

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DE TERUEL DURANTE LOS AÑOS 2009-2014

M.^a ISABEL ABAD COLLADOS Y NOELIA PÉREZ GAMIR

Unidad de Media Estancia. Área de Salud Mental del Hospital de Salud Mental de Teruel.

RESUMEN

Introducción: en febrero de 2008, el Servicio Aragonés de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón pone en marcha dentro del Hospital de Salud Mental de Teruel la Unidad de Media Estancia (UME) del Área de Salud Mental, cuya finalidad pretende proporcionar un tratamiento integral de salud para rehabilitar al usuario de manera que pueda reintegrarse en el medio biopsicosocial tras el alta.

El presente estudio trata de describir el perfil del usuario atendido y valorar la calidad de los protocolos de recogida de datos, así como relacionar las variables estudiadas.

Material y método: la muestra está formada por 92 casos (47 hombres y 45 mujeres), que han sido ingresados desde febrero de 2009 hasta diciembre de 2014. A partir de las historias clínicas, se han recogido 15 variables consideradas significativas y que abarcan las áreas: socioeconómica, de gestión sociosanitaria y clínica.

Resultados: podemos concluir que el perfil de usuario atendido es el de un paciente con una edad comprendida entre 31 y 50 años, que procede de la unidad de corta estancia, que padece trastorno psicótico, que permanece en el centro entre 6 y 12 meses, que en el domicilio vive acompañado, que al ingreso no lleva tratamiento *depot*, y que presenta los diagnósticos enfermeros de «Manejo inefectivo del régimen terapéutico» y «Déficit de autocuidado/baño y/o vestido».

Discusión: conocer el perfil más frecuente del usuario de este tipo de dispositivo nos permite mejorar el recurso asistencial.

Palabras clave: trastorno mental grave, rehabilitación, unidad de media estancia.



INTRODUCCIÓN

Entendemos por *trastorno mental grave* (TMG) una enfermedad mental grave que afecta de forma crónica, altera o limita el desarrollo de las capacidades del funcionamiento social y se define de acuerdo con tres ejes: de diagnóstico, de duración y de discapacidad de la enfermedad (tabla 1).

Tabla 1. Categorías diagnósticas según la CIE-10 (OMS, 1992):

Trastornos esquizofrénicos (F20.x)
Trastornos esquizotípicos (F21)
Trastornos delirantes persistentes (F22)
Trastornos delirantes inducidos (F24)
Trastornos esquizoafectivos (F25)
Otros trastornos psicóticos (F28 y F29)
Trastorno bipolar (F31.x)
Depresión grave + síntomas psicóticos (F32.3)
Trastornos depresivos recurrentes (F33)
Trastorno obsesivo-compulsivo (F42)

CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades (décima edición); OMS: Organización Mundial de la Salud.

Duración de la enfermedad

Para poder clasificarse como TMG, debe cumplirse el siguiente criterio:

- Evolución del trastorno de, al menos, dos años, con deterioro más notable en los últimos seis meses.

Existiendo alternativas en los casos en los que el pronóstico no es tan claro, según el National Institute of Mental Health, deben reunirse los criterios:

- Haber recibido tratamiento psiquiátrico más intensivo que el ambulatorio más de una vez a lo largo de la vida.
- Haber recibido apoyo residencial continuo distinto a la hospitalización suficiente como para interrumpir la situación vital.

Presencia de discapacidad

Hace referencia a la afectación de moderada a grave del funcionamiento personal, laboral, social y familiar; se puede medir a través de diferentes escalas como: la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), o la escala de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (DAS-I).

La enfermedad mental comprende un amplio número de trastornos de curso crónico, que suponen una enorme carga para la familia, el sistema sanitario y la propia sociedad; con frecuencia, inciden aspectos socioeconómicos que limitan la eficacia de la atención sanitaria y que hacen necesario contar con recursos procedentes tanto de los servicios sociales generales como de los específicos. La lucha contra las desigualdades es el objetivo de la política sanitaria en salud mental; el futuro de su atención va a depender de las propuestas asistenciales sanitarias que, a partir de la reforma sanitaria promovida por la Ley General de Sanidad de 1986 (Ley 14/1986 de 25 de abril)*, crea unidades de salud mental (USM), unidades hospitalarias psiquiátricas (UHP) y estructuras intermedias¹.

Actualmente, el desarrollo de la atención a la salud mental en Aragón ha seguido un curso paralelo al

*El Capítulo III del Título I, destinado íntegramente a la salud mental, establece la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la equiparación del enfermo mental a las demás personas. Especifica también que la atención a la salud mental se realizará en el ámbito comunitario, y la hospitalización, en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. Y señala la necesidad del desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social y la coordinación con los servicios sociales.

de otras comunidades autónomas. Con la participación activa de las administraciones sanitarias y de los sectores comprometidos, se han producido avances importantes en el desarrollo de estructuras clínico-asistenciales; la situación en cuanto al marco asistencial es la siguiente:

- Primer nivel: equipos de salud mental comunitarios, en contacto con atención primaria.
- Segundo nivel: hospitalización especializada, en contacto con los centros de salud mental (CSM).
- Tercer nivel: dispositivos de rehabilitación. Se accede desde CSM y, muy ocasionalmente, desde hospitalización.
- Cuarto nivel: dispositivos de atención continuada y residencial.

Para cubrir las necesidades del tratamiento de aquellas personas afectadas de un TMG en las que los programas de rehabilitación comunitarios o no pueden ser aplicados o son insuficientes, ya sea por la escasa autonomía y capacidades del paciente, ya sea por una grave situación familiar, surgen los dispositivos de rehabilitación psicosocial en las unidades de media estancia (UME) en Aragón.

En la Comunidad Autónoma de Aragón, se crean UME, definidas como «Centros sanitarios específicos cuyos equipos y programas son capaces de prestar una atención individualizada encaminada a la rehabilitación del individuo», poniendo en marcha varias unidades, entre ellas, la que nos ocupa en el del Hospital de Salud Mental de Teruel².

El centro cuenta con 15 camas para el régimen de media estancia con hospitalización completa; para aquellos cuya autonomía personal se ve mermada, se indica la necesidad de un régimen a tiempo completo con asistencia y supervisión psiquiátrica las 24 horas del día. En el dispositivo, el tiempo estimado de ingreso es de seis meses a un año, prorrogables hasta un máximo de dos años.

El objetivo de la UME es el de proporcionar un tratamiento integral de la salud del individuo, tratando de realizar un abordaje individualizado de las

necesidades detectadas y reestablecer la reinserción e integración en el medio sociofamiliar.

Las características de la UME en Teruel se recogen en la tabla 2.

Tabla 2. Equipo terapéutico multidisciplinario de la UME y el centro de día

- Psiquiatras.
- Psicólogo clínico.
- Diplomados en Enfermería.
- Trabajador social.
- Terapeuta ocupacional.
- Auxiliares de enfermería.
- Celador.

UME: unidad de media estancia.

El perfil del paciente corresponde a una edad comprendida entre los 18 y los 60 años de edad, preferiblemente, jóvenes o adultos jóvenes de hasta 30-40 años, y que estén englobados en la categoría de TMG, **quedando excluidos:** trastornos de personalidad disocial; toxicomanías activas; demencias y trastornos mentales orgánicos; retraso mental; además de aquellos de los que, por sus antecedentes y experiencias asistenciales previas, se tenga conocimiento de sus necesidades de entornos estructurados residenciales y que no puedan vivir en estructuras intermedias en la comunidad y en los que existe elevado riesgo de hospitalismo, sobre todo, si no se ha intentado la rehabilitación ambulatoria.

Los casos candidatos al ingreso necesariamente deben ser presentados por el CSM, debiendo cumplir una serie de criterios, que se detallarán en el informe de derivación. Estos informes llegarán al equipo de la UME, como mínimo, dos días antes de que la comisión de ingresos se reúna con el fin de conocer el caso y entrevistar al paciente para realizar una adecuada evaluación de la demanda.



El paciente deberá encontrarse en un período inicial de cronificación; el ingreso será aceptado de manera **voluntaria** por este, pudiendo ser dado de alta si rompe dicho compromiso con 15 días de tiempo para retractarse, y se comprometerá a firmar un contrato terapéutico en el que participará de manera activa en los programas del equipo rehabilitador.

En la entrevista de acogida, se le comunicará la fecha exacta del ingreso, entregándosele horarios generales de hospitalización, formularios y contrato terapéutico. Además, se le informará de las tasas del centro y del carácter voluntario del ingreso. El equipo se reunirá para realizar un plan individualizado para la rehabilitación y reinserción del paciente (PIRR). Este plan reúne todas las actuaciones a nivel personal, familiar, social, laboral y domiciliario, y recoge una serie de objetivos que alcanzar desde la situación de partida en el ingreso hasta el alta de la unidad. Para alcanzarlos, existirá una estrecha colaboración de los profesionales junto al paciente y la revisión del plan cada tres meses. Este plan integra una serie de programas, actividades y tareas en los que se implica al paciente, personal y familia.

Los diferentes programas terapéuticos que se imparten en la UME son: a) actividades básicas de la vida diaria; b) cuidado del entorno; c) autonomía de la medicación; d) habilidades instrumentales; e) psicomotricidad; f) psicoeducación; g) psicoeducación de familias; h) rehabilitación cognitiva; i) entrenamiento emocional; j) orientación ocupacional; k) ocio y tiempo libre; l) asambleas.

El alta es decidida por el equipo de profesionales de la unidad junto con el equipo de seguimiento ambulatorio, así como con la familia y el propio paciente.

Tras el paso de los años con el centro en funcionamiento, creemos en la necesidad de realizar un estudio descriptivo que recoja las características de las personas que atendemos con el fin de identificar las necesidades y la adecuación de los programas para la población con TMG. Con este estudio, pretendemos mejorar y completar algunos de los

tratamientos que se aplican en la unidad, así como establecer un perfil de los pacientes atendidos para aumentar la calidad de los servicios prestados¹⁻³.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

La muestra está formada por 92 casos (47 hombres y 45 mujeres), que han sido ingresados desde febrero de 2009 hasta diciembre de 2014. Se recopilieron los datos de todos los pacientes ingresados en la UME, aunque estuvieran de alta en el momento de la realización del estudio.

Recogida de datos

Se reunió la información en el centro, gracias a los datos de las historias clínicas de cada paciente, en las que se agrupan las áreas clasificadas en: socioeconómica, personal y clínica.

De ellas, hemos elegido 15 variables, recogidas en las tablas 3-5.

La variable «diagnóstico» se ha dividido en tres categorías fundamentadas en la bibliografía referente al Anexo I.

RESULTADOS

La muestra está formada por 92 pacientes, 47 hombres (51,08 %) y 45 mujeres (48,91 %). El 63 % de los pacientes tiene una edad comprendida entre 31 y 50 años.

Respecto al perfil socioeconómico, encontramos que el 36,95 % tiene ingresos económicos por una pensión contributiva, y un 68,4 % vive acompañado. El 72,8 % no está tutelado y más de la mitad no ha trabajado en los últimos años.

El 36,9 % de los pacientes tiene un ingreso de entre 6 y 12 meses, siendo este intervalo el de mayor porcentaje en nuestra muestra.

Tabla 3. Datos socioeconómicos

1. INGRESOS ECONÓMICOS	
• No percibe pensión	31
• Pensión contributiva	34
• Pensión no contributiva	24
2. CONVIVENCIA	
• Vive solo	29
• Vive acompañado	63
3. TRABAJO	
• Ha trabajado en los últimos tres años antes del ingreso	13
• No ha trabajado en los tres últimos años antes del ingreso	48
• Tiene una incapacidad laboral	31
4. TUTELA LEGAL	
• No	67
• Sí/total	18
• Curatela	7

Tabla 4. Datos personales

1. SEXO	
• Hombre	47
• Mujer	45
2. EDAD	
• 18-30 años	16
• 31-40 años	25
• 41-50 años	33
• Más de 51 años	18

Tabla 5. Datos clínicos

1. DURACIÓN DEL INGRESO	
• Hasta 15 días	3
• Desde 16 días hasta 6 meses	29
• Desde 6 meses hasta 12 meses	34
• Desde 1 año hasta 2 años	21
• Más de 2 años	5
2. CONSUMO DE TÓXICOS*	
• Sí	35
• No	57
3. TRATAMIENTO DEPOT AL INGRESO	
• Sí	33
• No	59
4. DIAGNÓSTICO	
• Trastornos de la personalidad	14
• Trastornos psicóticos (Llama la atención el dato de la esquizofrenia paranoide con 22 casos)	73
• Trastornos del ánimo	5
5. PROCEDENCIA AL INGRESO	
• UCE	52
• Domicilio	33
• Centro de día	7
6. INGRESOS ANTERIORES EN UME	
• Sí	21
• No	71
7. DIAGNÓSTICO ENFERMERO «MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO»	
• Sí	76
• No	16
8. DIAGNÓSTICO ENFERMERO «DÉFICIT DE AUTOCUIDADO/BAÑO Y/O VESTIDO»	
• Sí	68
• No	24
9. TIPO DE ALTA	
• Alta voluntaria	19
• Alta médica	54
• Fallecimiento	1

*En el momento del ingreso, no son consumidores.
 UCE: unidad de corta estancia; UME: unidad de media estancia.



El 61,9 % no consumía tóxicos en los dos últimos años antes del ingreso.

El 64,13 % de los pacientes al ingreso no tienen pautado un tratamiento *depot*.

Entre los diagnósticos clínicos al ingreso, un alto porcentaje (79,3 %) se engloba dentro del grupo de trastornos psicóticos; llama la atención que, dentro de estos, el diagnóstico más repetido es la esquizofrenia paranoide (22 de 73 pacientes).

La procedencia del paciente al ingreso es, en el 56,5 % de los casos, de la unidad de corta estancia, frente al 35,8 %, que procede de su domicilio, y tan solo un 7,6 % procede del centro de día.

El 22,8 % de los pacientes ha tenido ingresos anteriores en la UME.

Los dos diagnósticos enfermeros que más se repiten son:

- «Manejo inefectivo del régimen terapéutico».
- «Déficit de autocuidado/baño y/o vestido».

Las altas voluntarias suponen un 20,6 % del total.

DISCUSIÓN

Conocer el perfil real del paciente que ingresa en la UME nos proporciona información necesaria para poder adecuar el recurso a ese perfil.

Con la realización de este estudio, nos planteamos la conveniencia de la creación de una base de datos clínicos donde se recojan estas y otras variables que faciliten estudios posteriores.

Este tipo de trabajos ayuda a mejorar el conocimiento de los pacientes con TMG entre los profesionales y en la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica en Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Madrid: Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf
2. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales; 2002. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/PLAN_ESTRATEGICO_2002_2010_ATEN_SALUD_MENTAL_COMUNIDAD_AUTONOMA_ARAG_2002.pdf
3. Rodríguez González A (coord.). Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide; 1997.

Anexo I. Diagnósticos empleados en el estudio

Los diagnósticos utilizados se han tomado de la clasificación de la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. El *DSM-IV* evalúa al paciente en diferentes variables y un diagnóstico consta de cinco ejes. En este caso, nos fijaremos en:

- Eje I: en él se codifican los trastornos clínicos y otras enfermedades que puedan ser objeto de atención clínica.
- Eje II: se codifican en este eje los trastornos de la personalidad, el retraso mental y los mecanismos de defensa.

Los trastornos del eje I y II están agrupados por grandes grupos; ellos son: 1) trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia; 2) delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos; 3) trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados; 4) trastornos relacionados con sustancias; 5) esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; 6) trastornos del estado de ánimo; 7) trastornos de ansiedad; 8) trastornos somatomorfos; 9) trastornos facticios; 10) trastornos disociativos; 11) trastornos sexuales y de la identidad sexual; 12) trastornos de la conducta alimentaria; 13) trastornos del sueño; 14) trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados; 15) trastornos adaptativos; 16) trastornos de la personalidad, y 17) otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Vamos a describir los grupos relacionados con los diagnósticos manejados en el estudio.

5. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

La característica principal de estos cuadros son los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, lenguaje, comportamiento, etcétera).

- Esquizofrenia: cuadro caracterizado por síntomas positivos (alucinaciones y delirios) y síntomas negativos (desorganización del pensamiento, lenguaje y conducta). Puede ser episódico con síntomas residuales interepisódicos, episódico sin síntomas residuales interepisódicos, continuo, episodio único en remisión parcial o episodio único en remisión total:
 - Tipo paranoide.
 - Tipo desorganizado.
 - Tipo catatónico.

- Tipo indiferenciado.
- Tipo residual.
- Trastorno esquizofreniforme: puede ser sin síntomas de buen pronóstico o con síntomas de buen pronóstico.
- Trastorno esquizoafectivo:
 - Tipo bipolar.
 - Tipo depresivo.
- Trastorno delirante:
 - Tipo erotomaniaco.
 - Tipo de grandiosidad.
 - Tipo celotípico.
 - Tipo persecutorio.
 - Tipo somático.
 - Tipo mixto.
 - Tipo no especificado.
- Trastorno psicótico breve: puede ser con desencadenante grave, sin desencadenante grave o de inicio en el posparto.
- Trastorno psicótico compartido (*folie à deux*).
- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica.
- Trastorno psicótico inducido por sustancias.
- Trastorno psicótico no especificado.

6. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

La característica de estos cuadros es la alteración del estado anímico o del afecto. El manual define diversos tipos de episodios afectivos (no se diagnostican por separado) que se combinan para dar los diferentes trastornos del estado del ánimo (estos son los que se diagnostican).

Los episodios afectivos son:

- Episodio depresivo mayor.
- Episodio maniaco.
- Episodio mixto.
- Episodio hipomaniaco.

Los trastornos del estado del ánimo son:

- Trastornos depresivos (con episodios depresivos):
 - Trastorno depresivo mayor (el episodio actual puede ser leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial o en remisión total o no especificado). A su vez, puede ser crónico, con síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos o de inicio en el posparto:
 - ▶ Episodio único.



- ▶ Recidivante (especificar el curso, con o sin recuperación interepisódica y puede ser con patrón estacional).
- Trastorno distímico (puede ser de inicio temprano, tardío y con síntomas atípicos).
- Trastorno depresivo no especificado.
- Trastornos bipolares (con episodios maníacos y depresivos):
 - Trastorno bipolar I.
 - Trastorno bipolar II.
 - Trastorno ciclotímico.
 - Trastorno bipolar no especificado.
- Otros trastornos del estado de ánimo:
 - Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.
 - Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
 - Trastorno del estado de ánimo no especificado.

7. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

En este amplio apartado, se ubican todos los cuadros en donde la ansiedad ocupa un lugar central; los trastornos son:

- Trastorno de angustia (está constituido por ataques de pánico o crisis de angustia).
- Trastorno de angustia con agorafobia (está constituido por ataques de pánico o crisis de angustia).
- Trastorno de angustia sin agorafobia (está constituido por ataques de pánico o crisis de angustia).
- Agorafobia sin trastorno de angustia.
- Fobia específica:
 - Tipo animal.
 - Tipo ambiental.
 - Tipo sangre-inyección-daño.
 - Tipo situacional.
 - Otros tipos.
- Fobia social.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático:
 - Agudo.
 - Crónico.
 - De inicio demorado.
- Trastorno por estrés agudo.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
- Trastorno de ansiedad no especificado.

10. TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Son cuadros que se caracterizan por las alteraciones de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad y la memoria:

- Amnesia disociativa.
- Fuga disociativa.
- Trastorno de identidad disociativo.
- Trastorno de despersonalización.
- Trastorno disociativo no especificado.

16. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

En este apartado, se ubican los trastornos de la personalidad, que consisten en un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta significativamente de las expectativas de la cultura de la persona. Se inicia en la adolescencia o en el principio de la edad adulta y el patrón se manifiesta en las áreas: cognitiva (formas de percibir e interpretarse a sí mismo, a los demás y los hechos), afectiva (la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional), conductual (las conductas y el control de los impulsos) y en la actividad interpersonal.

Los trastornos de la personalidad se codifican en el eje II y se encuentran divididos en grupos o *clusters*; son:

- Trastornos de la personalidad del grupo A (suelen parecer raros o excéntricos):
 - Trastorno paranoide de la personalidad.
 - Trastorno esquizoide de la personalidad.
 - Trastorno esquizotípico de la personalidad.
- Trastornos de la personalidad del grupo B (suelen parecer dramáticos, emotivos e inestables):
 - Trastorno antisocial de la personalidad.
 - Trastorno límite de la personalidad.
 - Trastorno histriónico de la personalidad.
 - Trastorno narcisista de la personalidad.
- Trastorno de la personalidad del grupo C (suelen parecer ansiosos o temerosos):
 - Trastorno de la personalidad por evitación.
 - Trastorno de la personalidad por dependencia.
 - Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
 - Trastorno de la personalidad no especificado.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2003.