

EL DESEMPEÑO PSICOSOCIAL COMO CRITERIO FACILITADOR DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS

Juan Jesús Muñoz García y José María Manzano Calleja
Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios

Resumen

La enfermedad mental grave crónica, supone niveles diferenciales de afectación clínica y del desempeño psicosocial. El internamiento involuntario en unidades de cuidados psiquiátricos prolongados supone la alternativa terapéutica más adecuada de cara a garantizar un tratamiento intensivo de los déficits generados por el trastorno mental. Sin embargo, estas unidades han sido relacionadas históricamente con la génesis de cronicidad y con el incremento progresivo de las dificultades de reinserción.

La clave para minimizar estos riesgos y maximizar las posibilidades de una rehabilitación es introducir medidas como, por ejemplo, la creación de entornos lo más parecido posibles al medio natural, compartimentar las unidades y/o favorecer la individualización.

Este es el contexto de la presente investigación con una muestra final de 92 pacientes aquejados, en su mayor parte, de esquizofrenia paranoide y/o residual e ingresados en una unidad de larga estancia del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos. Los pacientes tenían una edad media de 46,82 años (DT=9,54), se ha procedido a un proceso de reorganización en base a un criterio cualitativo que tenía en cuenta aspectos clínicos y psicosociales. A través de un criterio cuantitativo consistente en asignar puntuaciones EEAG por parte de 3 psicólogos clínicos y dos psiquiatras se comprobó la validez del criterio cualitativo y se establecieron las bases para eventuales procesos de reorganización del total de 383 pacientes ingresados en el Centro.

La reorganización de los pacientes en unidades compartimentadas supone una posibilidad de optimizar la asignación de recursos rehabilitadores y una aproximación de las intervenciones a entornos lo más parecidos posibles al medio natural que faciliten la reinserción comunitaria.

¹ *Correspondencia:* Juan Jesús Muñoz García. Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios. Avnda. San Juan de Dios, 1. 28350 Ciempozuelos (Madrid).

E-mail: juanjesus.munoz@sjd.es ; juanjesusmunoz@yahoo.es

Fecha de recepción del artículo: 14-09-2010.

Fecha de aceptación del artículo: 25-10-2010

PALABRAS CLAVE: *esquizofrenia, rehabilitación psicosocial, reinserción comunitaria. Desempeño psicosocial.*

Abstract

The severe chronic mental illness, supposed differential levels of involvement clinical and of the performance psychosocial. The involuntary internment in units of psychiatric long-term cares supposes the therapeutic alternative more adapted of face to guarantee an intensive treatment of the deficits generated by the mental disorder. However, these units have been related historically with the origin of chronicity and with the progressive increase of the difficulties of reinsertion.

The key for to minimize these risks and to maximize the possibilities of an rehabilitation is to enter measures as, for example, the creation of environments the most similar to the natural habitat, compartmentalized units and/or favour the individualisation.

This is the context of the present investigation with a final sample of 92 inpatients with diagnosis, in his main part, of paranoid schizophrenia and/or residual schizophrenia, of a long stay unit of the Centre San John of God of Ciempozuelos. The patients had a half age of 46,82 years (DT=9,54), has proceeded to a process of reorganisation in base to a qualitative criterion that took into account clinical and psychosocial aspects. Through a consistent quantitative criterion in assigning punctuations EEAG by part of 3 clinical psychologists and two psychiatrists checked the validity of the qualitative criterion and established the bases for eventual processes of reorganisation of the total of 383 inpatients of the Centre.

The reorganisation of the patients in compartmentalized units supposes a possibility to optimise the assignment of rehabilitation resources and an approximation of the interventions to environments the most similar to the natural habitat that facilitate the community reinsertion.

KEY WORDS: *schizophrenia. Psychosocial rehabilitation. Reinsertion community. Psychosocial performance*

Introducción

La enfermedad mental grave y duradera como esquizofrenia u otras psicosis representa una compleja problemática no reductible a la simple sintomatología psiquiátrica, sino generadora de alteraciones en otros aspectos del funcionamiento psicosocial que se derivan en diferentes niveles de afectación en la integración en la comunidad. En numerosas ocasiones, este tipo de trastornos tienen implicaciones forenses en el sentido de que estos pacientes pueden rechazar sus tratamientos antipsicóticos, pueden ser incapacitados civilmente, ver atenuada su imputabilidad y, muy comúnmente, verse sometidos a situaciones de internamiento involuntario (Muñoz, 2010). Precisamente, uno

de los marcos de internamiento involuntario habituales en las psicosis, son las unidades de cuidados psiquiátricos prolongados o unidades de larga estancia que, quizá por desconocimiento, han sido tachadas de marcos generadores de institucionalización, denostando la atención que ofrecían a la enfermedad mental grave y duradera.

Con la Reforma Psiquiátrica Española del año 1986 y la progresiva desinstitucionalización se intentó normalizar la situación de estos enfermos. La intención inicial era evitar situaciones de deterioro y marginación, así como procurar dar posibilidades para una rehabilitación plausible que derivase en la reinserción de las personas con enfermedad mental grave y crónica en la comunidad. Sin embargo, en esta reforma psiquiátrica -y a nuestro juicio-, queda poco claro el papel de las unidades de larga estancia ya que, tales dispositivos tienen o tenían serias dificultades para lograr el objetivo máximo rehabilitador funcionando, en ocasiones, como dispositivos para estancias muy prolongadas que, por sí solas, tendían a minimizar las posibilidades de reinserción en el medio natural. Desde algunas unidades de cuidados psiquiátricos prolongados se han puesto en marcha diferentes actuaciones que, con mayor o menor profundidad, han intentado revertir esta situación maximizando las posibilidades de reinserción en aquellos casos en que se considere como posibilidad más óptima según, por y para el paciente. Pero la rehabilitación no es sólo trabajar hacia la externalización de los pacientes, sino que implica una serie de cambios en el modo de abordarlos. Por rehabilitación podemos entender *“la rehabilitación de usuarios crónicos pretende reconvertir, aumentar o mantener la capacidad funcional”* (Alanen, 1991); *“logro de la completa ciudadanía de los usuarios: política, civil y económica”* (Equipo de Trieste, en Saraceno y Montero, 1993); *“mejorar los déficit en habilidades presuntamente causantes del deterioro en el funcionamiento psicosocial y/o modificar el ambiente promoviendo conductas adaptativas”* (Anthony y Liberman, 1992); y, en nuestro país, ha sido definida como *“aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible”* (Rodríguez, 1994).

Dentro del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos se han emprendido una serie de medidas encaminadas a fomentar un modelo rehabilitador que facilite la consecución de estos objetivos. Estas medidas están dentro de un trabajo denominado Proyecto de Rehabilitación en Unidades de Larga Estancia (Proyecto REULE) que persigue favorecer y consolidar acciones y medidas ya planteadas, así como introducir nuevas que posibiliten actuaciones rehabilitadoras. Para la consecución de este modelo se han introducido medidas tales como: implementación de instrumentos homogéneos de evaluación,

estandarización de las actuaciones y terapias grupales, reorganización de estructuras y funciones de los profesionales, etc. Estas medidas han sido instauradas para todo el conjunto de pacientes ingresados en el Área de Salud Mental, si bien, a modo de “estudio piloto” han tenido mayor concreción dentro de una unidad estructural específica que es la que aquí se describe.

El modelo rehabilitador del Proyecto REULE ha seguido los principios básicos que debe tener cualquier proceso de rehabilitación psicosocial, es decir, normalización del usuario, contextualización, individualización, continuidad, coordinación y evaluación (García, de las Heras y Peñuelas, 1994; Rodríguez, 1997).

El proceso individualizado de rehabilitación deberá combinar tanto el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar de modo efectivo en la comunidad, y, por otro lado, actuaciones sobre el ambiente que incluyan desde la psicoeducación y asesoramiento a las familias, hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico. A fecha de hoy, la rehabilitación es un elemento esencial y central en la organización de una atención comunitaria integral a la población “*enferma mental crónica*”.

Como centro de larga estancia se pretende afrontar el reto que supone intentar rehabilitar y, en la medida de lo posible, adoptar un pensamiento des-institucionalizador. De cara a conseguir estas finalidades cabe considerar minimizar las variables que perjudican y/o dificultan realizar estos planteamientos y, en este sentido, uno de los retos y/o problemas que suelen presentar las unidades de larga estancia es el elevado número de pacientes con perfiles diferenciales tanto a nivel psicopatológico como de afectación en el desempeño. Unido a esto se encuentra el progresivo envejecimiento de esta población. Sirva de ejemplo el estudio de Fernández, González, Fernández y Eizaguirre (1997) en el que recopilan los datos de diferentes investigaciones y establecen comparativas acerca de diversas variables sociodemográficas que describen a usuarios procedentes de unidades de un centro de rehabilitación psicosocial, hospitales psiquiátricos y los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Las conclusiones más relevantes a las que llegaron los autores es que los hospitales psiquiátricos estaban sufriendo un proceso de rejuvenecimiento significativo de la población hospitalaria pasando de los 58 a los 52 años de promedio de edad en una franja de 6 años. Sin embargo la diferencia de edad respecto a población psiquiátrica no hospitalizada seguía siendo de más de 20 años. En el mismo estudio se constató la entrada en los hospitales psiquiátricos de un nuevo tipo de usuarios con un perfil joven, con sintomatología no remitente y con problemas en su red de soporte social (p. e.: padres ancianos, presencia de diversas problemáticas psicosociales y patológicas entre otros

miembros de la red, situaciones de marginación social, abandono o ausencia de red, etc.). Formarían parte de un porcentaje total del 20% que seguiría su curso de deterioro independientemente del tratamiento recibido y que tampoco obedecerían al tratamiento farmacológico. La última dificultad añadida era la posible aparición del fenómeno llamado “*hospitalismo*”, que se referiría a la adquisición de hábitos que se generan con extraordinaria rapidez. Entre estos, cabe citar los problemas de comunicación que afectaban a un gran número de usuarios.

Con todo, queda claro que la población de pacientes sobre la que se trabaja en un hospital psiquiátrico tradicional encierra una compleja idiosincrasia que dificulta las intervenciones sobre ellos. Pero frente a esto, desde el Centro San Juan de Dios hemos creado y estamos implementando una serie de medidas que permiten aprovechar las oportunidades que nos ofrece el internamiento prolongado para lograr una rehabilitación más efectiva. Estas medidas enmarcadas dentro del Proyecto REULE pretenden disminuir los factores de riesgo del *hospitalismo* maximizando los factores de protección de un modelo rehabilitador. Así, se está fomentando la formación de grupos homogéneos de pacientes, se estimula la creación de espacios arquitectónicos y modelos de funcionamiento semejantes al espacio natural, se ha compartimentado el global de pacientes hasta llegar a la máxima individualización posibles introduciendo figuras como el tutor de caso, se facilitan y posibilitan las intervenciones familiares se han incrementado cualitativa (introduciendo nuevos perfiles profesionales/asistenciales) y cuantitativamente los ratios de personal rehabilitador y, en definitiva, se han introducido medidas ya adoptadas con diferentes niveles de éxito por otras instituciones pero que facilitan la asunción del modelo rehabilitador (Molina, 2003).

Centrándonos en este estudio, el objetivo ha sido el diseño y aplicación de un criterio cualitativo de clasificación mediante criterios clínicos y psicosociales en una muestra de usuarios ingresados en una Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados de cara a lograr una distribución homogénea de los mismos que facilite implementar un proceso rehabilitador. En una segunda fase se valorará la idoneidad del criterio cualitativo de clasificación a través de la implementación de una puntuación (criterio cuantitativo) mediante la Escala de Evaluación de la Actividad Global (Eje V del DSM-IV-TE; APA, 2002). Por último se redistribuirá a los usuarios del dispositivo de larga estancia de acuerdo al criterio cualitativo sirviendo el cuantitativo tanto para la comprobación de la validez del criterio cualitativo como para eventuales reorganizaciones globales en el centro. Con la aplicación de un modelo jerárquico se pretende establecer un *continuum* asistencial que de pie creación de un dispositivo que maximice las posibilidades de reinserción en el medio natural.

Método

Participantes

En el estudio general se contó con la participación de un total de 383 usuarios procedentes del Área de Salud Mental del Centro San Juan de Dios y de los Pisos Tutelados, siendo todos del género masculino. Las edades estaban comprendidas entre los 22 y los 80 años presentando una edad media de 33,65 años (DT= 11,29).

Para la investigación realizada y en aras de crear un modelo que pudiese ser generalizado en el futuro a todo el área de salud mental se contó con el conjunto de usuarios de una unidad de salud mental del Centro San Juan de Dios que tenía un total de 152 camas. Estas camas se distribuían en sub-unidades denominadas hogares. Cada hogar, tenía 16 camas en habitaciones dobles excepto un último hogar que tenía 8 camas en dos habitaciones dobles y cuatro individuales. De esas 152 camas, 32 estaban destinadas a un perfil de pacientes psicogeriatricos y las 8 del último hogar no estaban abiertas todavía. Por tanto, habría 112 camas que, sin embargo, no estaban ocupadas completamente dado que se pretendía tener posibilidades tanto de movimiento de usuarios en función de cumplimiento de objetivos como para dar cabida a nuevos ingresos. En total, fueron 92 sujetos participantes cuyas edades estaban comprendidas entre los 22 y 64 años con una edad media de 46,82 años (DT=9,54).

El promedio de días de ingreso en el Centro del conjunto de usuarios de salud mental era de 4823,07 días (DT= 4179,17) que traducido en años equivaldría a 13,23 (DT= 11,45). En el caso de la unidad estudiada, la media de estancia era de 9,94 años (DT=8.07).

La mayoría de los participantes tenían registrado el diagnóstico principal de esquizofrenia paranoide, concretamente un 40% (n=42), aunque también había una gran proporción de diagnósticos de esquizofrenia residual, que se situaban en un 33,3% (n=35). El siguiente diagnóstico eran trastornos de la personalidad, de los que habría un 7,6% (n=8) y, el resto de diagnósticos suponían un porcentaje del 19,1% (n=20).

La distribución de estos pacientes en la unidad había sido realizada sin un criterio definido lo que derivaba en situaciones que dificultaban la eficiencia de las intervenciones y/o generaban mayores dificultades para el proceso rehabilitador de los usuarios.

Instrumentos

La investigación se realizó en dos fases bien diferenciadas. En la primera de ellas, se diseñaron una serie de criterios cualitativos que fueron

definidos en términos operativos. Dichos criterios fueron realizados en base a consultar diferentes escalas relacionadas tanto con la clínica de los trastornos del espectro psicótico como con otros aspectos vinculados al desempeño psicosocial (ver revisión de instrumentos en Salvador, Romero y González, 2000). Estas pruebas fueron la Escala de Rehabilitación –REHAB- (Baker y Hall, 1984), la Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial –EVDP- (Blanco, Pastor y Cañamares, 1992) y la escala HoNOS –Health of the Nation Outcome Scales- (Wing, Beevor y Curtis, 1996). Los criterios fueron construidos de tal forma que permitiesen formar cuatro perfiles de pacientes en función de su estado clínico y su desempeño psicosocial, denominándose los perfiles por su nivel de afectación: ligero, leve, moderada y grave; y procediéndose a un diseño de criterios en términos operativos (ver tabla 1) que permitiese la asignación de los pacientes a los hogares por parte de un equipo multidisciplinar socio-sanitario.

Tabla 1. Criterio cualitativo de clasificación en función de aspectos clínicos y psicosociales.

<i>Nivel de afectación</i>	<i>Criterio</i>	<i>Descripción</i>
<i>Ligero</i>	<i>Clínico</i>	Usuarios que responden de forma rápida y sólida al tratamiento con medicación antipsicótica en dosis recomendadas o que muestran una reducción sintomática tal que la sintomatología psicótica que manifiestan es residual y de escasa relevancia
	<i>Psicosocial</i>	Se referiría a personas que tienen una ligera afectación de su autonomía. Esto se traduce, de forma concreta en, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar un aseo y cuidado personal bueno o con oscilaciones variables (supervisión ocasional). - Buenos hábitos de salud o, a lo sumo, consumo de alguna sustancia (p. e.: coca-colas) por encima de lo normal. - Buena capacidad de afrontamiento de situaciones problemáticas o ligera dificultad (sin problemas de conducta evidentes). - Relativa preservación de las habilidades sociales con, a lo sumo, un manejo social disminuido u oscilante. - Ligero o nulo déficit cognitivo. - Buen manejo de su dinero o manejo de cantidades menores sólo precisando ayuda en cantidades mayores - Adecuada capacidad para manejar su tiempo libre o un defecto leve, con ocupaciones esporádicas y/o realizadas con apoyo.
<i>Leve</i>	<i>Clínico</i>	Usuarios que sufren una reducción lenta e incompleta de síntomas, presentando tanto sintomatología positiva como negativa, afectando en forma significativa a más de un área del funcionamiento psicosocial pero no más de dos
	<i>Psicosocial</i>	Se referiría a personas que tienen una leve afectación de su autonomía. Esto se traduce, de forma concreta en, por ejemplo, en presentar afectación significativa en alguna de las siguientes áreas (no más de dos): <ul style="list-style-type: none"> - Higiene personal irregular o frecuentemente desaseado. - Descuidos importantes en el vestir (p. e.: limpieza). - Irregularidad en hábitos alimenticios. - Consumo frecuente de sustancias tóxicas.

		<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades importantes en el afrontamiento de situaciones cotidianas de estrés. - Importantes dificultades en sus habilidades para la comunicación y el trato social. - Dificultades importantes en la solución de problemas de la vida cotidiana. - Capacidad disminuida en forma importante para procesar la información. - Deficiente manejo del entorno donde vive necesitando supervisión frecuente.
Moderado	Clínico	Usuarios que sufren alguna reducción de síntomas, pero presentan síntomas persistentes y evidentes que afectan negativamente a bastantes áreas del funcionamiento psicosocial
	Psicosocial	<p>Se referiría a personas que tienen una moderada afectación de su autonomía. Esto se traduce, de forma concreta en, por ejemplo, en presentar afectación significativa en alguna de las siguientes áreas (más de dos y, a lo sumo, cinco):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evidentemente desaseado y descuidado. - Descuidos importantes en la forma de vestir. - Desestructuración grave en hábitos alimenticios (se alimenta regularmente de bocadillos, conservas, etc.). - Deficiente manejo de situaciones cotidianas de estrés y tensión. Conductas desadaptativas frecuentes. - Déficit importante en habilidades para comunicación (inadecuado manejo social). - Capacidad de solución de problemas muy disminuida en la mayoría de las áreas. - Capacidad muy restringida para el procesamiento de la información.
Grave	Clínico	Usuarios con una reducción mínima de síntomas que afectan negativamente a una gran mayoría de áreas del funcionamiento psicosocial
	Psicosocial	<p>Se referiría a personas que tienen una grave afectación de su autonomía. Esto se traduce en expresión de, o bien, más de cinco síntomas de los referidos en el nivel previo, o más de dos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspecto desaseado que despierta rechazo en la mayoría de los que le rodean. - Vestimenta claramente incongruente con las circunstancias. - Hábitos de vida insanos muy acentuados. - Dependencia a sustancias psicoactivas (ilegales). - Incapacidad grave para el manejo de situaciones cotidianas de estrés (p. e.: más de dos episodios a la semana de conductas asociales o agresivas). - Grave deterioro cognitivo con un procesamiento de la información totalmente inadecuado. - Grave desorganización del entorno donde vive e incapacidad para manejarlo. - Carece de conocimientos elementales (p. e.: lecto-escritura). - No existencia de ocupación del tiempo libre o utilización bizarra.

En segunda instancia, y con la finalidad de obtener un marcador cuantitativo que tuviese en cuenta la variable desempeño psicosocial y la afectación clínica y que, de cara a un análisis general en el centro, permitiese una reorganización del conjunto de usuarios, se optó por la Escala de Evaluación de la Actividad Global –EEAG- y/o el Eje V del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association –APA-, 2002). La escala implica la asignación de una

puntuación que puede ser dada en función de localizar a un sujeto en uno de los 10 intervalos definidos y, dentro de ellos, definir una puntuación cercana al extremo superior si hay una menor afectación o al extremo inferior si hay mayor deterioro (ver tabla 2).

Tabla 2. Criterio cuantitativo de clasificación en función de aspectos clínicos y psicosociales: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).

Intervalo de puntuación	Definición
100-91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de abundantes cualidades positivas. Sin síntomas
90-81	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia)
80-71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar)
70-61	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas
60-51	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos conflictos con compañeros de trabajo o de escuela)
50-41	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo)
40-31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteraciones importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela)
30-21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos)
20-11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo)
10-1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener a higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte
0	Información inadecuada

Procedimiento

En la primera de las fases de la investigación, y una vez definidos los criterios cualitativos de clasificación, se clasificó a los pacientes en los cuatro niveles definidos. La asignación de los pacientes a los grupos fue realizada por un equipo de profesionales formado por 2 psiquiatras, 3 psicólogos clínicos, 3 DUEs, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional, 2 auxiliares de enfermería y 2 Técnicos de Integración Social.

La finalidad, además de clasificar a los pacientes en función de estos criterios, era la de poder ubicarlos de forma organizada en la unidad reseñada previamente. Concretamente, iban a ser situados en 7 hogares planteándose, a priori, una proporción aproximada de un hogar de pacientes con deterioro ligero, 2 hogares para pacientes con deterioro leve, otros 2 para afectación moderada y los dos últimos para afectación grave, si bien esta era una estimación. Estos hogares estaban numerados desde el 1 hasta el 10, siendo los hogares 1 y 2 los espacios dedicados a pacientes psicogerítricos y el hogar 10 la estructura no abierta en esos momentos. En principio, se pretendía que los niveles de mayor afectación estuvieran en los hogares de menor numeración y viceversa. La asignación a unos u otros grupos de afectación determinó niveles de ocupación diferencial de los hogares.

En la segunda fase de la investigación, se realizó la asignación a los pacientes de puntuaciones EEAG por parte de 3 psicólogos clínicos y 2 psiquiatras. La introducción del criterio cuantitativo supone una valoración de la idoneidad del criterio cualitativo.

Por último, respecto al análisis de datos, se realizaron estadísticos descriptivos basados en frecuencias y medias así como pruebas de Chi-cuadrado, ANOVA y correlación de Pearson mediante el paquete estadístico SPSS 19.0 (2010).

Resultados

En la tabla 3 se representan las frecuencias de las puntuaciones que fueron asignadas por los facultativos mencionados a los usuarios de la unidad de larga estancia, realizándose una representación en el gráfico 1. Dichas puntuaciones se presentan por frecuencias en intervalos de 10 puntos en los que se han codificado/asignado puntuaciones.

La mayoría de las puntuaciones asignadas a los pacientes correspondían al rango 61-70 que indica *algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones*

interpersonales significativas. Por el contrario, el nivel inmediatamente superior, es decir, 71-80 fue el que registró menor frecuencia, distinguiendo personas en las que si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).

Tabla 3. Descriptivos de la puntuación EEAG (GAF) por Hogar en la Unidad de San Rafael.

Descriptivo Hogar – Deterioro	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
11-20	8	8,7	8,7	8,7
21-30	13	14,1	14,1	22,8
31-40	9	9,8	9,8	32,6
41-50	11	12,0	12,0	44,6
51-60	13	14,1	14,1	58,7
61-70	31	33,7	33,7	92,4
71-80	7	7,6	7,6	100,0
Total	92	100,0	100,0	

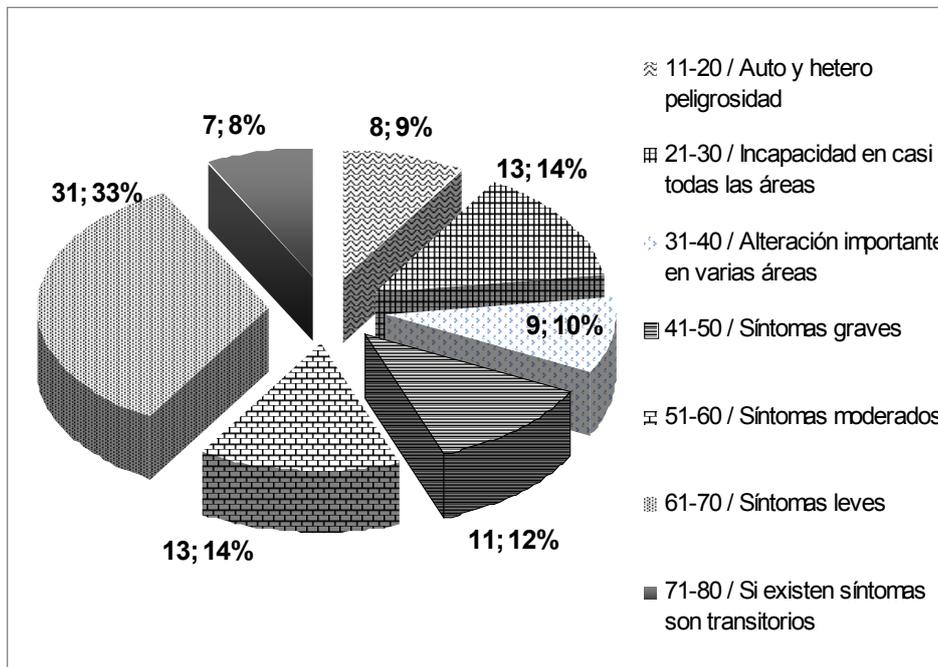


Gráfico 1. Frecuencias de intervalos EEAG (GAF) en la Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados.

Referente al objetivo fundamental de la investigación, que no era otro que lograr una adecuada clasificación de los usuarios y, de forma análoga, valorar la utilidad del criterio cuantitativo, se evaluó la distribución de las puntuaciones EEAG en los hogares en los que previamente se había clasificado a los pacientes atendiendo al criterio cualitativo (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los participantes en función de su puntuación EEAG.

Intervalo GAF	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	Total
Hogar								
Recuento	3	9	1	0	0	1	0	14
% de Hogar	21,4%	64,3%	7,1%	0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	100,0%
% de EEAG	37,5%	69,2%	11,1%	0,0%	0,0%	3,2%	0,0%	15,2%
% del total	3,3%	9,8%	1,1%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	15,2%
Hogar								
Recuento	5	2	1	3	0	1	0	12
% de Hogar	41,7%	16,7%	8,3%	25,0%	0,0%	8,3%	0,0%	100,0%
% de EEAG	62,5%	15,4%	11,1%	27,3%	0,0%	3,2%	0,0%	13,0%
% del total	5,4%	2,2%	1,1%	3,3%	0,0%	1,1%	0,0%	13,0%
Hogar								
Recuento	0	2	3	4	0	1	0	10
% de Hogar	0,0%	20,0%	30,0%	40,0%	0,0%	10,0%	0,0%	100,0%
% de EEAG	0,0%	15,4%	33,3%	36,4%	0,0%	3,2%	0,0%	10,9%
% del total	0,0%	2,2%	3,3%	4,3%	0,0%	1,1%	0,0%	10,9%
Hogar								
Recuento	0	0	2	2	4	6	0	14
% de Hogar	0,0%	0,0%	14,3%	14,3%	28,6%	42,9%	0,0%	100,0%
% de EEAG	0,0%	0,0%	22,2%	18,2%	30,8%	19,4%	0,0%	15,2%
% del total	0,0%	0,0%	2,2%	2,2%	4,3%	6,5%	0,0%	15,2%
Hogar								
Recuento	0	0	2	0	4	4	4	14
% de Hogar	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	28,6%	28,6%	28,6%	100,0%
% de EEAG	0,0%	0,0%	22,2%	0,0%	30,8%	12,9%	57,1%	15,2%
% del total	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	4,3%	4,3%	4,3%	15,2%
Hogar								
Recuento	0	0	0	1	3	8	2	14
% de Hogar	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	21,4%	57,1%	14,3%	100,0%
% de EEAG	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	23,1%	25,8%	28,6%	15,2%
% del total	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	3,3%	8,7%	2,2%	15,2%
Hogar								
Recuento	0	0	0	1	2	10	1	14
% de Hogar	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	14,3%	71,4%	7,1%	100,0%
% de EEAG	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	15,4%	32,3%	14,3%	15,2%
% del total	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	2,2%	10,9%	1,1%	15,2%

Como es de suponer, se comprueba una distribución diferencial de las puntuaciones EEAG en los diferentes hogares [$\chi^2(36)= 114,354$; $p \leq 0,001$]. No obstante, orientaría hacia unos óptimos índices de equivalencia entre la distribución realizada recurriendo a criterios cualitativos frente al análisis cuantitativo que constituye la puntuación EEAG y, aún más relevante, una aceptable reorganización de los pacientes en la unidad atendiendo al doble criterio. Quizá sería el Hogar 6 donde habría una mayor discrepancia entre el criterio cualitativo y el cuantitativo ya que en términos porcentuales no tendría

un perfil excesivamente diferente al Hogar 7 donde sí habría una buena equivalencia entre ambos criterios.

Como puede apreciarse y teniendo en cuenta la escala EEAG, en los dos primeros hogares predominan usuarios con puntuaciones entre 11 y 50, lo que se traduciría según esta valoración en afectaciones clínicas y/o psicosociales graves. La valoración EEAG sólo considera afectación *moderada* en las puntuaciones comprendidas entre el rango 51 y 60 que, si bien es bastante frecuente en el Hogar 6, es superado por los leves e incluso en el Hogar 5 habría mayor predominio de los aquí considerados *graves*. Esto supondría un dato a favor de una menor precisión en la clasificación de los usuarios del Hogar 6. En los hogares que se ha clasificado cualitativamente afectación leve habría, específicamente, una alta concordancia con la puntuación cuantitativa en el Hogar 8, mientras que en el Hogar 7 se detecta cierta variabilidad. Por último, el Hogar 9 tendría una mayoría de usuarios con afectación leve, aunque resulta relevante señalar el que haya más “afectados ligeros” (puntuación entre 71 y 80) en el Hogar 7 e incluso en el Hogar 8 cuando, a priori, el Hogar 9 debería estar constituido por una mayoría de usuarios con afectación ligera (ver representación en el gráfico 2).

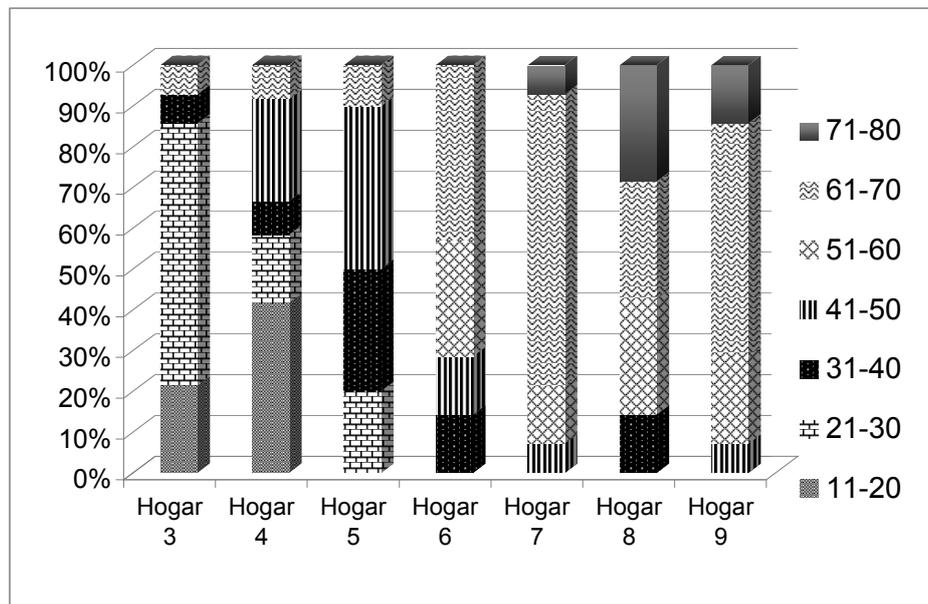


Gráfico 2. Distribución de los participantes en función de su EEAG en el dispositivo de larga estancia.

Aunque la distribución por niveles no es perfecta en el sentido de una equivalencia no del todo estricta entre el perfil de paciente esperable en cada hogar y el que estaba allí ingresado; el promedio de nivel de funcionamiento puede ser un buen índice y, en este caso, se han encontrado diferencias significativas [$F_{(6,91)} = 23,348$; $p \leq 0,001$] que avalarían la idoneidad de la clasificación realizada (ver tabla 5). Así, los dos hogares en los que se ubican los usuarios clasificados con un nivel de afectación del desempeño psicosocial grave atendiendo a los criterios cualitativos anteriormente reseñados, muestran las medias inferiores en la puntuación EEAG, puntuando 24,43 y 29,55 (puntuaciones que definen el nivel “*incapacidad para funcionar en casi todas las áreas*”) respectivamente. De la misma forma, los hogares netamente constituidos por usuarios clasificados con un nivel de afectación del desempeño psicosocial moderado, a saber el Hogar 5 y el 6, tienen unas medias superiores en torno a 39,40 (“*alteración importante en varias áreas*”) y 58,21 (“*dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar*”) respectivamente. En cuanto a los hogares 7 y 8, en principio definitorios de un nivel de afectación leve, tendrían una media muy parecida (62,36 vs. 62,86) definitoria de un nivel de afectación leve (“*algunos síntomas leves -p. ej., humor depresivo e insomnio ligero- o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar -p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa-, pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas*”). Prácticamente al mismo nivel estaría el último hogar, donde la puntuación cuantitativa sería ligeramente superior.

Tabla 5. Descriptivos de la puntuación EEAG (GAF) por Hogar en la Unidad de San Rafael.

Descriptivo Hogar – Deterioro	N	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
3 - Grave	14	24,43	13,51	15	70
4 - Grave	12	29,55	18,73	11	70
5 - Moderado	10	39,40	13,07	21	70
6 - Moderado	14	58,21	11,70	40	70
7 - Leve	14	62,36	12,12	35	78
8 - Leve	14	62,86	9,32	45	78
9 – Leve/ligero	14	63,72	7,21	50	71

Como último índice de idoneidad de la clasificación cualitativa por niveles al ser contrastada con los datos cuantitativos procedente de la aplicación de la EEAG; se ha realizado un correlación entre el número de hogar (ordenados jerárquicamente) con la puntuación EEAG ($r_{xy}=0,696$, $p\leq 0.001$) que aportaría más datos a favor de la adecuación de la clasificación realizada.

Discusión

Las esquizofrenias y otras psicosis pueden clasificarse dentro de las llamadas enfermedades mentales graves y duraderas, derivando estas patologías, en muchas ocasiones, en internamientos involuntarios que, cuando hay una alta vulnerabilidad de los pacientes, pueden derivar en un internamiento en hospitales psiquiátricos (actualmente denominados de una forma más adecuada como unidades de cuidados psiquiátricos prolongados). Los hospitales psiquiátricos, en el sentido tradicional, han sido criticados por considerarse como posibles generadores de cronicidad en la enfermedad mental. A priori, la institución podría generar un mundo propio en los pacientes, obstaculizar la interacción social con el exterior, dificultar la separación entre los ámbitos fundamentales de la vida, debilitar progresivamente los lazos del paciente con su familia o red social natural e incluso dificultar el proceso de comunicación (Molina, 2003). Desde el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, siempre ha habido una vocación de mejora de la atención al enfermo mental crónico y, en este sentido, en los últimos tiempos se han ido implementando una serie de medidas encaminadas a vencer todos los posibles condicionantes negativos que podría conllevar una institución psiquiátrica en aras de crear un entorno rehabilitador para aquellos pacientes con especial vulnerabilidad bio-psico-social. Este es el marco en que surge el Proyecto REULE, que a través de una serie de acciones concretas pretende homogeneizar los criterios de evaluación e intervención, crear entornos lo más parecidos posibles al medio natural y, en síntesis, introducir una serie de medidas que faciliten la asunción de un modelo de intervención basado en la rehabilitación psicosocial.

En este sentido, mediante la reorganización de los pacientes en función de niveles de desempeño psicosocial pero no dejando de lado su nivel de gravedad clínica; pretendemos optimizar la asignación de recursos rehabilitadores (tanto a nivel estructural como a nivel funcional). Así, tener ubicados los pacientes de niveles o perfiles semejantes supone poder introducir un perfil profesional cualitativa y cuantitativamente diferente amén de ubicar a los pacientes en espacios adecuados según sus potencialidades, capacidades y, también, déficits. A modo de estudio piloto, se han generado un criterio cualitativo de clasificación y, posteriormente, uno cuantitativo para comprobar la

validez del primero y, asimismo, para obtener un índice que sea útil de cara a la reorganización total de un gran contingente de pacientes. En este estudio, se ha trabajado con una muestra de 92 usuarios que, en líneas generales, han sido clasificados adecuadamente en una unidad de alta compartimentación (se ha trabajado con 7 hogares de 16 camas). Este tipo de unidades facilitan intervenciones rehabilitadoras al aportar un marco que permite ordenar a los sujetos en función de déficits funcionales o diagnósticos, posibilitando un marco donde atender a pacientes graves en un entorno que permite intervenciones individualizadas e intensas (Maestro y Jiménez, 2002).

A modo de conclusión, entendemos que debemos de promover un modelo adecuado de reorganización de los pacientes dentro de todo el conjunto de pacientes de las unidades de cuidados psiquiátricos prolongados. La reorganización en una unidad ha permitido mejorar la asignación de recursos y, por analogía, la generalización a todo el conjunto de unidades y pacientes seguirá esta línea. Sin embargo, consideramos útil tener en cuenta la variable años de ingreso en el centro ya que, supone un claro marcador de institucionalización y, en este sentido, supondría no obviar una variable que podría dificultar el proceso rehabilitador. Con esta variable y el EEAG (desempeño psicosocial y aspectos clínicos) podríamos generar perfiles de pacientes a ubicar en un modelo jerárquico que facilite intervenciones rehabilitadoras. Con todo, el proceso rehabilitador deberá verse complementado con nuevos dispositivos como pisos de transición o externalización y/o residencia-hospitales que faciliten la reinserción comunitaria.

Referencias

- Alanen, Y. O. (1992). Tratamiento y rehabilitación de las psicosis esquizofrénicas: el modelo finlandés de tratamiento. *Boletín Informativo de Salud Mental*, 3, 9-46.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª Edición, texto revisado)*. Barcelona: Masson.
- Anthony, W. A. y Liberman, R. P. (1992). Principles and practice of psychiatric rehabilitation. En R. P. Liberman (ed.), *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Allyn and Bacon.
- Baker, R. y Hall, J. N. (1984). *Rehabilitation Evaluation of Hall and Baker (REHAB)*. Aberdeen: Vine Publishing.
- Blanco, A., Pastor, A. y Cañamares, J. M. (1992-2010). *Escala de Evaluación del Desempeño Psicosocial (EVDP)*. En proceso de publicación.
- Fernández, M. V., González, J., Fernández, J. M. y Eizaguirre, L. (1997). El campo de la rehabilitación psicosocial. En A. Rodríguez (coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 85-99). Madrid: Pirámide.

- García, J., de las Heras, B., Peñuelas, E. (1997). *Rehabilitación psicosocial: conceptos y estrategias*. Oviedo: K. R. K.
- Maestro, J. C. y Jiménez, J. F. (2002). Las necesidades e hospitalización prolongada. *Monografías de Psiquiatría*, 14, 20-25.
- Molina, J. de D. (2003). El papel del hospital de larga estancia en el proceso de rehabilitación. *Norte de Salud Mental*, 17, 7-13.
- Muñoz, J. J. (2010). Valoración de los trastornos psicóticos y sus repercusiones forenses: la esquizofrenia. En J. L. Graña, M^a. E. Peña y J. M. Andreu (dir.), *Manual docente de psicología clínica, legal y forense –volumen II-*. Madrid: Universidad Complutense.
- Rodríguez, A. (1994). Sobre la rehabilitación psicosocial: Reflexiones y perspectivas. *Boletín AMRP (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial)*, 0, 4-9.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Salvador, L., Romero, C., González, F. (2000). Guías para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en psiquiatría. En A. Bulbena, G. E. Berrios, P. Fernández de Larrinoa P. (eds.). *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson.
- Saraceno, B. y Montero, F. (1993). La rehabilitación entre modelos y práctica. En V. Aparicio (coord.), *Evaluación de servicios en salud mental* (pp. 313-321). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- SPSS 19.0 (2010). SPSS para Windows. Chicago: SPSS Inc.
- Wing, J. K., Beevor, A. y Curtis, R. H. (1996). *HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales. Trainer's Guide*. London: College Research Unit.