrán un perfil más físico, seguramente tendrán ya en cuenta este factor. En este mismo apartado, los usuarios del EASC también expresan limitaciones en su funcionamiento derivadas del dolor, sería

interesante apoyar la vinculación de estos usuarios con los servicios de salud de atención primaria, otra acción podría ser buscar e incluir a estos usuarios en algún grupo psicoeducativo que estuviera en funcionamiento, también en otros grupos de perfil más práctico y vivencial, en los que pudieran explorar y trabajar aspectos relacionados con el bienestar físico, podrían ser grupos de psicomotricidad, técnicas de relajación, etc.

La necesidad de tratamiento médico es extrema en el grupo de 40-49 años (2015), sobre todo entre los pacientes con diagnóstico del grupo de psicosis, podría explorarse si este dato corresponde con una toma de conciencia de la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico, en este caso reforzar este compromiso y adherencia sería clave, ya que es un grupo poblacional que debido a su estructura psicopatológica incumplen el tratamiento psicofarmacológico en un 25-50% mientras que aproximadamente entre un 30-60% lo abandonarían durante el primer año de tratamiento²¹. Una buena relación terapéutica con la enfermería del CSM será clave. En este sentido, los tres recursos serán un enlace fundamental entre el paciente y el CSM, apoyando la adherencia del paciente a las citas que debe mantener con su terapeuta y enfermera de referencia en el CSM. Otra medida muy eficaz es la inclusión de los familiares en los procesos terapéuticos de los usuarios, en este sentido se están llevando a cabo grupos multifamiliares en los tres recursos, es muy importante el trabajo que hacen los equipos al incentivar y promover la asistencia a estos grupos de familiares y usuarios, otra medida podría ser organizar programas psicoeducativos específicos para aquellos usuarios con dificultades en este área y tratar de mejorar con ellos la adherencia al tratamiento.

Otro dato que llama la atención es que el grupo diagnóstico F30-F39 es el que arroja datos estadísticamente significativos en todos los dominios en ambos años (excepto en el dominio del medio en el 2015). Este dato es consistente con otro estudio sobre una muestra de 631 pacientes en los que se evaluó con

el PRIME-MD la calidad de vida y su relación con problemas de salud. En este estudio se destacó también que el grupo de trastornos del humor mostrase considerablemente más problemática en todos los dominios comparativamente al resto de grupos analizados²⁰.

El grado de satisfacción con el sueño empeora entre la muestra masculina, sobre todo del grupo F30-39 de un año a otro, siendo los usuarios del EASC y los del CRPS los que peores resultados arrojan, en este sentido se podría realizar un análisis individual de los usuarios que plantean este problema, para comprobar qué estructura y rutina del sueño mantienen, una estructuración de horarios podría ser beneficiosa si el usuario puede adquirir un compromiso en el cumplimiento de los mismos, se podría incluso incluir dentro del contrato terapéutico de tratamiento. En cuanto a la capacidad de trabajo los usuarios del CRPS, especialmente los del grupo de las psicosis, son los más insatisfechos, sería interesante indagar sobre las causas, en qué situación laboral se encuentran y cuál es su deseo respecto a esto. Hay que tener en cuenta que aproximadamente un tercio de las personas que han tenido un episodio psicótico han perdido bien el empleo o interrumpido su itinerario formativo. Poder retomar alguna de estas actividades tendría un impacto positivo sobre la persona y su entorno, tal vez el CRPS podría contemplar el aspecto formativo para grupos reducidos de usuarios que mostrasen motivación en este área²².

En el dominio psicológico llama la atención la ausencia de datos estadísticamente significativos para el grupo diagnóstico F20-29. Una propuesta podría ser reforzar el trabajo que se lleva a cabo en áreas como; sentimientos positivos y negativos, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, autoestima, imagen corporal y apariencia física. En la muestra del EASC el reto sería que pudieran incrementar sus experiencias de felicidad, paz, equilibrio y esperanza en relación al futuro. En cuanto a los sentimientos negativos como la culpa, la tristeza, la desesperanza, las ganas de llorar, la ansiedad y la incapacidad para experimentar placer en el funcionamiento cotidiano, seguirán siendo objeto de trabajo en los tres recursos y en la muestra en general. En el

dominio social, tener en cuenta que la satisfacción con la capacidad de expresar y disfrutar de deseo y actividad sexual de forma apropiada, sobre todo el grupo F30-39 del CRPS, podría aumentar la calidad de vida de esta muestra. En el dominio del medio, nos encontramos con el reto de intervenir desde el EASC para aumentar la sensación de seguridad física, las oportunidades para participar de actividades de ocio y la satisfacción con la vivienda habitual. Otros autores encuentran resultados similares entre población con enfermedad mental grave y crónica, en este área plantean la posibilidad de ajustar las expectativas de bienestar social con el funcionamiento real de los usuarios, en concreto, explorar las actividades concretas que los pacientes realizan y acompañar y apoyar en el vínculo que tengan en su comunidad ²³.

CONCLUSIONES

La calidad de vida de los usuarios de los recursos de Alorcón presenta pocas variaciones de un año a otro. El área en la que se destaca mayor afectación es el área física para toda la muestra. El grupo diagnóstico de trastornos del humor es el que muestra mayores datos en todas las áreas de afectación que se valoran por el test. A nivel general, los usuarios del CRL y CRPS reflejan un nivel de calidad de vida mayor que los usuarios del EASC.

Para finalizar, quería destacar que en este camino de poder acompañar a las personas con enfermedad mental grave, tenemos que intentar esforzarnos por conocer la situación de este grupo de población. Más allá de la valoración clínica individual, el valor que añade un trabajo de sistematización teórica e investigación abre el debate e invita a la reflexión entre equipos y profesionales que no solamente difunden su trabajo, sino que pueden someterse a discusión en sus experiencias y reflexiones críticas.

En este sentido y como proyecto futuro, plantearía que las unidades tuvieran como objetivo realizar un análisis concreto de lo que funciona bien y lo que podría mejorar en cada una de ellas, esto nos obligaría a afinar estrategias de

mejora y rentabilizar los esfuerzos de los agentes implicados, una manera podría ser profundizar en el estudio estadístico de esta muestra y en el análisis de los resultados. De hecho es una de las limitaciones de este trabajo, esto es, poder hacer un análisis estadístico más exhaustivo y dirigido de los datos que orientase con mayor concreción hacia esas áreas de mejora . Sin duda esto será una guía para diseñar líneas de intervención y acciones concretas, para que la labor de los equipos esté directamente vinculada a los resultados en salud de los pacientes y/o usuarios. Otra de las limitaciones de este trabajo es el tamaño muestral, sería interesante tomar otras muestras poblacionales que permitiesen estudios comparativos y además, intentar que el tamaño del grupo fuera mayor, lo que también permitiría hacer inferencias a la población de la cual la muestra procede. Otra de las limitaciones de este trabajo conecta directamente con mi perfil asistencial como terapeuta ocupacional, en este estudio he querido destacar la labor investigadora de nuestra profesión y no he elaborado cómo modelos propios de la terapia ocupacional se insertan en los modelos de calidad de vida y de qué manera y a través de la ocupación nuestra profesión puede mejorar este aspecto. Es un trabajo que quedaría pendiente por elaborar, no solamente del Terapeuta Ocupacional, sino por parte de los equipos interdisciplinarios, que en cada área de competencia intervendrían desde sus respectivos modelos con el fin de acompañar a los usuarios en la mejora de su calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

A Alejandra Oliver, vínculo y apoyo imprescindible para la realización de este estudio. A todos los usuarios y equipos de trabajo de los recursos de Fundación Manantial de Alorcón, en especial a Alicia Molina. A los profesionales del Hospital de Día del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés. Al departamento de Health Statistics and Information Systems. A Jesús Rogero por su disponibilidad y ayuda con los datos estadísticos. Muchas gracias a todos por hacer posible este trabajo.

Referencias Bibliográficas

1. Grupo de trabajo de la Sección de Rehabilitación de la AEN. Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. Cuadernos Técnicos, 16. Madrid: AEN; 2012.
2. Pastor A, Blanco A, Navarro D. Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid: Síntesis; 2010.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). National Consensus Statement on Mental Health Recovery. 2004 Consensus. Maryland; 2004. [Acceso el 16 de abril de 2015]. Disponible en: http://store.samhsa.gov/shin/content/SM_A05-4129/SMA05-4129.pdf
4. Gómez M, Sabeh EN. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [Internet]. INICO. Salamanca, 2000. [revisado 16 febrero 2015]; Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
5. Verdugo MA, Martín M. Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. Salud Mental [Internet]. 2015 [revisado 16 febrero 2015];5(4): 68-77. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242507>
6. Shalock RL. Quality of life. Its Conceptualization, Measurement and Use. Vol I. Washinton: American Association on Mental Retardation; 1997.
7. Internacional Society for Quality-of-Life Studies [sede web]. [Acceso el 15 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.isqols.org/>
8. Naciones Unidas [sede web]. Resolución 65/95 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Salud Mundial y Política Exterior. Nueva York; 2010. [Acceso el 15 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/65/95&Lang=S
9. Word Health Organisation [sede web]. Mental Health Action Plan for Europe. Facing the challenges, building solutions. Finlandia; 2005. [Acceso el 9 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
10. Word Health Organisation [sede web]. MhGap Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Ginebra; 2008. [Acceso el 15 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf
11. Word Health Organisation [sede web]. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra; 2013. [Acceso el 6 de abril de 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1.
12. Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental. Madrid; 2015 [Acceso el 6 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142614831629&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pv=1142599568125
13. Memoria 2013 Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcorcón. Madrid; 2013 [Acceso el 21 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.fundacionmanantial.org/pdf/Memoria_CRPS_Alcorcon_2013.pdf?PHPS_ESSID=8fafb12df743b2027f7f888213aa88f1
14. Memoria 2013 Centro de Rehabilitación Laboral Alcorcón. Madrid; 2013 [Acceso el 21 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.fundacionmanantial.org/pdf/Memoria_CRL_Alcorcon_2013.pdf
15. Memoria 2013 Equipo de Apoyo Social Comunitario Alcorcón. Madrid; 2013 [Acceso el 21 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.fundacionmanantial.org/pdf/Memoria_EASC_Alcorcon_2013.pdf
16. Fernández L, Yániz B. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en las esquizofrenias. Inf psiquiátr. [Internet] 2015; [revisado 16 febrero 2015]; Tercer trimestre (169). Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/03_169_04.htm
17. Word Health Organisation [sede web]. Internacional Statistical Classification of Diseases an Related Health Problems. 10 Revision (ICD-10). Version for 2010. Chapter V. Mental and behavioural disorders (F00-F99). Ginebra; 1992. [Acceso el 15 de abril de 2015]. Diponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>

18. López, M., Laviana, M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet] 2007 [consulta el 11 de marzo de 2016]; 27(1): 187-223. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v27n1/v27n1a16.pdf>
19. Sáiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J, Ubago Giner J, García-Portilla González, M.P. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Esp Psiquiatr [Internet] 2008 [consulta el 9 de marzo de 2016]; 36 (5): 251-264. Disponible en : http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2008/2008_Saiz_Consenso.pdf
20. Robert L, Spitzer MD, Kart Kroenke MD, Mark Linzer MD, Steven R, Hahn MD *et al.* Health Related Quality of Life in Primary Care Patients With Mental Disorders. Results From the PRIME-MD 1000 Study. JAMA. 1995; 274(19):1511-1517.
21. González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. Enfermería Glob. 2005; 4(7):1-9.
22. García E, Peñuelas B, de las Heras L, Menéndez M, Díez E. La formación y el empleo. Instrumentos básicos para la integración de las personas con los trastornos psicóticos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2000; 20 (73): 9-22.
23. Navarro D, García-Heras S., Carrasco O, Casas A. Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. Int Psico [Internet]. 2008 [22.03.16]; 17(3); 321-336. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1132-05592008000300008&lng=es&nrm=iso&lng=es