



# Evaluación de la calidad asistencial en un Dispositivo Psiquiátrico

**Margarita Zabala Baquedano**

Psicóloga clínica.

Directora de la Clínica de Rehabilitación de Salud Mental.

Servicio Navarro de Salud–Osansunbidea. Pamplona.

## Resumen

La Clínica de Rehabilitación es un recurso asistencial para personas con problemas de salud mental graves. Es un centro de referencia de la Red de Salud Mental de Navarra para el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial. La finalidad del estudio es realizar una valoración de la calidad asistencial, definir el perfil–tipo de los usuarios y evaluar la idoneidad de los procedimientos de recogida de información, clínica y social. La muestra está formada por 72 pacientes, 43 hombres y 29 mujeres. Los resultados confirman la hipótesis inicial: la clínica de rehabilitación ayuda a mejorar social y clínicamente a los pacientes estudiados. Se evidencia una mejoría, estadísticamente significativa ( $P < 0.005$ ) de la conciencia de enfermedad, en la valoración ingreso–alta. Los procedimientos de recogida de información y transcripción a las historias clínicas se muestran insuficientes y deben ser mejorados.

## Palabras clave

Trastornos mentales severos, programas de rehabilitación psicosocial, conciencia de enfermedad.

## Summary

The Rehabilitation Clinic is a facility for people with serious mental health problems. It is a reference Center in Navarra's Mental Health Network for the development of psychosocial rehabilitation programs. The purpose of the study is to assess the assistance quality level offers. Furthermore it is aimed at defining the patient's profile–clinic users and to assess the suitability of the procedures to collect clinical and social data. The sample includes 72 patients, 43 men and 29 women. The results confirm the initial hypothesis: The Rehabilitation helps to improve the chronic psychiatric patients both socially and clinically. A statistically significant ( $p < 0.005$ ) improvement in illness awareness appears in the admission–discharge assessment. The results enable us to establish the average patient profile user up to date of the RC, and start a continuous assessment field for future patients.

## Key words

Severe mental disorders, psychosocial rehabilitation programs, awareness of illness.

## Introducción

Dentro del amplio grupo de enfermos mentales, se definen con claridad un conjunto de personas con problemáticas más severas e invalidantes. Son los denominados trastornos mentales severos (TMS), también llamados crónicos por el habitual curso de cronicidad que sigue su patología. (National Institute of Mental Health, 1987)<sup>1</sup>. Esta descripción se opera según los siguientes criterios:

- Diagnóstico: Incluye los trastornos psicóticos funcionales, excluyendo los orgánicos y algunos trastornos de personalidad.

- Incapacidad: Incapacidad grave recurrente resultante de la enfermedad mental. Existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento laboral, social y familiar.
- Duración: De la enfermedad y del tratamiento, un tiempo superior a dos años. Los programas y actividades destinadas al abordaje de los TMS constituyen el marco de la rehabilitación psicosocial.



## Rehabilitación Psicosocial

La rehabilitación psicosocial se puede definir “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, A. 1997)<sup>2</sup>. La rehabilitación psicosocial se diseña con el fin de reducir la intensidad y frecuencia de los episodios de enfermedad, incrementando la competencia de las respuestas de manejo del propio individuo, reduciendo el número y el grado de dificultad de las demandas del ambiente, así como aumentando el apoyo social del individuo (Lieberman R.P., 1993)<sup>3</sup>. Las necesidades y problemas de las personas con TMS son múltiples y variados. Podemos generalizando, resumir los siguientes (AEN, 2002)<sup>4</sup>

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Aislamiento social. Dificultades para interactuar socialmente.
- Dependencia elevada de familiares y servicios.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral.

La rehabilitación psicosocial debe articular de modo flexible e individualizado un amplio espectro de estrategias de intervención, entre otras: modificación de conducta, recursos humanos, trabajo social, estrategias socioeducativas, animación sociocultural.

## La Clínica de Rehabilitación

En la Comunidad navarra, el decreto foral 247/1998 crea la Clínica de Rehabilitación definiéndola como un recurso asistencial para personas con problemas de salud mental severos, especializada en el desarrollo e

implantación de programas de rehabilitación psicosocial. Tiene como objetivos incrementar la competencia de los pacientes y sus familias para afrontar la enfermedad y sus consecuencias, facilitando la adaptación a su medio reduciendo, por tanto, el riesgo de recaídas. En sus programas de intervención además de los tratamientos farmacológicos, oferta una serie de actividades que se ajustan a las necesidades de los enfermos con trastornos mentales graves: programas psicoeducativos de conciencia de enfermedad, rehabilitación cognitiva, seguimiento individual de la sintomatología, habilidades de la vida diaria, habilidades sociales, programas de integración social, educación para el ocio, programa de entrenamiento en habilidades pre-laborales, y, entrenamiento en la comunicación y resolución de problemas. En enero de 2001, la Clínica de Rehabilitación comienza a funcionar en sus actuales dependencias del Hospital Psico geriátrico San Francisco Javier.

## METODO

Descripción del estudio: Objetivos e hipótesis

Después de casi 3 años desde la puesta en marcha de la Clínica se hace necesario realizar una revisión crítica sobre algunas de nuestras actuaciones, y sobre los resultados de nuestro trabajo.

Nos proponemos tres objetivos:

1. Conocimiento del perfil-tipo de los usuarios
2. Estimación inicial de la calidad asistencial de nuestros procedimientos de intervención (análisis de resultados). Para ello nos basaremos en la evaluación de dos aspectos:
  - Impresión clínica global ( Baca, E. 1991)<sup>5</sup>
  - Mejora de la variable clínica conciencia de enfermedad
3. Evaluación de los procedimientos de recogida de información clínica y social



Partimos de la hipótesis inicial de que los pacientes mejoran en aspectos sociales y clínicos al participar en un programa intensivo de rehabilitación psicosocial en el centro, ya que esa es la “impresión subjetiva” que tenemos como clínicos. La mejora de la conciencia de enfermedad, en términos generales, es decir como medida de la concordancia de la percepción que el sujeto tiene de sí mismo, comparada con la de su comunidad o cultura, (Wing y cols., 1964)<sup>6</sup> se trabaja intensamente en el centro, tanto en actividades de tipo grupal como en abordajes individuales. Consecuentemente, esperamos hallar una mejora de la conciencia de enfermedad en los pacientes, tras su paso por la clínica. En cuanto a los procedimientos de recogida de información, y a la evaluación de pacientes, esperamos encontrar abundantes aspectos a mejorar.

## Material y métodos

Se procede a la revisión sistemática de las 72 historias clínicas, correspondientes a la totalidad de pacientes dados de alta desde la puesta en marcha de la Clínica en enero de 2001, hasta abril de 2003, fecha en la que finaliza la recogida de datos. El psicólogo/a referente y la trabajadora social evalúan a cada paciente en función de su criterio clínico y social, respectivamente. Los aspectos que se consideran para evaluar la mejoría de los pacientes son los siguientes:

- Disminución del número de ingresos en dispositivos psiquiátricos más restrictivos (Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, Media Estancia) durante su permanencia en la clínica
- Reducción de la sintomatología
- Reducción de los problemas conductuales
- Mejora de las condiciones de vida
- Aumento de la participación social
- Mejora de las habilidades de la vida diaria (AVD)

Evaluamos la variable conciencia de enfermedad, al ingreso y al alta según los criterios expuestos en el anexo, lo que nos permitirá iniciar una primera evaluación de eficacia terapéutica de esta variable clínica de tanta trascendencia en la recuperación de los pacientes. Los datos se han explotado con el programa estadístico SPSS para Windows. Se determinan las frecuencias y las medidas de tendencia central. Se ha utilizado la prueba chi cuadrado para valorar la asociación entre variables cualitativas, y la correlación de Spearman para las variables cuantitativas.

## Elección de variables

Se confecciona un listado de variables que aporten información lo más completa posible. Se van a considerar cuatro tipos de variables:

- Sociodemográficas: nos permitirán identificar las características de los pacientes según su contexto social y económico:
  1. Sexo;
  2. Edad
  3. Estado civil
  4. Tipo de convivencia
  5. Persona responsable
  6. Procedencia
  7. Nivel de escolarización
  8. Situación laboral y prestaciones actuales
  9. Situación jurídica
  10. Antecedentes penales
  11. Han estado o están en centros ocupacionales
  12. Precisan supervisión económica
  13. Convivencia con otros enfermos mentales
- Clínicas: evaluarán las condiciones psicopatológicas de los pacientes:
  1. Diagnóstico (CIE-10)
  2. Retraso mental
  3. Diagnósticos anteriores
  4. Edad inicio de la enfermedad
  5. Años de evolución de la enfermedad
  6. Antecedentes familiares
  7. Número de ingresos



8. Intentos autolíticos
  9. Ideación suicida
  10. Conciencia de enfermedad al ingreso
  11. Adherencia al tratamiento
  12. Consumo habitual de tóxicos
- Variables contextuales: características del ingreso y relación con los centros derivantes:
    1. Centro de derivación
    2. Duración del ingreso
    3. Número de ingresos en otros dispositivos psiquiátricos durante su permanencia en la clínica
    4. Régimen de estancia
    5. Calidad de la evaluación
  - Variables de alta: nos permitirán determinar la situación clínica al alta.
    1. Conciencia de Enfermedad al alta
    2. Tipo de alta
    3. Situación al alta
    4. Centro de derivación al alta

## RESULTADOS

Descripción del perfil-tipo del paciente de la Clínica de Rehabilitación:

El perfil-tipo de paciente es un hombre de mediana edad, aunque hay que tener en cuenta que se da una gran variabilidad (desviación típica 14,15), soltero. Convive con la familia, casi siempre la de origen. Las personas responsables generalmente son familiares, fundamentalmente los padres. Procede de la Comunidad Foral. Con un nivel de escolarización medio-bajo. Pensionista. Dispone de ingresos mensuales muy precarios por debajo del salario mínimo. Situación jurídica de pleno derecho. Sin problemas penales. Un número importante, sobre todo entre los varones jóvenes, ha estado o está en centros ocupacionales. Precisa supervisión económica, debido a las dificultades en el control del gasto. Con antecedentes familiares. Un porcentaje importante, más del 25%, convive con otros enfermos mentales: padres, hermanos, cónyuges.

### Situación clínica

Diagnosticado de esquizofrenia, casi siempre del subtipo paranoide. Un (13,9%) tiene un diagnóstico añadido de deficiencia mental leve a su trastorno psiquiátrico, y de estos, la mayoría son mujeres. La mayor parte han recibido al menos dos diagnósticos diferentes a lo largo de su historia clínica, en algunas personas, el número es muy elevado, el rango es de 0 a 8. Inician la enfermedad con una media de 23,49 años, las mujeres presentan un inicio de enfermedad más tardío. Como media llevan conviviendo con la enfermedad 19,33 años. A lo largo de su historia clínica han ingresado en numerosas ocasiones en todo tipo de dispositivos psiquiátricos, la media es de 6,64 ingresos. Por sexos, los hombres ingresan más. Hay un porcentaje importante (31,9%) que son o han sido consumidores de tóxicos, la mayor parte de estos son hombres menores de 35 años. La ideación suicida y los intentos autolíticos están presentes en numerosos pacientes. Cuando ingresan en la Clínica presentan una conciencia de enfermedad parcial en su mayoría, pero se da un porcentaje importante que es valorado como “no conciencia de enfermedad”, de estos, casi todos son hombres y tienen diagnóstico de esquizofrenia. Los jóvenes son valorados en su mayoría con peores resultados en cuanto a la conciencia de enfermedad. En general la adhesión al tratamiento es insuficiente, sobre todo entre los hombres más jóvenes. Se da una relación estadísticamente significativa ( $P < 0,005$ ) entre la conciencia de enfermedad al ingreso y la adherencia al tratamiento, a más conciencia de enfermedad mayor adherencia al tratamiento.

### Clínica de rehabilitación

Nuestros pacientes proceden mayoritariamente de los Centros que tras fusionarse formaron la actual Clínica: la Unidad de Rehabilitación y el Centro de Día, le sigue detrás el CSM. Rochapea. El ingreso tiene una duración media de 10,46 meses, pero se da una gran variabilidad (rango: 2-27 meses). Por sexos, los hombres permanecen más tiempo. Se da



una correlación estadísticamente significativa ( $P < 0,05$ ) entre la edad y el tiempo de estancia en la clínica: a más edad más tiempo de estancia en la clínica. Durante el ingreso se producen pocas recaídas que precisen internamientos en unidades psiquiátricas más restrictivas, los resultados son similares en los dos sexos. Los pacientes se encuentran mayoritariamente alojados en régimen de hospitalización parcial. La totalidad de pacientes que están en seguimiento provienen del antiguo Centro de Día, se trata de personas que fueron externadas del antiguo hospital psiquiátrico de Navarra. Mayoritariamente los pacientes están convenientemente evaluados, solo un pequeño porcentaje de pacientes (11%) no dispone de informes de evaluación.

#### Calidad asistencial

La conciencia de enfermedad al alta, ha mejorado con respecto al ingreso. Se da una relación estadísticamente significativa ( $P < 0,005$ ). La conciencia de enfermedad parcial y buena han aumentado, disminuye la falta de conciencia de enfermedad. Hay una relación estadísticamente significativa ( $P < 0,005$ ) entre la conciencia de enfermedad al alta, el tipo de alta y la situación al alta: el porcentaje más alto de altas voluntarias, se da entre los pacientes que no tienen conciencia de enfermedad. Así mismo, los pacientes valorados como sin cambios o empeorados, están en el grupo de “no tienen conciencia de enfermedad.” La mayoría de los pacientes abandonan la Clínica con el alta facultativa y son derivados a su CSM para continuar el tratamiento. Los que no están suficientemente estabilizados psicopatológicamente, son derivados a otros dispositivos psiquiátricos: Media Estancia (Padre Menni), hospitales de día, etc. Estos suelen ser pacientes de menos de 25 años. Los hombres precisan en mayor medida al alta centros de larga estancia psiquiátricos. Con la edad aumentan las derivaciones a larga estancia.

Valoración al alta: Mejoran el 74,9% de pacientes, los que más, los hombres, también los que más empeoran. Las mujeres, el mayor

porcentaje de sin cambios. En cuanto a la edad, mejoran más los de más edad.

## DISCUSIÓN

Los datos epidemiológicos obtenidos en el estudio, como era previsible, guardan estrecha relación con los resultados de algunos de los estudios realizados en nuestra Comunidad (Mata I., Beperet M., Madoz V., y grupo Psicost. 2000)<sup>7</sup>. Los resultados del estudio de Vázquez-Barquero y col. (1995)<sup>8</sup> con pacientes en fases iniciales de esquizofrenia han arrojado parecida incidencia entre hombres y mujeres. En consecuencia cabría preguntarse qué tipo de factores determinará que en grupos de más edad el número de pacientes varones sea significativamente mayor. ¿Tienden a cronificarse en mayor medida los pacientes psicóticos – hombres? La edad de inicio de la enfermedad más elevada en las mujeres coincide con la mayoría de los estudios consultados (Haas y col, 1990)<sup>9</sup>. Un amplio grupo de investigadores señala que, en general, existe una asociación significativa entre niveles educacionales bajos y la presencia de morbilidad de tipo psiquiátrico (Jiménez-Cruzado et al. 1993)<sup>10</sup>. En un importante número de variables estudiadas: tipo de convivencia, personas que han tenido pareja, número de ingresos en centros psiquiátricos, procesos judiciales, consumo de tóxicos, conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, los hombres tienen resultados que implican peor ajuste social, lo que nos llevaría a confirmar los datos hallados en el estudio de Cirici y cols. (1993)<sup>11</sup>. Como se ha constatado en diversos estudios, los enfermos mentales no son mayoritariamente violentos (Giner Ubago J., 2003)<sup>12</sup>. Unos pocos casos muy dramáticos explotados por la prensa, no deberían llevar a concluir que los enfermos mentales son extremadamente peligrosos. Las agresiones más habituales que se detectan en la Clínica son a los familiares, y suelen ocurrir en periodos críticos de descompensación psicótica, muchas veces, tras el abandono de la medicación. Raramente se producen agresiones hacia el



personal o a otras personas. La mayoría de los pacientes estudiados padecen una enfermedad mental grave y sus características se adaptan a los criterios de admisión, no obstante, recibimos numerosas solicitudes de pacientes que no se ajustan a nuestro perfil y nos vemos obligados a rechazarlos, lo cual resulta siempre complicado debido a las presiones que recibimos de nuestros Centros derivantes. Sabemos que no somos el único Centro que ha de atender un abanico de patologías y situaciones sociales muchas veces demasiado heterogéneo, pero somos conscientes de la utilidad de mantener nuestros criterios ajustándonos a las líneas de intervención que se nos ha marcado. Pensamos que el elevado número de diagnósticos que se encuentran en las historias clínicas no se debe tan solo a la disparidad de criterios entre los facultativos, sino a la dificultad de diagnosticar ante cuadros clínicos complejos. Es frecuente observar una evolución diagnóstica hacia cuadros de mayor gravedad psicopatológica, en aquellos pacientes que han debutado en edades muy tempranas. Los pacientes con trastornos duales: trastornos psiquiátricos / consumo de tóxicos, suponen también un fuerte reto, en ocasiones precisan controles rigurosos para asegurar el no consumo, que afectan el clima de libertad que generalmente impera en la Clínica, y que es necesario para fomentar la implicación y la autonomía de los pacientes. A lo largo del ingreso, se producen habitualmente recaídas —empeoramiento en el estado psicopatológico de los pacientes— pero la mayoría de las veces se solucionan sin necesidad de un ingreso en las UHP, ya que al detectarlas en un estadio inicial se puede actuar rápidamente, disipando la crisis. A pesar de todo, las recaídas se siguen produciendo y debemos entenderlas como consecuencia del proceso propio de la evolución de la enfermedad. No podemos dejar de cuestionarnos, en los casos de un gran número de recaídas, si la Clínica es el recurso que precisan esos pacientes, probablemente no. A la vista de estos datos se puede concluir la necesidad de dispositivos psiquiátricos dife-

renciados en cuanto a la contención y a la necesidad de medidas restrictivas. Un número importante de pacientes no dispone de informes de evaluación, muchos de ellos han abandonado la Clínica sin dar tiempo a realizarlos. En otras ocasiones, es la sintomatología del paciente, la que no permite la evaluación (síntomas paranoides, pensamiento disgregado, negativa a ser evaluados.) Nos hemos propuesto reducir al máximo los casos en que la falta de evaluación sólo puede ser atribuida a nuestra propia negligencia. Las necesidades mayoritarias que se han detectado para este tipo de pacientes son de programas de día, no precisan, en la mayoría de casos, un ingreso a tiempo total, los pacientes valoran positivamente permanecer unas horas en compañía de otros, y ocupados de variadas maneras, pero les agrada volver a sus casas a la tarde. Las 16 camas con las que cuenta la Clínica suelen estar ocupadas por pacientes que viven fuera de Pamplona, o por aquellos que no disponen de suficiente soporte familiar. Constatamos que hay una serie de necesidades que se pueden cubrir más adecuadamente desde el programa de hospitalización total, por lo que valoramos positivamente la existencia de los dos programas. La permanencia en la Clínica tiende a ser larga, solo así se pueden conseguir resultados en una población tan deteriorada. La media de 10,46 meses, es poco representativa, ya que los valores son muy extremos. El mayor grupo de pacientes permanece entre 9 y 17 meses. Hay que destacar las dificultades que tenemos al dar las altas al no poder contar con los recursos necesarios, los pacientes no van a donde necesitan, sino a donde pueden ir. Sería necesario contar con dispositivos de rehabilitación diversificados, que oferten los cuidados necesarios para las distintas necesidades. La conciencia de enfermedad se trabaja activamente en la clínica de forma individual y grupal, y también, con las familias. Tratamos de que mejoren su comprensión de lo que les ocurre y que sean conscientes que se trata de una enfermedad sobre la que hay que intervenir. No obstante, cuando no es posible un trabajo más intenso en



esta dirección se insiste en el refuerzo de la adhesión al tratamiento y de la autonomía social y funcional. Según los resultados se produce una notable mejoría clínica y social, por lo general los pacientes al llegar a la Clínica muestran un grado de adherencia al tratamiento escaso, se encuentran aislados socialmente, encerrados en el estrecho mundo familiar, desatendiendo su aspecto, alimentación y modos sociales. Las familias soportan con escasa ayuda la pesada carga de su seguimiento. La vigilancia estrecha sobre la toma de medicación, los programas psicoeducativos dirigidos hacia la mejora de conciencia de enfermedad y adhesión al tratamiento, la supervisión económica, el apoyo a las familias en el manejo y resolución de problemas, y la detección temprana de las crisis, son, a nuestro entender, los máximos responsables de la mejoría clínica que presentan. La combinación entre el apoyo clínico y la intervención psicosocial resulta muy eficaz. Se evidencia, en términos generales, dos grupos diferenciados de pacientes: los más jóvenes y los de edad avanzada. No son despreciables las ventajas de que estén en el mismo Centro, por lo que supone de beneficio para ambos: los jóvenes aportan frescura y dinamismo y los de más edad, madurez y conocimiento. Los más jóvenes presentan peor conciencia de enfermedad, menor adherencia al tratamiento, y gran número de problemas conductuales. Las personas de más edad, presentan falta de apoyo familiar

y social por envejecimiento o muerte de sus cuidadores principales; así como un incremento problemas de salud física. No obstante, en la medida de nuestras posibilidades, sería conveniente diferenciar programas en función de los dos grupos de edad. Desde una perspectiva diferente, el estudio ha servido para reorganizar mejor nuestro sistema de recogida de datos. A nivel metodológico ha resultado complicado y difícil la búsqueda de datos en historias mal organizadas y poco sistematizadas lo que nos ha llevado a organizar equipos de trabajo para realizar propuestas de mejora de recogida de datos y anotaciones clínicas. "Recogida mínima de datos obligatorios para todos los pacientes". (Varela, 1990)<sup>1 3</sup>.

## CONCLUSIONES

Esta investigación ha pretendido reflexionar sobre nuestro trabajo en la Clínica y ha aportado mayor conocimiento sobre las características de nuestros pacientes, y sobre varios aspectos organizativos. Los resultados obtenidos nos sirven de estímulo para seguir desempeñando nuestro trabajo, atentos a los aspectos que deben ser mejorados. A la vista de las enormes dificultades con las que tienen que convivir las personas con TMS y sus familias, sería necesario una revisión en profundidad del tipo de atención que se está dispensando en nuestra Comunidad a los Trastornos Mentales Severos.



## TABLAS

**Tabla 1: Muestra a estudio**

POBLACIÓN – MUESTRA			
Sexo	Hombres	Mujeres	TOTAL
Frecuencia	43	29	72
Porcentaje	59,7%	40,3%	100%

**Tabla 2: Variables cuantitativas. Medidas**

MEDIDAS	SEXO		TOTAL
	Hombres	Mujeres	
Edad	41,60 Rango: 21 – 74	41,14 Rango: 23 – 66	42,63 Rango: 21 – 74
Edad inicio de enfermedad	22,84 Rango: 10 –52	24,45 Rango: 10 – 48	23,90 Rango: 10 – 52
Nº total de diagnósticos diferentes	2 Rango: 0 – 8	1,62 Rango: 0 – 4	1,85 Rango: 0 – 8
Nº de ingresos en Centros Psiquiátricos	7,19 Rango: 2 – 20	5,83 Rango: 1 – 12	6,64 Rango: 1 – 20
Años de evolución de la enfermedad	19,07 Rango: 2 – 58	19,72 Rango: 5 – 44	19,33 Rango: 2 – 58
Tiempo de estancia en la Clínica (meses)	10,95 Rango: 1 – 27	9,72 Rango: 1 – 27	10,46 Rango: 1 – 27
Nº de ingreso en otros dispositivos psiquiátricos durante su permanencia en Clínica	0,28 Rango: 0 – 5	0,28 Rango: 0 – 5	0,28 Rango: 0 – 5

**Tabla 3: Variables sociodemográficas. Porcentajes**

VARIABLES	SEXO		TOTAL
	Hombres %	Mujeres %	
Estado Civil	Solteros 86,8	Solteras 55,2	Solteros/as 73,6
Tipo de convivencia	Con la familia 67,4	Con la familia 62,0	Con la familia 65,3
Persona responsable	Padres 48,8 Hermanos 27,9	Padres 31,0 Cónyuge 27,6	Padres 41,7
Procedencia	Navarra 81,4	Navarra 75,9	Navarra 79,2
Nivel de escolarización	Medio-Bajo 39,6	Medio-Bajo 55,1	Medio-Bajo 45,9
Situación laboral y prestaciones actuales	Pensionistas 88,4 Invalidez 44,2	Pensionistas 75,8 No contributiva 34,5	Pensionista 82,4 Invalidez 36,1
Situación jurídica	Pleno derecho 95,3	Pleno derecho 100	Pleno derecho 97,3
Precisan supervisión económica	Sí 65,1	Sí 62,0	Sí 66,7
Con procesos judiciales	No 95,3	No 100	No 97,2
Participación en centros ocupacionales	No 65,1	No 69,0	No 66,7
Convivencia con otros enfermos mentales	No 67,4	No 75,9	No 70,8
Antecedentes familiares	Sí 67,4	Sí 44,7	Sí 58,4



**Tabla 4: Variables Clínicas. Porcentajes**

VARIABLES	SEXO		TOTAL
	Hombres %	Mujeres %	%
Diagnóstico CIE- 10	F20 - 72,2 F20,0 - 51,2	F20 - 51,7 F20,0 - 27,6	F20 - 63,9 F20,0 - 41,7
Retraso mental	No 93,0	No 75,9	No 86,1
Intentos autolíticos	Ninguno 74,4	Ninguno 72,4	Ninguno 73,6
Ideación suicida	No 65,1 Grave 30,2	No 62,1 Grave 27,6	No 63,9 Grave 29,2
Consumo actual de tóxicos	No 55,8	No 86,2	No 68,1
Adherencia al tratamiento	Escaso 53,5	Escaso 44,8	Escaso 50,0
Tipo de alta	Facultativa 83,7 Voluntaria 16,3	Facultativa 65,5 Voluntaria 34,5	Facultativa 76,4 Voluntaria
Centro de derivación al alta	A C.S.M. 69,8	A C.S.M. 79,3	A C.S.M. 73,6
Régimen de estancia	Hosp. Parc. 48,8 Hosp. Total 46,5	Hosp. Parc. 65,5 Hosp. Total 31,0	Hosp. Parcial 55,6 Hosp. Total 40,3 Seguimiento 4,2

**Tabla 5. Resultados variable conciencia de enfermedad**

CONCIENCIA DE ENFERMERDAD		
TIPOS	AL INGRESO %	AL ALTA %
Parcial	62,5	73,6
Buena	8,3	15,3
No C. de E.	29,2	11,1

**Tabla 6: Resultados. Situación al alta**

SITUACIÓN AL ALTA			
	Hombres %	Mujeres %	TOTAL %
Muy mejorado	58,1	31,0	47,2
Mejorado	14,0	31,0	47,2
Sin cambios	14,0	31,0	20,8
Empeorado	14,0	6,9	11,1

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bulbena A., Berrios G. E., Fernández De Larrinoa P.(2000) *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Ed. Masson.
- Rodríguez A. (coord.) (1997) *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Liberman R.P., (1993) *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- AEN, Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002) *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos técnicos, 6. Madrid.
- Baca E. (1991) Indicadores de efectividad en la evaluación de servicios psiquiátricos. *Rev. Asoc. esp. Neuropsiq.* Vol. 11, nº 37: 93-101.
- Wing y col.(1964), en Vaz F.J; Casado M.; Salcedo M.S; y Bejar A. (1994) Psicopatología y conciencia de enfermedad durante la fase aguda de la esquizofrenia. *Rev. psiquiatría Fac Med de Barna.* 21, 4: 66-74.
- Mata I., Bepere M., Madoz V., y grupo Psicost.(2000) Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en Navarra. *Anales del sist. Sanit. De Navarra.* Vol. 23, suplemento 1. 29-36.
- Vázquez-Barquero J.L, Cuesta Núñez M.J, De La Varga M., Herrera Castañedo S., Gaité L., & Arenal A. (1995) The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand.*; 91: 156-162.
- Haas G.L.,Glik I.D., Clarkin J.F., Lewis A. B., (1990) Gender and schizophrenia outcome a clinical trial of an inpatient family Intervention. *Schizophrenia Bulletin* 16,2, 272-292.
- Jiménez-Cruzado L., González - Botella A., Peñarroja D., Nolasco J., Pérez Navarro I., y De La Hoz J., (1993) Factores asociados con la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en una zona de salud. *Atención Primaria*; 11, 9: 465-469.
- Cirici R., Bel Mª T., Guarch J., Araúzo A., y Obiols J. (1993) Competencia social en la esquizofrenia: discrepancias por sexos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática.* Nº 27: 6-11.
- Giner Ubago J., (2003) [www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com).
- Varela (1990) En Bulbena A., Berrios G. E., Fernández De Larrinoa P.(2000) *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Ed. Masson.
- Mc Evoy J.P.; Aland J.; Wilson W.H.; Guy W.; Hawkins M. D. (1981) Measuring chronic schizophrenic patients attitudes toward their illness and treatment. *Hospital & Community Psychiatry.* 32, 12: 857-858



## BIBLIOGRAFÍA

- Aldaz J.A., Vázquez C., (COMPS) 1996. Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Amador X.F.; David A.S (1998): *Insight and psychosis*. Ed. Oxford University Press.
- Anderson C. Reiss D., y Hogarty G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Anthony W., Farkas M. (1982). A client–outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions. *Schizophr Bul*; 8: 13–38.
- Birchwood M., Tarrier N.( 1995) *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ed. Ariel.
- Caballo V. (Dir.) (1997) *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos, vol. I*. Madrid: S. XXI editores, S.A.
- Ciompi L. (1984) Los factores de la influencia social en el desarrollo de las esquizofrenias. *Scw. Archiv. N. Sysh.*, 135: 101– 160.
- Cuesta M.J.; Peralta V.; Zarzuela A. (2000) Reappraisal insight in psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 177: 233–240.
- González De Rivera J.L; Rodríguez F.; Sierra A. (1993) *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona. Ed. Masson.
- González Vázquez A.I; Ferrer Gómez Del Valle E. (2004) Epidemiología especial. Estudios de morbilidad de los trastornos psiquiátricos. <http://www.sepsiquiatria.org>.
- Mendioroz P. (2003): Tesis Doctoral: *Calidad de vida en una muestra de esquizofrénicos*. Pamplona. Universidad Pública de Navarra.
- Otero V. y Garrido E. (1995) *Modelos de intervención en rehabilitación psicosocial de enfermos mentales crónicos*. Conferencias y Comunicaciones a las III<sup>a</sup> Jornadas de Psicología de Navarra. Págs. 39–47. Public. Universidad Pública de Navarra y Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra.
- Rebolledo S. y Lobato M.J. (1998) *Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia*. Barcelona: Fundació Nou Camí.
- Roder y Brenner. (1996) *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona Ed. Ariel.
- Vázquez M.; Muñoz M.; Muñoz M.; López B.; Hernangómez L.; Díez M. (2000) La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, Vol. XX, nº 74: 207–228.

## APENDICE

—La variable **Conciencia de Enfermedad** (según la clasificación de Mc Evoy, et al. 1981)<sup>14</sup> se valora como:

- Buena, si:
- Conoce y acepta el diagnóstico
- Conoce los síntomas de su enfermedad y los identifica como tales
- Conoce las causas de su enfermedad
- Parcial, si:
- Responde sólo en parte a esta descripción.
- No tiene,
- En el caso de que no conozca ni acepte ningún aspecto de la enfermedad mental.

—La variable **grado de adherencia al tratamiento** se valora como:

- Alto: toman la medicación correctamente y de manera autónoma
- Moderado: no siempre la toman correctamente, algunas veces la abandonan. Necesitan algún tipo de supervisión.
- Escaso: Tienden a abandonar la medicación. Necesitan supervisión para la toma adecuada.
- Nulo: rechazan tomar la medicación.

—La variable **dispone de informes de evaluación** se valora como:

- Evaluación completa: Evaluación psicológica, psiquiátrica, social, de enfermería de habilidades y destrezas (AVD), y de ocio y tiempo libre.
- Evaluación parcial: algunas pero no todas las distintas evaluaciones.
- No dispone: No consta ningún tipo de evaluación.

—La variable **situación al alta** se valora como:

- Muy mejorado: Mejorado en aspectos clínicos y sociales.
- Mejorado: mejora solo en un aspecto, clínico o social.
- Sin cambios: no hay cambios en ningún aspecto
- Empeorado: Se le valora clínicamente peor que al ingreso.

—La variable **régimen de estancia en la clínica**, se valora como:

- Hospitalización total: Permanecen en el centro en régimen de hospitalización.
- Hospitalización Parcial: Los pacientes permanecen en el centro en horario de día.
- Seguimiento: Pacientes externalizados del antiguo hospital psiquiátrico que están alojados en pisos o patronas, bajo supervisión de la C. de R.