

Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en la Unidad de Media Estancia de Salud Mental del Hospital Pare Jofré durante los años 2005-2008

Begoña Frades ¹, M^a Angeles Ruipérez ² y Micaela Moro ²

RESUMEN

Introducción. En noviembre de 2005, la Agencia Valenciana de Salud de la Generalitat Valenciana pone en marcha el Hospital Pare Jofré para atender a personas con enfermedades crónicas en dos áreas, la Médica Integral y la de Salud Mental. La Unidad de Media Estancia (UME) del Área de Salud Mental pretende proporcionar un tratamiento integral para reintegrar al paciente en su medio socio-familiar tras el alta.

El presente estudio pretende obtener una descripción de las características de los usuarios atendidos y valorar la calidad de los protocolos de recogida de datos así como constatar la eficacia de los tratamientos.

Método. La muestra está formada por 262 pacientes (178 hombres y 84 mujeres), ingresados desde Noviembre de 2005 hasta Diciembre de 2008. A partir de las historias clínicas se construyó una base de datos, compuesta por 214 variables, clasificadas en tres áreas: socioeconómica, de gestión sociosanitaria y clínica.

Resultados. El perfil de paciente atendido es de un varón, soltero de 35 años y diagnosticado de esquizofrenia, que vive con los padres, no trabaja, cobra una pensión no contributiva, con alta comorbilidad de consumo de tóxicos, baja adherencia al tratamiento y escasa conciencia de enfermedad.

Discusión. Las comparaciones de las escalas de evaluación clínica al ingreso y al alta mostraron una mejoría de todas las puntuaciones.

PALABRAS CLAVE

Servicios Comunitarios de Salud Mental. Trastorno Mental Grave. Rehabilitación Psicosocial.

A Descriptive Study about de inpatients attended in the Mental Health Unit of the Pare Jofré Hospital in the years 2005- 2008

ABSTRACT

Introduction. In 2005 the "Agencia Valenciana de Salud" of the Generalitat Valenciana, set up the Pare Jofré Hospital, in order to attend patients with chronic diseases. In this Hospital, the Medium Stage Unit (Unidad de Media Estancia, UME) provides complete treatment to patients with diagnostic of severe mental disorder. The treatment aims to reintegrate patients in their socio-familiar environment with the best functional level possible.

The present study aims to draw a description of the characteristics of the patients attended in the UME and the quality of the assessment protocols.

Method. The sample is formed by 262 patients (178 men and 84 women); attended in the UME since November 2005 to December 2008. The data base was formed with 214 variables, classified in: socioeconomic data, management data and clinical data.

Results. The patient profile is a man, 35 years old, unmarried, with a diagnosis of schizophrenia and abuse of substances as second diagnosis. He lives with his parents, is unemployed, received a non-contributive rent, low treatment adherence and low conscience of disease.

Discussion. After discharge, all measures of psychopathology show significant changes.

KEY WORDS

Community Mental Health Services, Severe Mental Disorder, Psychosocial Rehabilitation

¹ Área de Salud Mental. Hospital Pare Jofré. Valencia

² Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I. Castellón.

Correspondencia:

Begoña Frades. Hospital Pare Jofré, C/ S. Lázaro s/n. 46017, Valencia

E-mail: frades_beg@gva.es

Introducción

La expresión “trastorno mental grave” se utiliza para aludir a los trastornos mentales de duración prolongada, que conllevan un grado importante y variable de discapacidad y disfunción social. La definición que ha alcanzado un mayor consenso es la del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU¹ que incluye tres dimensiones: diagnóstico, duración y discapacidad. El reconocimiento de la existencia de importantes deficiencias en la atención a personas con trastorno mental grave ha tenido como consecuencia la puesta en marcha de algunas iniciativas dirigidas a abordar de forma integral los problemas de estos pacientes. Esto requiere una aproximación socio-sanitaria, con coordinación política y técnica de los sistemas de servicios sociales y sanitario². La experiencia demuestra que la evolución clínica de los pacientes y la calidad de vida, tanto de éstos como de los familiares, es mayor donde se han desarrollado redes asistenciales -que incluyen desde los programas ambulatorios en los centros de salud mental hasta programas de hospitalización total o parcial y programas de rehabilitación o de apoyo comunitario- en comparación con los modelos de atención centrada exclusivamente en la hospitalización a largo plazo³.

A partir de la reforma sanitaria promovida por la Ley General de Sanidad de 1986 (Ley 14/1986 de 25 de Abril) la atención a los problemas de salud mental se articula, en líneas generales, en Unidades de Salud Mental (USM), Unidades Hospitalarias Psiquiátricas (UHP) y estructuras intermedias. El desarrollo de estas estructuras ha sido muy irregular en las diferentes comunidades autónomas⁴.

Actualmente, el mapa de recursos en cuanto a Unidades de Salud Mental y Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, ha alcanzado un desarrollo más o menos similar en toda España. Sin embargo, las estructuras intermedias son, en la actualidad, un conjunto de servicios de características muy diferentes. El desarrollo de estos recursos, alternativos al hospital psiquiátrico, ha estado y sigue estando sujeto a interpretaciones diversas, en función de distintos objetivos, presupuestos y abordajes teóricos y/o filosóficos. Esto ha repercutido en un desarrollo lento, desigual, o incluso inexistente, en algunas zonas de nuestro país. La diversidad se manifiesta en el espacio físico (antiguos hospitales psiquiátricos reformados o edificios de nueva construcción), la localización (centros urbanos o cercanías de pequeños municipios), la dependencia administrativa, la prestación de servicios y funciones (tratamiento subagudo, rehabilitación o recurso residencial) y hasta en la denominación (“Unidad de Media Estancia”, “Unidad de Larga Estancia”, “Comunidad Terapéutica”, “Unidad de Rehabilitación Hospitalaria”...).

Sin embargo, es innegable la necesidad de estos recursos intermedios, por la evidencia de que las personas con trastornos mentales graves tienen importantes discapacidades y les resulta más difícil su adaptación al entorno. Estos pacientes tienen necesidades complejas y por lo tanto, requieren soluciones complejas. Como señala Rodríguez⁵ “la cronicidad no se supera con el cierre del manicomio”.

Son necesarios una amplia gama de servicios y una atención continuada, que incluya no sólo dispositivos sanitarios, sino también recursos sociales variados, flexibles y coordinados integrados en la red de servicios comunitarios. Además, se han de desarrollar programas dirigidos a la comunidad que estén coordinados con el resto de instancias implicadas en el seguimiento del paciente. Por último, es preciso un cambio social que permita la integración de los usuarios en ambientes normalizados⁶⁻⁸.

En la Comunidad Valenciana, en el Plan Director de 1991 de la Conselleria de Sanidad y de Bienestar Social, contempla la creación de Unidades de Media Estancia (UME), también llamadas Unidades de Rehabilitación Hospitalaria y definidas como: “Centros sanitarios específicos cuyos equipos y programas sean capaces de prestar una atención individualizada encaminada a la rehabilitación”. “Instalaciones sanitarias con ingreso de duración media y que realizan intervenciones sanitarias terapéuticas integradas, biológicas, psicológicas, psicosociales y rehabilitadoras, con un especial peso en estas últimas”. Están dirigidas a enfermos cuya patología trasciende tanto del marco estrictamente ambulatorio, como del de hospitalización en UHP y supone dar un paso asistencial intermedio, apoyándose a su vez en los recursos socio-sanitarios.

De acuerdo al reconocimiento de la necesidad de atender a las personas con patologías crónicas, en 2005, la Agencia Valenciana de Salud de la Generalitat Valenciana pone en marcha el Hospital Pare Jofré, para atender a personas con trastornos mentales graves, en el Área de Salud Mental y enfermedades físicas crónicas, convalecientes y que precisen de cuidados paliativos, en el Área Médica Integral.

El Área de Salud Mental dispone de 50 camas para rehabilitación psicosocial, en régimen de hospitalización completa y un Hospital de Día con 20 plazas, para seguimiento de los pacientes tras el alta.

La Unidad de Media Estancia (UME) proporciona un tratamiento integral, progresivo, multidisciplinar e individualizado a personas con diagnóstico de trastorno mental grave, cuyo correcto abordaje exige un medio hospitalario y un tiempo superior al habitual en las Unidades de Agudos. El objetivo general del tratamiento es la reinserción e integración del paciente en su medio socio-familiar, en el menor tiempo posible

y con el mejor nivel de funcionamiento⁹. La meta es la recuperación, es decir, "alcanzar una forma de vida en la cual es posible sobreponerse a los efectos de la enfermedad, de manera que ésa se asume y logrando definir una expectativa de vida más allá de los efectos de la enfermedad"¹⁰.

El perfil de los usuarios corresponde a pacientes mayores de 18 años con trastorno mental grave. Son pacientes generalmente refractarios, en los que persiste durante largo tiempo alteraciones psicopatológicas importantes que les impide una adaptación a un entorno social normalizado y presentan déficits y dificultades en su funcionamiento psicosocial.

La Unidad no está indicada para personas con retraso mental, pacientes con trastornos antisociales de la personalidad, con dependencias graves a sustancias tóxicas o trastornos mentales orgánicos o que se encuentren en cumplimiento de condena. No está orientada a problemas sociales, situaciones agudas y tampoco es un recurso residencial.

Tras la admisión, el protocolo de acogida y la valoración inicial, el equipo elabora el Programa Individual de Tratamiento y Rehabilitación (PAI). El Plan incluye todas las áreas y aspectos a trabajar con el paciente, especificando programas, tiempo de duración, actividades y profesionales implicados en su aplicación. Un aspecto fundamental es la participación activa, tanto del paciente como de su familia en la planificación, programación y prestación de los servicios. El PAI es evaluado mensualmente y modificado según las necesidades del paciente.

Los diferentes programas terapéuticos son: a) Tratamiento psicofarmacológico, b) Tratamiento médico c) Actividades de la vida diaria básica e instrumentales, d) Habilidades sociales, e) Psicoeducación f) Rehabilitación cognitiva g) Afrontamiento al estrés, h) Ocio y tiempo libre, i) Reinserción laboral, j) Psicomotricidad y k) Relajación e l) Intervención familiar.

El alta es decidida por el equipo multidisciplinar y acordada con el responsable del seguimiento ambulatorio, con la familia y con el propio paciente. Se comunica a todos los interesados con tres días de antelación. El tiempo de estancia media estimado es de 120 días.

Algunos pacientes continúan con el tratamiento individualizado en régimen de Hospital de Día. Esto permite proseguir con la actividad terapéutica integrada pero sin hospitalización total, realizando de una forma más escalonada la reintegración del paciente a su medio socio-familiar.

Tras tres años de funcionamiento de la Unidad de Media Estancia nos surgió la necesidad de reflexionar, en primer lugar sobre las características de las personas que atendemos, ya que, como señala

Rodríguez⁵, es fundamental delimitar correctamente a la población con trastorno mental grave, con el fin de identificar sus necesidades y diseñar programas de atención más adecuados. Además, pretendíamos valorar la eficacia de los protocolos de recogida de datos actualmente en vigor y proponer modificaciones, en su caso. Por último, aunque el estudio no se diseñó específicamente para este objetivo y, dado que en la evaluación inicial y final se incluían medidas de evaluación clínica, nos interesaba constatar la eficacia de los tratamientos aplicados en la Unidad, mediante un estudio empírico de la evolución de estas puntuaciones, como un paso previo a un estudio más detallado de la eficacia de los tratamientos administrados en la Unidad.

La realización de este trabajo ha supuesto la creación de una base de datos clínicos y sociales de los pacientes atendidos en la Unidad, que está previsto continúe actualizándose y sea la base de otros estudios descriptivos que repercutirán en la mejoría de la calidad del servicio.

Material y método

Muestra

La muestra está formada por 262 pacientes (178 hombres y 84 mujeres), atendidos en la Unidad de Media Estancia del Hospital Pare Jofré, desde Noviembre de 2005 hasta diciembre de 2008. Se incluyeron los datos de todos los casos ingresados en la unidad, estuvieran o no dados de alta en el momento de realizar el estudio.

Protocolo de evaluación

Se realizó una selección de la información recogida en la Historia Clínica del Hospital que consta de los protocolos de derivación, admisión, hospitalización, PAI y las valoraciones de enfermería, trabajo social, psicología clínica y terapia ocupacional, así como del informe de alta.

La base de datos definitiva estaba formada por 214 variables, clasificadas en: datos socioeconómicos, gestión socio-sanitaria y datos clínicos.

En las evaluaciones inicial y al alta se utilizaron varias medidas estandarizadas de gravedad y psicopatología que se incluyeron en la base de datos:

- *Clinical Global Impression (CGI)*¹¹, consta de tres escalas que evalúan severidad de la enfermedad. Se utiliza como indicador de eficacia del tratamiento (ya sea farmacológico o de otro tipo). En el protocolo de admisión y en el de alta de la Unidad de Media Estancia se utiliza la subescala de severidad (CGI-SI) que consta de un ítem que se responde mediante una escala de 7 puntos.
- *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*¹², es una de las

escalas más utilizadas en psiquiatría. Consta de 18 ítems que evalúan la presencia de diferentes síntomas (humor depresivo, ansiedad somática, etc).

- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)¹³, consta un solo ítem en el que el clínico refleja el nivel general de actividad del sujeto. Se puntúa mediante una escala de 100 puntos.
- Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)^{14,15}, es una escala de 12 ítems desarrollada por la Unidad de Investigación del Royal College of Psychiatrists de Gran Bretaña dentro del contexto del proyecto Health of the Nation. Proporciona tres puntuaciones, referidas a problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental.

Las escalas se administraban durante la entrevista diagnóstica que lleva a cabo el psiquiatra y el psicólogo excepto la escala HoNOS que la cumplimenta el equipo durante la realización del Plan de Atención Integral e Individualizado (PAI). Los diagnósticos se registraron mediante el código del DSM-IV-TR¹⁶.

Análisis estadísticos

Para los análisis estadísticos se utilizó el paquete SPSS para Windows, versión 17.0. Dada la naturaleza de este estudio, los análisis consistieron, fundamentalmente, en estadísticos descriptivos, recuentos de frecuencias y medidas de dispersión y

tendencia central. Con las medidas de psicopatología y gravedad se realizaron, además, pruebas de contraste entre las medidas obtenidas al ingreso y al alta.

Cuando los resultados se expresan en porcentajes, se refieren al número de casos válidos.

Resultados

Datos socioeconómicos

La muestra está formada por 262 pacientes, de los cuales 178 son hombres (67,9%) y 84 mujeres (32,1%). El rango de edad se sitúa entre 18 y 66 años, con una media de 34,98 y una desviación típica de 9.9. En la tabla 1 se muestran los porcentajes de las variables sociales y económicas.

El nivel de estudios comprende todos los rangos, desde la falta de escolarización hasta estudios universitarios (18 casos). Sin embargo, la mayoría de los pacientes han completado estudios primarios (moda = 8; mediana = 9).

Como se recoge en la Tabla 1, en los protocolos de derivación y acogida se recogen los datos sobre situación legal y reconocimientos de minusvalía y dependencia. Como se verá más adelante, uno de los programas que se llevan a cabo en la Unidad está dirigido a la gestión de alguna de estas condiciones.

Datos de gestión socio-sanitaria

En este trabajo se ha analizado la procedencia de los pacientes atendidos en la UME. De los 262, pacientes 172 (66%) procedían de Unidades de Hospital de Agudos y los 90 restantes (34%) de su domicilio.

En la información proporcionada en el protocolo de derivación, se registra la asistencia a los controles en la USM, que es seguida regularmente por 124 pacientes (47,3%), de forma esporádica por 85 (32,4%) y no se cumple en 45 casos (17,2%).

Datos clínicos

El diagnóstico más frecuente es el de esquizofrenia (73.1%), seguido por un porcentaje muy similar de trastornos esquizoafectivos (7.7%), trastorno bipolar, (7.3%) y de personalidad (6.9%). El trastorno obsesivo-compulsivo y la depresión cuentan con 1.9% y 1.2%, respectivamente. Por último, otros diagnósticos como trastorno de angustia con agorafobia, de conversión y disociativo sólo registran un caso cada uno. Respecto a la comorbilidad, de los 262 pacientes de la muestra, sólo el 32,1% presentaban alguna enfermedad somática.

En cuanto a los diagnósticos secundarios, destaca el consumo de tóxicos (15% de los casos), seguido por los trastornos de personalidad (5%). Otros diagnósticos, como trastornos afectivos, retraso mental, trastornos de ansiedad, de la conducta alimentaria y juego patológico, registraron frecuencias de 2% o inferiores.

Tabla 1. Datos socioeconómicos

Procedencia	%	Condiciones vivienda	%
Comunidad Valenciana	54,7	Buenas	96,3
Resto España	39,7	Malas	3,7
Otros países	5,6		
Convivencia		Propiedad vivienda	
Familia de origen	70,8	Pacientes	12,6
Solo	21,9	Padres	69,1
Familia de pertenencia	4,6	Otro familiar	3,1
Otros	2,7	Otros	15,2
Ingresos		Patrimonio	
Ninguno	32,3	Ninguno	86,2
Pensión no contributiva	32,4	Piso	12,6
Pensión de orfandad	4,6	Tierras	0,4
Pensión por hijo a cargo	8,4	Otro	0,8
Salario	0,8	Minusvalía	
Invalidez	21,5	Si	63,8
		No	13,0
		En trámite	23,2
Tutela legal		Porcentaje minusvalía	
Si	9	< 65	49,6
No	77,6	> 65	50,4
En trámite	13,4		
Dependencia			
No	100		

Los tratamientos farmacológicos vienen registrados en el protocolo de derivación, por lo tanto, se trata del tratamiento que se está administrando en las Unidades de Salud Mental. En la Tabla 2 aparecen las frecuencias y porcentajes correspondientes.

En el momento del ingreso estaban recibiendo tratamiento inyectable 141 pacientes (53,8%).

Según se registró en el protocolo de derivación, más de la mitad de los pacientes presentaba episodios de conducta agresiva, o bien hacia sí mismos o hacia los demás (140 casos, 53,4%), mientras que en 114 pacientes no se observaban estas conductas (43,5%), El consumo de tóxicos se constató en 101 pacientes (38,5%).

La conciencia de enfermedad se consideraba total en 27 pacientes (10,3%), parcial en 121 (46,2%) y nula en 111 (42,4%).

La actitud ante la medicación al ingreso era positiva en 94 pacientes (35,9%), reticente en 106 (40,5%) y negativa en 55 (21,0%). La medicación se la administraba el propio paciente en 103 casos (39,3%), o un familiar en 104 (39,7%). En 41 casos era el personal sanitario de la USM el que administraba la medicación, lo que supone un 15,6%.

En la información proporcionada por la Unidad de Salud Mental de procedencia (protocolo de derivación) se estimó que tenían un buen conocimiento de su tratamiento 91 pacientes (34,7%), no tenían ningún conocimiento 28 (10,7%), mientras que 128 (48,9%) tenían un conocimiento inadecuado.

Ya en el proceso de acogida de la Unidad de Media Estancia, se registró con más detalle este aspecto, mediante un formulario cuyos resultados se recogen en la Tabla 3.

En el protocolo de derivación se realiza una previsión del recurso residencial al alta. Esta previsión difiere ligeramente con el destino real tras el tratamiento en la Unidad de Media Estancia. En la Figura 1 se muestra la comparación de la previsión realizada en la USM y el recurso residencial efectivo.

La duración prevista del tratamiento, según la Unidad de Salud Mental de derivación, sólo apareció registrada en 94 casos y fue de entre 4 y 54 semanas, con una media de 17,26, una moda de 12 y una mediana de 16. La desviación típica fue de 7,87. Sin embargo, la duración real tiene una media de 8,83 semanas (rango = 0-92, DT = 11,27, moda = 16; mediana = 17). Se produjeron nuevos ingresos en 47 casos (17,9%).

Como se ha señalado en la sección dedicada al Método, se utilizaron varias escalas de evaluación de gravedad y psicopatología. En la escala BPRS se registraron las puntuaciones totales ya que en las historias no aparecían los cuestionarios cumplimentados y, por lo tanto, no se pudieron introducir los datos ítem por ítem, como hubiera sido deseable. La media de las puntuaciones fue 20,99, con

una moda y mediana de 20. La desviación típica fue de 8,826 y el rango de 2 a 53.

En la escala HoNOS también se registraron las puntuaciones totales. Se obtuvieron los datos de 214 pacientes, con una media de 20,08 (mediana = 20,00 y moda = 20) y una desviación típica de 5,754, con un rango de 3 a 37.

Tabla 2. Tratamientos orales al ingreso en la USM

Tratamientos orales al ingreso	F	%
Neurolépticos	232	88,55
Antidepresivos	38	14,50
Ansiolíticos	190	72,52
Reguladores	75	28,63

Tabla 3. Características de la toma de medicación evaluadas al ingreso en la USM

Toma de medicación	SI	NO
1.- Conoce la medicación	147 (56,1%)	90 (34,4%)
2.- Conoce la dosis	124 (47,3%)	109 (41,6%)
3.- Sabe para qué sirve	123 (46,9%)	108 (41,2%)
4.- Conoce efectos secundarios	81 (30,9%)	146 (55,7%)
5.- Tienen iniciativa para tomar medicación	143 (54,6%)	91 (34,7%)
6.- Se olvida con frecuencia de tomar medicación	99 (37,8%)	126 (48,1%)
7.- Tiene control sobre tratamiento (va a por recetas, compra ...)	102 (16,0%)	185 (70,6%)
8.- Ofrece resistencia	45 (32,4%)	142 (54,2%)
9.- Abandono del tratamiento alguna vez	146 (55,7%)	85 (32,4%)

Tabla 4. Objetivos generales y específicos del tratamiento en la UME

Objetivo final	Fr	%
Retorno al domicilio	80	36,7
Domicilio con recurso intermedio	123	56,4
Programa de alojamiento protegido	15	6,9
Alojamiento de larga estancia/residencia	19	8,7
Objetivos específicos		
Autocuidado	177	67,6
Adherencia al tratamiento	213	81,3
Reducción de conductas problema	229	87,4
Aumento de la autonomía	187	71,4
Mejoría psicopatológica	234	98,7
Mejoría cognitiva	177	74,7
Mejoría patología médica asociada	59	24,9
Ocio y tiempo libre	206	86,9
Afrontamiento al estrés	197	83,1
Gestión de la documentación	60	25,3
Búsqueda de recursos intermedios	55	23,3

Los porcentajes se refieren al número de casos válidos

Tabla 5. Programas terapéuticos realizados en la UME

Tratamientos	F	%
Autocuidado	177	68.1
Adherencia al tratamiento	213	81.9
Reducción de conductas problema	229	88.1
Aumento de la autonomía	187	71.9
Mejoría psicopatológica	234	90.0
Mejoría cognitiva	177	68.1
Mejoría patología médica asociada	59	22.7
Ocio y tiempo libre	206	79.2
Afrontamiento al estrés	197	75.8
Gestión de la documentación	60	23.1
Búsqueda de recursos intermedios	55	21.2

La escala EEAG presentaba una puntuación media de 37,58 y una desviación típica de 12,14 (moda = 30 y mediana = 40). El rango de puntuaciones osciló entre 0 y 65.

Como se ha señalado en la introducción, en el proceso de acogida en la UME se establece un objetivo general y varios específicos, que aparecen en la tabla 4. La distribución de frecuencias de los tratamientos que recibieron los pacientes durante su estancia en la UME, aparece en la tabla 5.

Los pacientes de la muestra recibieron tratamiento

durante una media de 18,83 semanas (DT = 11,27). El tiempo medio de tratamiento según la estimación de las USM resultó similar (media= 17,31, DT = 7,87) no encontrándose diferencias significativas al realizar el contraste de medias ($t = .383$, $sig = .496$, $gl = 92$).

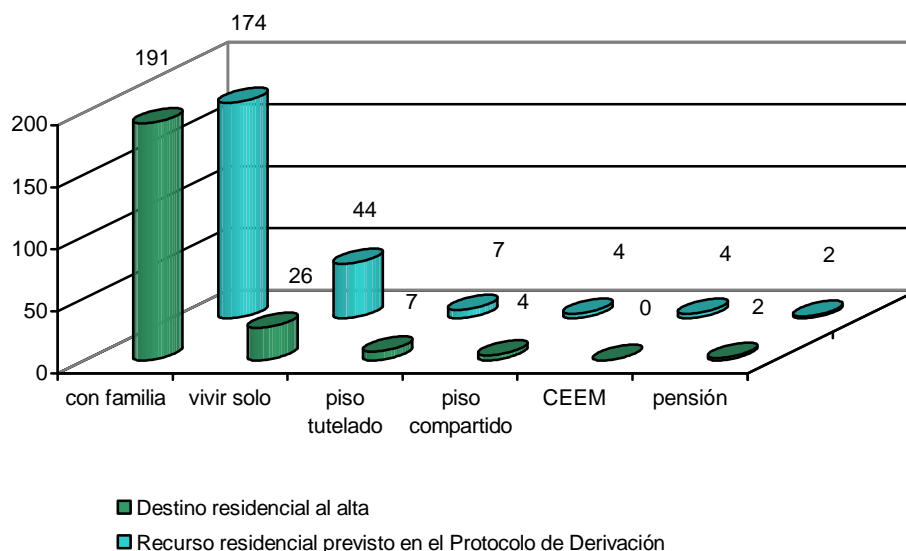
Ya que en la Historia Clínica se disponía de medidas de evaluación de la gravedad psicopatológica y síntomas tanto al ingreso como al alta, se realizaron pruebas de contraste para dos muestras relacionadas, como un indicador de la eficacia de los tratamientos de la Unidad de Media Estancia.

En primer lugar, se compararon los valores de la escala de gravedad CGI. Al tratarse de una variable ordinal, se utilizó una prueba no paramétrica (prueba de rangos de Wilcoxon). El estadístico Z arrojó un valor de -8,510, con una significación de .000.

Para las escalas HoNOS y BPRS se realizaron comparaciones de medias para dos medias relacionadas. En la figura3 se presentan las comparaciones de las puntuaciones de la escala HoNOS al ingreso y al alta. El contraste de medias arrojó un estadístico t de -18.544, con una significación de 0.000 y 172 gl.

Por último, se realizó el contraste de medias de las puntuaciones de la Escala BPRS al ingreso y al alta, que aparecen en la figura 4.

Figura 1. Comparación entre recursos previsto en la USM y destino real al alta.



Discusión

Los pacientes con trastorno mental grave son un grupo de características especiales, tal y como define la NIMH¹. Se ha señalado que entre profesionales, pacientes, cuidadores, responsables políticos y público en general existe un escaso conocimiento de aspectos muy importantes de estos trastornos y las personas que las padecen por lo que es fundamental conocerlos para adecuar los recursos a sus necesidades reales⁵. Muchos de los aspectos de preocupación respecto a la enfermedad mental grave son comunes en mayor o menor medida a todos los problemas de salud, no obstante, la enfermedad mental grave constituye un colectivo altamente necesitado de ayuda y plantea desafíos específicos que obligan a una atención especial por parte de los responsables de las políticas sanitarias y sociales. En España, en la actualidad, existe una gran diversidad en los recursos intermedios en salud mental. La definición de estos no ha de venir de la normativa sino del ajuste entre los medios disponibles y las necesidades de los usuarios, sus familias y la sociedad.

El presente trabajo intenta realizar una pequeña aportación para mejorar el conocimiento de los pacientes con trastorno mental grave, usuarios de unidades de media estancia.

El perfil de los pacientes atendidos en la unidad de media estancia del Hospital Padre Jofré es congruente con los objetivos y definición de este recurso (Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana 2001). Se trata de pacientes con trastorno mental grave (ver datos de reconocimiento de minusvalía y tutela legal). Tal y como era previsible, en cuanto al diagnóstico, hay un claro predominio de la esquizofrenia, siendo de destacar que el segundo diagnóstico tenga que ver con el consumo de sustancias. Además, los trastornos de personalidad también ocupan un lugar, destacado especialmente el trastorno límite.

La evaluación de los datos sociales pone de relieve la complejidad de la situación global de los pacientes atendidos en el Padre Jofré. La mayoría son jóvenes y con dificultades para acceder a recursos económicos y sociales lo que supone un riesgo de pobreza y estigmatización¹⁷. El mayor porcentaje vive con su familia de origen. A este respecto hay que señalar que la carga planteada por la enfermedad mental grave se extiende más allá de la esfera de salud, ya que la calidad de vida se ve gravemente comprometida y las relaciones familiares se ven sometidas a una tensión importante (os cuidadores informales pueden aportar hasta 6-9 horas de apoyo diario¹⁸) La mayor parte están en situación de desempleo. En 72 casos no hay constancia de ningún tipo de ingreso económico, mientras que el resto cobra algún tipo de pensión, siendo la mayor parte de carácter no contributiva.

Además, carece de patrimonio la mayoría y la mayor parte de los pacientes viven en un piso propiedad de los padres, siendo las condiciones de las viviendas buenas en la mayor parte de los casos.

Figura 2. Comparación entre las medidas del CGI al ingreso y al alta

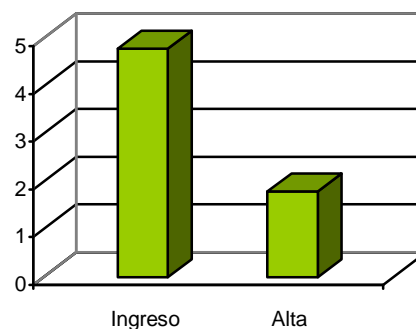


Figura 3. Comparación de las puntuaciones de la escala HoNOS al ingreso y al alta

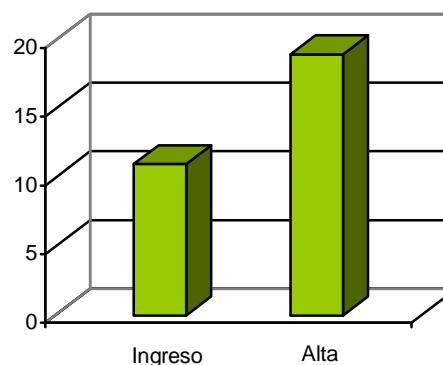
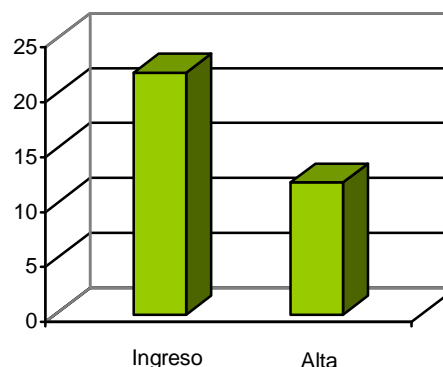


Figura 4. Comparación entre las medidas del BPRS al ingreso y al alta



La duración del tratamiento real tiene una mediana de 16 y 17, que era lo previsto en el Plan de Funcionamiento¹⁹ Con respecto a los recursos al alta, llama la atención el contraste entre la propuesta realizada por las unidades de salud mental y la situación real al alta, tal y como se registra en el Padre Jofré. Podríamos describir este dato como un cierto "optimismo" desde las USM. Hay que resaltar que en muchos casos el alta ha estado condicionada por la escasez de recursos de apoyo social y residencial, volviendo muchos pacientes con sus familias (aunque esto no era lo previsto ni sea lo más adecuado).

De lo anterior se desprende que se trata de una población joven con una carga importante de dependencia no sólo de servicios sanitarios sino también sociales. Como señalan Wait y Harding²⁰, en las personas con enfermedades mentales graves la integración se tiene que producir a dos niveles fundamentales: 1) como personas que padecen un problema psiquiátrico crónico a través del acceso a una atención adecuada tratamiento y autocapacitación (integración en el sistema sanitario) y 2) como personas vulnerables y marginadas a través del acceso a servicios sociales y aceptación social de su derecho a disfrutar de una ciudadanía plena (integración en la sociedad). Los dos niveles de integración son interdependientes el acceso a tratamiento eficaz y los servicios sociales sensibles permiten a las personas participar en la sociedad y llevar una vida lo más plena posible.

Otro de los objetivos de este trabajo era realizar una evaluación del funcionamiento de los diferentes protocolos de recogida de datos, puesto que, hasta el momento, no se había llevado a cabo una informatización de los mismos ni se había examinado la documentación con objetivos de gestión. Nos interesa, especialmente, la información procedente de la USM, recogida en el denominado Protocolo de Derivación y, además, la información recogida durante el ingreso en la UME en la Historia Clínica.

En el Protocolo de Derivación destacan como aspectos positivos que en todos los casos se ha contado con el protocolo cumplimentado. Resulta muy útil disponer de información integral del paciente en un único documento (específicamente respecto a los aspectos biopsicosociales), además, la estandarización es otra ventaja ya que facilita en gran medida el registro y análisis posterior de los datos (si procede) y, por último, el procedimiento implica que sea cumplimentado por el equipo y refrendado por el referente del departamento, por lo que hay una difusión a todos los profesionales implicados en la atención al paciente.

Sin embargo, se han observado aspectos a mejorar, como información incompleta y a veces de baja fiabilidad, sobre todo en lo referente a datos de índole

social. Las variables que tienen que ver con necesidades y objetivos indican que, en la mayor parte de los casos falta un Plan de Rehabilitación en la comunidad (que sería el elemento primordial sobre el que establecer las necesidades y los objetivos). Cuando este Plan existe, depende de recursos de Servicios Sociales, no coordinados con los servicios sanitarios, lo que provoca una pérdida de información. Con respecto a la Historia Clínica cumplimentada desde la Unidad de Media Estancia del Hospital Padre Jofré, es de destacar que se trata de una Historia única, que recoge toda la información y todas las actuaciones de los diferentes profesionales y que documenta un Plan de Atención Integral e Individualizado como herramienta de trabajo. El análisis de la documentación recogida en estos tres años ha puesto en evidencia que hay un porcentaje demasiado elevado de pérdida de información, por falta de cumplimentación.

Un aspecto relevante es que el Plan de Atención Integral estaba cumplimentado en todas las historias. Una de las bases del tratamiento a las personas con trastorno mental grave es poder garantizar la continuidad de cuidados. Sin un plan conjunto e integral, que abarque todos los dispositivos que se precisen, los recursos quedan aislados y los pacientes mal atendidos.

Por ello, disponer de una base de datos clínicos que permitan definir esta población es un instrumento imprescindible si queremos proporcionar una atención integrada, eficaz y de calidad.

Una de las áreas prioritarias de acción es crear una base de información para ayudar a justificar tanto la mejora de servicios y la expansión basada en pruebas sólidas sobre la rentabilidad clínica y el coste de las intervenciones para prevención tratamiento y rehabilitación como la mayor inversión en servicios de salud mental²¹. En nuestro estudio hemos comprobado que se produce una mejoría estadísticamente significativa en las tres escalas de evaluación psiquiátrica utilizadas. Sin embargo, este es un indicador muy pobre de eficacia y eficiencia de los tratamientos y no nos permite conocer qué programas o componentes de los mismos son eficaces y en qué grado. Una deficiencia importante que hemos detectado al estudiar los contenidos de los protocolos es la carencia de medidas de evaluación del funcionamiento psicossocial, que es uno de los objetivos generales del tratamiento en la Unidad.

Lo realizado hasta aquí nos plantea nuevas líneas de actuación, como las siguientes:

- Mejora del diseño de los documentos de recogida de información, de forma que facilite su cumplimentación y mejore la fiabilidad.
- Creación de procedimientos de evaluación que complementen el diagnóstico y que permitan

diseñar estrategias de tratamiento, con una visión holística e integradora de diferentes perspectivas, profesionales y áreas de salud y funcionamiento, desde una perspectiva más acorde con el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud sobre funcionamiento y discapacidad²².

- Diseño de estudios sobre eficacia de los tratamientos e integrar estos estudios en la práctica asistencial.

Bibliografía

1. National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.
2. López M. Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. Madrid: AEN; 2006.
3. Lamb AF. Public Health Policy Community Services and Outcomes for Patients with Schizophrenia. *Clinics of North America* 2001;21:221-31.
4. Montejo J; Espino, A. Sobre los resultados de la reforma psiquiátrica de la salud mental en España. En García, Espino y Lara (dirs): *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
5. Rodríguez A. *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide; 1997.
6. World Health Organization. *Care for the mentally ill components of mental policies governing the provision of psychiatric services*. Montreal: WHO; 1987.
7. Organización Mundial de la Salud. *Informe de Salud Mental en el Mundo*. Ginebra: OMS; 2001.
8. World Health Organization. *World Health Atlas*. Ginebra: WHO; 2005.
9. Gisbert C. *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: AEN; 2002.
10. World Association of Psychosocial Rehabilitation. *Declaración de Consenso Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial y Organización Mundial de la Salud / Psychosocial Rehabilitation A Consensus Statement*. WAPR Bulletin 1996;8:26-35.
11. Guy W. *Clinical Global Impressions: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Revised DHEW Pub. (ADM). Rockville MD: National Institute for Mental Health. 1976: 218-22.
12. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 1962;10:799-812.
13. Luborsky L. Clinicians' judgments of mental health. *Arch Gen Psychiatry* 1962, 7: 407-17.
14. Wing JK, Curtis RH, Beevor AS. HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales. Brief Report on Research and Development. London: College Research Unit (CRU); 1996.
15. Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J. Presentación de la traducción al castellano de la escala HoNOS. *Psiquiatría Pública* 1999;11:93-101.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
17. Organización Mundial de la Salud. *Políticas, planes y programas de salud mental*. Ginebra: OMS; 2005.
18. McDaid D. Policy Brief Mental Health Key issues In the development of policy and practice across Europe European Observatory on Health Systems and Policies. Ginebra: WHO; 2005.
19. López C, Navarro R, Frades B, Soler C, Grau P. *Atención a personas con enfermedades crónicas. Una estrategia para la gestión por procesos en un hospital de media y larga estancia*. Valencia: EVES; 2008.
20. Wait SH. *Avanzando a la integración social de las personas con enfermedad mental grave. De la política a la práctica*. Londres: ILC-UK; 2006.
21. McDaid D, Thornicroft P. Policy Brief Mental Health II Balancing Institutional and Community Care European Observatory on Health Systems and Policies. Ginebra: WHO; 2005.
22. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud*. Madrid: IMSERSO. Ministerio de Asuntos Sociales; 2002.