

ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE ATENDIDAS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DURANTE LOS 10 PRIMEROS AÑOS DE SU FUNCIONAMIENTO. (MAYO 1989- ABRIL 1999)

STUDY OF THE EVOLUTION OF PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDER CARED FOR IN A PSYCHOSOCIAL REHABILITATION CENTER DURING THE FIRST TEN YEARS OF WORKING OF THE CRPS.

(MAY 1989-APRIL 1999)

Autoras: Milagros Sanz*, Esther García*, Olga Gómez*, Araceli Grande*, M^a del Carmen López*, Almudena Ortiz*, Sira Orviz*, María Sánchez*, Marisa Sanz*, Lorena Velayos**, Juan González-Cases*

* Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares. Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave. Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Natalidad. Comunidad de Madrid. (España).
Gestión técnica GRUPO EXTER S.A.

** Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid (España)

Datos de contactos:

Milagros Sanz. Centro de Rehabilitación Psicosocial. C/Pablo Coronel 18. 28802 Alcalá de Henares. (Madrid-España). Tel: 918823884/918823984. Correo electrónico: msanzcaja@grupoexter.com

RESUMEN

Introducción: En el año 1988 se crea el CRPS de Alcalá de Henares dentro de una red que pretendía desarrollar el nuevo modelo de atención en salud mental comunitario. El objetivo de este estudio es conocer la situación en la que están en la actualidad las personas que fueron atendidas en los primeros diez años de funcionamiento de este CRPS.

Método: Se realizan entrevistas a las personas atendidas en el CRPS entre 1989 y 1999 para conocer su situación en diferentes ámbitos y la satisfacción sobre la atención recibida en su día en el CRPS. También se analiza el uso de la hospitalización y la urgencia en el último año.

Resultados: Se realizaron 70 entrevistas. El 97,2% está viviendo en la comunidad, la mayoría con su familia. El 42,8% utiliza algún recurso comunitario normalizado y el 38,5% algún recurso específico. El 64,2% manifiesta tener amigos y el 87,1% mantiene relaciones familiares estrechas. El 80% continúa siendo atendido en los CSM. En el último año el 10% necesitó acudir a la urgencia y el 5,7% han requerido hospitalización. Valoran con puntuaciones altas la satisfacción con su estancia en el CRPS. Además se sienten bastante satisfechos con la vida en general.

Discusión: los datos parecen indicar que la gran mayoría de las personas con trastorno mental grave pueden vivir en la comunidad. Parte de este resultado se podría atribuir a la existencia de una red de salud mental adecuada que atiende las diferentes necesidades sanitarias y psicosociales. El CRPS parece que juega un papel importante en estos resultados.

Palabras clave: rehabilitación psicosocial, persona con enfermedad mental, servicios de salud mental comunitarios.

ABSTRACT

Introduction: In 1988 was born Alcalá de Henares' CRPS in a network that followed to develop the new model of comunitary treatment in the mental health services. The objective of the present study is to know what is the situation of people that were treated in the first ten years of working of the CRPS.

Method: We interviewed people that were looked after in CRPS between 1989 and 1999 in order to know their state in different spheres and their level of satisfaction about the treatment that they received in CRPS. Also there is an analysis of the use of hospitalization and emergency services in the last year.

Results: there were 70 interviews. The 97,2% are living in the community, the most of them are living with their family. The 42,8% uses any standardized comunitary resource and 38,5% any specific resource. The 64,2% says having Friends and 87,1% have close familiar relationships. The 80% maintains his/her assistance in the Mental Health Center. Last year, 10% needed going to the emergency service and the 5,7% required to be hospitalized. The value with high punctuation and the satisfaction with them stay in CRPS. Also they feel quite satisfied with the life in general.

Discussion: the results seem to indicate that the great majority of people with severe mental disorders can live in the community. A part of this result could be attributed to the existence of an adequate mental health network that pay attention to the different sanitary and psychosocial needs. The CRPS seems to play an important role in these results.

Keywords: Psychosocial Rehabilitation, Mentally Ill Persons, Community Mental Health Services.

1.- INTRODUCCIÓN

A continuación, y a modo de introducción, se exponen algunos conceptos teóricos y un breve recorrido histórico que nos permita ubicarnos en el contexto en el que transcurre el presente estudio.

El trastorno mental grave

El término “Trastorno Mental Grave” (en adelante TMG) es utilizado en la actualidad con relativa frecuencia en el campo de la atención a la salud mental. A pesar de la heterogeneidad en su delimitación, parece haber un relativo consenso sobre las dimensiones que deben tenerse en cuenta para la definición operativa: existencia de una sintomatología “psicótica”, una evolución prolongada en el tiempo y un componente de discapacidad con alteración funcional¹.

Son varios los estudios que se han realizado para evaluar las necesidades de las personas con TMG. Navarro y Carrasco² se propusieron explorar las características psicopatológicas y de funcionamiento social en una muestra de personas con trastorno mental grave que viven en la comunidad. Obtuvieron que el deterioro en el funcionamiento es una medida importante tanto en el tratamiento como en la definición de la recuperación. Concluyeron que combinar la atención al funcionamiento social y a la psicopatología resulta vital en todas las fases del trastorno y contribuye a mejorar la calidad asistencial en estas personas. Por otro lado, actualmente se está asumiendo que la mejora en los servicios de atención de salud mental está pasando por una mayor participación de las personas con trastornos mentales y sus familias³.

Evolución de la reforma psiquiátrica

Buscar los antecedentes de la reforma psiquiátrica, nos hace remontarnos al siglo pasado, así en 1965 se promulgó en Estados Unidos la llamada Ley Kennedy, que puede ser considerada como el punto de partida oficial de los movimientos de reforma en salud mental ocurridos en todo el mundo occidental durante las siguientes dos décadas⁴. Estos autores señalan varios factores desencadenantes de esta reforma, como la insatisfacción con el modelo hospitalocéntrico o el descubrimiento de tratamientos farmacológicos eficaces en la década de 1950.

Tanto en España como en otros países, el tratamiento y el alojamiento de personas con problemas de salud mental y más concretamente en el caso de existencia de TMG, se han visto como elementos necesariamente inseparables: primero en los hospitales psiquiátricos y luego, con la desinstitucionalización, en los modelos de atención comunitaria. El advenimiento de la rehabilitación psicosocial y, más tarde, la recuperación, ayudó a cambiar el paradigma, centrando la importancia en promover la capacidad de las personas para lograr una vida ubicada en la comunidad⁵.

La reforma psiquiátrica en España

La reforma se inicia en España en los años setenta, mejorando las condiciones físicas y humanas en las que se atendía a las personas con problemas psiquiátricos dentro de los hospitales y dando los primeros pasos hacia la desinstitucionalización. Sin embargo, el proceso de reforma propiamente dicho debe situarse a partir de 1985 con la publicación del “Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica”⁶.

En España, la Ley General de Sanidad (LGS)⁷ de 1986 apues-

ta por un Sistema Nacional de Salud que garantice una prestación universal equitativa y descentralizada de financiación pública en Salud Mental. En su Artículo 20, diseña las líneas maestras de la transformación de la asistencia Psiquiátrica en base a un modelo comunitario y desinstitucionalizador, y en su total integración en la sanidad general. Con esta norma, España asumió los principios que venían rigiendo los procesos de cambio de los países desarrollados (Reino Unido, EEUU, Canadá, Italia...)⁸.

La reforma se desarrolla de forma desigual en el territorio español y conlleva una creación desigual de los diferentes recursos que se precisan para atender a estas personas en la comunidad, existiendo a día de hoy grandes diferencias entre Comunidades Autónomas.

En este contexto, y con la necesidad de desarrollar las líneas de la LGS, en 1988 surge el “Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica” (en adelante el Programa) de la Comunidad de Madrid, dependiente en aquel momento de la Dirección General de Servicios Sociales Especializados de la Consejería de Integración Social. Dicho Programa tiene como objetivo atender las necesidades sociales y psicosociales específicas de las personas con enfermedades mentales crónicas. Para ello, se fueron poniendo en marcha un conjunto de servicios sociales especializados de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte comunitario orientados a favorecer y apoyar la integración social de dichas personas, trabajando de un modo complementario y coordinado con la red de Servicios Sanitarios de Salud Mental. El primer servicio de rehabilitación creado por el Programa ese año fue el Centro de Rehabilitación Psicosocial (en adelante CRPS) de Alcalá de Henares, aunque no fue hasta Mayo de 1989 cuando se recibió al primer usuario.

El nacimiento del CRPS de Alcalá no es la única experiencia de rehabilitación en la Comunidad de Madrid en aquella época. Desde la Consejería de Sanidad se promueve a partir de 1986 la transformación del antiguo hospital Psiquiátrico de Leganés en el Instituto Psiquiátrico José Germáin, que crea una red comunitaria de servicios ambulatorios, hospitalarios y de rehabilitación.

En esos momentos, la extinta Área 3 a la que pertenecía el CRPS de Alcalá de Henares estaba en proceso de integración de las diferentes redes que coexistían en la atención en Salud Mental (Ayuntamientos, Comunidad e INSALUD). Se contaba con un Centro de Salud Mental en Alcalá de Henares y otro en Torrejón de Ardoz, además de consultas de psiquiatría y enfermería en los antiguos ambulatorios del INSALUD. A partir del año 1991 se desarrollan y consolidan dentro de los Centros de Salud Mental de distrito los programas de rehabilitación y de seguimiento y continuidad de cuidados que ponen el foco de su atención en las personas con trastorno mental grave.

Detallamos a continuación otros recursos con los que se fue contando progresivamente:

-En el año 1988 se pone en marcha la Casa de Transición, recurso terapéutico y residencial al que se podían derivar personas desde diferentes áreas sanitarias. Este dispositivo estaba situado en Madrid⁹.

-En 1991 se abre el primer Centro de Rehabilitación Laboral (en adelante CRL): CRL de Nueva Vida en el distrito de Ventas de Madrid.

-Se crea en Alcalá de Henares la asociación de familia-

res APISEP, (Asociación Para la Integración Social de Enfermos Psíquicos) (1991).

-Se pone en marcha la primera miniresidencia en 1991 ubicada el distrito madrileño del Retiro.

-Se desarrollan algunos proyectos de integración laboral de la mano de los fondos Horizon provenientes de la Unión Europea (1993-1994).

Se contaba con el apoyo de estos recursos, todos ellos situados en Madrid ciudad, con las dificultades que conllevaba la distancia para que los usuarios acudieran y para desarrollar el trabajo en red.

Los ingresos de los usuarios de Alcalá de Henares se realizaban en el Hospital Psiquiátrico Alonso Vega Situado a 60 km. de Alcalá de Henares (hoy Hospital Dr. Rodríguez Lafora). La unidad de hospitalización breve del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (en adelante HUPA) en Alcalá, se abre en 1998.

En este contexto se desarrolla el germen de trabajo para consolidar la reforma psiquiátrica y es también en este contexto donde fueron atendidas las personas a las que hace referencia este estudio.

Beneficios de la red comunitaria frente a la institucional

Hace ya bastantes décadas se publican algunos artículos que comentaban la posibilidad de trabajar aspectos psicosociales fuera de la red institucional para mejorar la calidad de vida de las personas con TMG¹⁰.

En un reciente estudio³ se realizó una encuesta anónima sobre las necesidades o sugerencias sobre diferentes áreas de los usuarios de salud mental y sus familias, las dimensiones personales y sociales de la enfermedad, el tratamiento médico y psicoterapéutico, la rehabilitación psicosocial o la ayuda recibida de los profesionales. La necesidad más importante evaluada por los participantes fue el apoyo emocional (amistades, pareja, familia), lo que refuerza la idea de trabajar desde un modelo de atención comunitario. Por otra parte, tanto usuarios como familiares insistieron en la importancia de tener libertad para tomar decisiones importantes en la vida y la influencia de este hecho en su calidad de vida.

Eficacia de la rehabilitación psicosocial

Actualmente, en la Comunidad de Madrid se cuenta con Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, Miniresidencias, etc., pero existe gran dificultad para evaluar el programa de rehabilitación diseñado.

Señalan González Cases y cols.¹¹ que son muchos los estudios que avalan y recomiendan la rehabilitación psicosocial en su conjunto como una de las alternativas de intervención para el trastorno mental grave, si bien existen limitaciones a la hora de obtener resultados concretos acerca de qué es lo que funciona.

El desarrollo de la rehabilitación psicosocial ha llevado asociado la implementación de diferentes modelos. Existen dificultades a la hora de evaluar la eficacia general de la rehabilitación psicosocial dada la inexistencia de un único modelo y marco teórico, así como de diferencias metodológicas sustanciales entre ellos y gran variabilidad en su aplicación en función de los territorios, tanto dentro como fuera del país¹².

A pesar de los escasos estudios realizados en España podemos mencionar algunos que avalan la eficacia de la rehabilitación psicosocial en nuestro país como Navarro, García-Heras, Carrasco y Casas¹³, que han obtenido relación entre la puntuación en calidad de vida y variables como el apoyo social ofrecido por un programa de integración social y apoyo comunitario (Fundación FISLEM, Castilla La Mancha), el deterioro psicosocial y la situación sociolaboral. Por su parte, González-Cases y cols.¹¹ han realizado una investigación acerca de la efectividad de los CRPS en la Comunidad de Madrid, obteniendo una mejora en calidad de vida, funcionamiento psicosocial y discapacidad en las personas evaluadas que son atendidas en estos recursos. Parece que esa mejoría es más pronunciada en los primeros cinco a ocho años de intervención y es mayor en mujeres que en hombres.

Objetivos

En el presente trabajo se contemplan dos objetivos: averiguar y describir la integración comunitaria actual de las personas atendidas en el CRPS de Alcalá de Henares durante los 10 primeros años de funcionamiento (de mayo 1989 a abril de 1999) y analizar si las personas que fueron dadas de alta del CRPS por cumplimiento de objetivos tienen un funcionamiento comunitario y un uso de recursos sanitarios diferentes a las personas que causaron baja del CRPS y, por tanto, no cumplieron sus objetivos de rehabilitación. En resumen, se pretende observar si las mejorías obtenidas por las personas tras su paso por el CRPS se mantienen pasados 20 años o más o estos resultados se diluyen con el tiempo.

2. MÉTODO

Diseño. Se presenta un estudio transversal observacional retrospectivo.

Instrumentos. Para el estudio se diseña un registro en el que se incluyen variables socio-demográficas y clínicas, obtenidas estas últimas, a través del registro del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Paralelamente, se realiza una entrevista ad hoc que recoge datos sociales y clínicos, el uso de recursos, así como valoraciones subjetivas de los encuestados respecto al Centro de Rehabilitación (si le ha servido de ayuda, si le fue útil, etc.), y por otro lado, una valoración personal y general sobre su vida en la actualidad.

Método. Para llevar a cabo dicho estudio, se realizaron entrevistas, bien presenciales o telefónicas, con los usuarios o sus familiares. Se consultaron los registros de las historias clínicas de los participantes para determinar el uso de la urgencia hospitalaria, los ingresos psiquiátricos, los cambios de diagnóstico y otros datos clínicos. Se confecciona un listado de las personas del distrito de Alcalá de Henares atendidas durante los 10 primeros años de funcionamiento (1989-1999). De este listado inicial (186 personas) son excluidas las personas que recibieron menos de dos años de intervención (42 personas) en el CRPS, al considerar que una intervención en rehabilitación psicosocial menor de dos años difícilmente iba a producir cambios perdurables en las personas. De los 144 sujetos restantes se incluyeron en el estudio a 70 personas a las que se pudo pasar la encuesta. El resto no la cumplimentaron por diversos motivos (fallecimiento, rechazo, no localizado, etc.) que se especifican más adelante.

Muestra. La muestra fue seleccionada con los siguientes criterios:

-Criterio de inclusión: todas las personas con trastorno mental grave del distrito sanitario de Alcalá de Henares que accedieron al CRPS entre el 1 mayo de 1989 y el 30 de abril de 1999).

-Criterios de exclusión: haber recibido menos de dos años de intervención en el CRPS.

De las 144 personas del distrito sanitario de Alcalá de Henares atendidas durante al menos 24 meses en el CRPS durante los 10 primeros años de funcionamiento del dispositivo (1 de Mayo de 1989 al 30 de abril de 1999), se aplicó la encuesta a 70 sujetos.

La edad media de estas personas cuando ingresaron en el CRPS era de 32,17 años (SD=9,81) (máximo: 57 años; mínimo: 17 años). En la actualidad, 2019, su media de edad es de 55,02 años (SD=10,33)¹.

Las 74 personas a las que no se les pudo pasar la encuesta se distribuyen de la siguiente forma: fallecidas 37 personas, no localizadas fueron 18, rechazaron participar 12 personas y continuaban en la actualidad en atención en el CRPS 7 personas (dos de ellas ininterrumpidamente y el resto han sido reingresos en el Centro tras una alta o un abandono).

Las principales características sociodemográficas y clínicas de las 70 personas entrevistadas y que finalmente configuran el estudio se muestran en la tabla 1.

Tabla1. Datos sociodemográficos y clínicos

	N (%)
Sexo	Hombre 49 (70)
	Mujer 21 (30)
Convivencia	Solo 15 (21.4)
	Pareja 9 (12.8)
	Padres 27 (38.5)
	Otros familiares 9 (12.8)
	Miniresidencia 3 (4.2)
	Piso Supervisado 2 (2.8)
	Larga estancia 2 (2.8)
Otros (Hostal, habitación) 3 (4.2)	
Estudios	Analfabeto 1 (1.4)
	Sin estudio (lee y escribe) 0
	Educación especial 0
	Enseñanza primaria. E.G.B. (1ª etapa): 6º de EGB 28 (40.0)
	Bachiller elemental, E.G.B. (2ª etapa): 8º de EGB, ESO. 14 (20.0)
	Bachiller superior, BUP, COU, Bachillerato 16 (22.8)
	F.P. 1º grado. 4 (5.7)
	F.P. 2º Ciclo de grado medio. 2 (2.8)
	3º grado. Ciclo de grado superior. 2 (2.8)
	Título de graduado medio universitario 1 (1.4)
	Título de graduado superior universitario 0
Otros 2 (2.8)	
Diagnóstico	Esquizofrenia 47 (67.1)
	Trastorno bipolar 0
	Trastornos delirante 0
	Otras psicosis 3 (4.2)
	Trastornos de personalidad 15 (21.4)
	Trastornos de ansiedad o del estado de ánimo 2 (2.8)
	Otros (especificar): 3 (4.2)

La duración del trastorno psiquiátrico es de 367 meses (SD=78,7). Máximo de 628 y mínimo de 225 meses. Esto supone de media unos 30 años de evolución.

Análisis estadístico. Para las variables cualitativas se aportan número y porcentaje. Las variables cuantitativas son analizadas con la media, desviación estándar, puntuación máxima y mínima. La normalidad se determina con la prueba Kolmogorov-Smirnov. Las medias se comparan con la prueba T para muestras independientes y con las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y el test H de Kruskal-Wallis. La significación estadística se establece en p<0.05 y p<0.01. Los datos recogidos se procesaron utilizando la versión 18.0.0 del paquete estadístico SPSS

3. RESULTADOS

Se presentan datos de los 70 entrevistados sobre su trabajo, convivencia actual, relaciones de amistad, apoyos familiares, causa de la salida del centro, uso de recursos específicos de atención en régimen diurno, uso de recursos comunitarios en el último año y desde su salida del CRPS, uso de recursos educativos en el último año y desde su salida, y asistencia a Centro de Salud Mental. Estos datos se encuentran desglosados en la Tabla 2 en función de si la salida del usuario fue por situación de alta, baja o abandono. Se entiende salida por "alta" cuando la persona ha cumplido sus objetivos individualizados de rehabilitación, salida por "abandono" cuando el usuario decide abandonar voluntariamente el proceso de rehabilitación sin haber alcanzado los objetivos propuestos y salida por "baja" cuando el usuario deja el servicio por otra razón (traslado de domicilio, fallecimiento...). En las columnas se representan las variables, los parámetros estudiados, el número de personas, el porcentaje frente al total, el desglose de cada grupo en altas y bajas/abandonos y la "p" resultante de comparar los datos del grupo de personas dadas de "alta" con el grupo de personas de "baja" y "abandono". En filas se representan las diferentes variables del estudio.

Tabla 2: Resultados en función del tipo de salida del CRPS

	n	%	ALTAS	RESTO (abandono+baja)	p
Sexo	Hombre	49 (70)	39 (69.6)	10 (71.4)	0.89
	Mujer	21 (30)	17 (30.3)	4 (28.5)	
Convivencia	Solo	15 (21.4)	13 (23.2)	2 (14.2)	0.251
	Pareja	9 (12.8)	3 (5.3)	6 (42.8)	
	Padres	27 (38.5)	24 (42.8)	3 (21.4)	
	Otros familiares	9 (12.8)	7 (12.5)	2 (14.2)	
	Miniresidencia	3 (4.2)	2 (3.57)	1 (7.1)	
	Piso Supervisado	2 (2.8)	2 (3.57)	0	
	Larga estancia	2 (2.8)	2 (3.57)	0	
Otros (Hostal, habitación)	3 (4.2)	3 (5.3)	0		
Trabajo	Si	9 (12.8)	9 (16.0)	0	0.057
	No	58 (82.8)	44 (78.5)	14 (100)	
	Marginal	3 (4.2)	3 (5.3)	0	

¹Nótese que la edad actual no se corresponde a la edad media al entrar en el CRPS más 20-30 años ya
²En larga estancia viven 5 personas de las que se pudieron entrevistar a 2

Recurso especif. diurno	No	47 (67.1)	37 (66.0)	10 (71.4)	0.888
	CD	18 (25.7)	15 (26.7)	3 (21.4)	
	EASC	4 (5.7)	3 (5.3)	1 (7.1)	
	CRL	1 (1.4)	1 (1.7)	0	
En S.M.	Si	56 (80.0)	43 (76.7)	13 (92.8)	0.460
	No	12 (17.1)	11 (19.6)	1 (7.1)	
	Sin datos	2 (2.8)	2 (3.57)	0	
Cambio diagnóstico	Si (6 han cambiado a Dx más "leve" y 1 a más "grave")	7 (10)	5 (8.9)	2 (14.2) (más leve)	0.621
	No (ninguno con dx franco de psicosis)	63 (90)	51 (91.0)	12 (85.7)	
Uso recursos último año	Si	30 (42.8)	25 (44.8)	5 (35.7)	1.0
	No	32 (45.7)	24 (42.8)	8 (57.1)	
	Desconocido	8 (11.4)	7 (12.5)	1 (7.1)	
Uso recursos desde salida CRPS	Si	27 (38.5)	23 (41.0)	4 (28.5)	0.713
	No	27 (38.5)	21 (37.5)	6 (42.8)	
Amigos	Si (media=3.69)	45 (64.2)	38 (67.8)	7 (50)	0.223
	No	24 (34.2)	17 (30.39)	7 (50)	
	Desconocido	1 (1.4)	1 (1.7)	0	
Familiares "apoyadores"	Si (media=2.57)	61 (87.1)	47 (83.9)	14 (100)	0.548
	No	7 (10)	7 (12.5)	0	
	Desconocido	2 (2.8)	2 (3.57)	0	

Un 80% (n=56) de los entrevistados fueron dados de alta por cumplimiento de objetivos. Abandonaron el recurso por decisión propia un 12,8% (n=9), siendo un 7,1% (n=5) el dato de personas dadas de baja del recurso: una por traslado a unidad de larga estancia, 2 por cambio de domicilio y 2 por traslado a otros recursos.

Reingresos al CRPS:

Hay 7 personas en atención actualmente que entraron al CRPS durante el periodo del estudio. Estas personas no fueron entrevistadas porque siguen en el CRPS (y el estudio solo hace referencia a las salidas de los usuarios en los 10 años del estudio), aunque en algún momento de su proceso de rehabilitación salieron y volvieron a reingresar. La tabla 3 muestra el tiempo de permanencia en el CRPS, el tiempo transcurrido fuera después de alta o abandono y el número de reingresos de las personas que permanecen en atención desde la apertura del Centro hasta el momento del estudio.

Tabla 3. Personas que permanecen en atención desde la apertura del Centro hasta el momento del estudio.

Nº personas	Reingresos	Tiempo de permanencia en el CRPS	Tiempo transcurrido hasta el reingreso
2 personas se mantienen desde la entrada	0	21 años y 3 meses	-
2 personas salieron de alta	1	7 años y 2 meses	11 años y 10 meses
2 personas salieron por abandono	1	1 año y 9 meses	17 años y 3 meses
1 persona salió por abandono	1ª vez	2 años	2 años y 1 mes
	2ª vez	2 años y 8 meses	2 años y 8 meses
	3ª vez	10 días	9 años y 3 meses
Media = 4 años y 8 meses			

Uso del Hospital Universitario Príncipe de Asturias-HUPA:

Se recogen datos sobre el uso del HUPA por parte de los 70 entrevistados durante el último año previo a la entrevista, reflejados en la Tabla 4. Cabe destacar que 2 personas, que se han entrevistado, no tienen datos a este respecto. Se detalla si es una urgencia o ingreso en la unidad de hospitalización breve de psiquiatría. Se especifica en las dos situaciones el número de personas que lo han utilizado y el porcentaje que representan en el total, la media de uso, la desviación estándar y el máximo y mínimo, número de veces que se ha usado; desglosándose entre altas y bajas/abandonos.

Tabla 4. Uso del Hospital-HUPA en el último año

Urgencia Ingreso	Total		Alta		Baja/Abandono		p	
	n	%	n	Nº de veces usado	n	Nº de veces usado		
Urgencia	7	10	6	2.1	0.90	1; 7	1; 2	0.230
Ingreso	4	5.7	3	2.3	0.83	1; 5	1; 0	0.408

Valoración de los entrevistados sobre el CRPS:

Los entrevistados han respondido a 5 preguntas con el fin de conocer su opinión sobre la atención prestada por parte del Centro (satisfacción, ayuda, utilidad y duración de la estancia) y respecto a su vida en general. Las respuestas se evaluaron de 1 a 10. Los resultados se muestran en las tablas 5 y 6. En la tabla 5 se muestra la pregunta realizada a los entrevistados sobre la satisfacción en referencia a la duración de la estancia en el CRPS. Como posibles respuestas se dio a elegir entre demasiado tiempo, el tiempo justo o poco tiempo. Se muestra también el porcentaje de personas de cada respuesta.

Tabla 5. Resultados satisfacción con el tiempo de estancia en el CRPS

	Respuesta	% de personas	ALTA S	RESTO	P
¿Está satisfecho con el tiempo que ha estado en el CRPS? (duración de la estancia)	Demasiado tiempo	10.7%	9.2%	16.6%	0.349
	Tiempo justo	67.6%	72.2%	50%	
	Poco Tiempo	21.5%	18.5%	33.3%	

En la tabla 6 se muestran las cuatro preguntas realizadas a los entrevistados sobre la atención prestada por el CRPS en su momento y su vida actual. Se muestra para cada pregunta la media y desviación estándar de la puntuación que

se obtuvo del 1 al 10 (siendo 1 poco satisfecho o poco útil y siendo 10 muy satisfecho o muy útil).

Tabla 6. Resultados satisfacción sobre la atención prestada por el CRPS en su momento y sobre su vida actual.

	Media	SD	ALTAS Media (SD)	RESTO Media (SD)	P
¿Está satisfecho de haber ido al CRPS en su momento?	8.42	2.08	8.67 (1.76)	7.34 (2.84)	0.057
¿Le ha ayudado el CRPS?	8.04	2.38	8.30 (2.27)	6.69 (2.52)	0.011*
¿Le ha sido útil el CRPS?	7.94	2.37	8.2 (2.29)	6.71 (2.43)	0.015*
¿Cómo se siente con respecto a su vida en general?	7.58	2.45	7.55 (2.47)	7.75 (2.35)	0.885

4. DISCUSIÓN

Discusión: Se observa una razonable inclusión de usuarios en el estudio. Sólo el 12,5% de las personas no pudieron ser localizadas y ha de tenerse en cuenta que se estaba rastreando a usuarios que dejaron el CRPS hace 20 ó 30 años. Sólo no quisieron responder a la encuesta el 8,3% de las personas contactadas. Quizás, sería interesante poder analizar las razones por las que denegaron su participación, pero este interés excede el propósito de este estudio. Llama poderosamente la atención que de todas las personas atendidas durante esa primera década de funcionamiento del CRPS, una cuarta parte (37 personas) han fallecido y sorprende el dato porque se puede intuir que el fallecimiento no sería por causas naturales ya que la media de edad al entrar en el centro fue de 32 años, por lo que a fecha actual tendrían en torno a los 60 años. Se ha notificado el suicidio como causa de la muerte en 10 de los 37 fallecidos (27,02% de los fallecimientos). Éste también podría ser un interesante tema para estudios posteriores.

Uno de los resultados más destacables es que, de todas las personas entrevistadas, sólo el 2,58% vive en una unidad psiquiátrica de larga estancia y el 7% en un recurso residencial comunitario. El resto, el 90%, ha conseguido mantenerse en la comunidad, dato acorde con las investigaciones que confirman que las personas con trastorno mental grave pueden mantenerse en la comunidad de forma autónoma o con los apoyos que necesite. Así, un tercio de las personas estudiadas requieren algún tipo de recurso específico de soporte o rehabilitación (Centro de día, Equipo de Apoyo Social Comunitario, etc.). También destacar que sólo el 12% vive con su pareja y casi el 40% sigue viviendo con los padres.

La gran mayoría de las personas continúan, tras más de dos décadas, la atención en los Centros de Salud Mental aunque aparece un 17,1% de usuarios que ya no están en atención en la red de Salud Mental. En todas estas décadas sólo a uno de cada diez usuarios se le ha modificado el diagnóstico que tenía en los años 90. Eso sí, en 6 de los 7 casos el cambio ha sido hacia un diagnóstico, en principio, más "leve". Parece que la etiqueta diagnóstica es una variable de difícil modificación en los servicios de salud mental.

El uso de la urgencia psiquiátrica no parece muy elevado ya que en la actualidad, medida sobre los doce meses previos a la entrevista, solo la han necesitado uno de cada diez personas, con una media de 2,1 visitas a la urgencia en este último año. Solo han necesitado hospitalización psiquiátrica breve cuatro personas, lo que representa el 5,7% de la

muestra.

En el ámbito psicosocial, las personas entrevistadas no sólo viven en su mayoría en la comunidad, sino que también utilizan recursos comunitarios de su entorno, en concreto el 42,8%, posiblemente en una proporción si no mayor, al menos parecida a la que podría observarse en población sin TMG. Dos de cada tres personas manifiestan que tiene amigos y de media consideran que tienen unos tres amigos. Los familiares cercanos o "apoyadores" están presentes en nueve de cada diez personas encuestadas. El uso de recursos comunitarios y la existencia de cierta red social, fundamentalmente compuesta de amigos y familiares, parece indicar un grado de integración social aceptable. Estos datos no deberían ocultar la realidad de algunas personas con TMG que, aún con la red de recursos existentes, presentan un alto grado de aislamiento social.

Llama también la atención que sólo trabaje el 12,8% de las personas entrevistadas, lo que viene a confirmar que en épocas con mercados laborales muy competitivos e inestables, las personas con TMG presentan dificultades añadidas para la incorporación al mundo laboral.

Respecto a la valoración que hacen de su estancia en el centro, parece que los datos indican que el proceso de rehabilitación que estas personas vivieron tuvo una duración adecuada, aunque para un 21,5% de ellos duró poco tiempo y para un 10% duró en exceso. Es decir, unos experimentaron el proceso de rehabilitación en el CRPS como demasiado corto y otros como demasiado largo, aunque la mayoría lo valoran con una duración adecuada. Se valora con una puntuación media de 8, en una escala de 1 a 10, la satisfacción con haber sido atendido en el CRPS. Puntuaciones similares se obtuvieron en la valoración de la utilidad y de la ayuda recibida por parte del Centro. De todas, la comparación de datos en el desglose de personas dadas de alta y personas que causaron baja/abandono sólo aparecen diferencias significativas entre ambos grupos en la percepción de la ayuda y utilidad del CRPS. Así, las personas que salieron del centro en la modalidad de "alta" tienen una satisfacción mayor con la ayuda y la utilidad percibida del Centro que las personas que dejaron el centro por "abandono" o "baja".

Como última valoración global se pedía a los entrevistados que puntuasen de 1 a 10 cómo se sentían en la actualidad con su vida en general. La media se situó en 7,58, de lo que se podría inferir que están bastante satisfechos con su vida a pesar de sufrir, desde hace ya décadas, un trastorno mental grave.

Conclusiones:

Con todas las limitaciones que posteriormente se comentarán se podría aventurar:

- que las personas con un trastorno mental grave pueden vivir en la comunidad con una razonable calidad de vida y satisfacción general con su vida
- que lo anterior no sería posible, o sería mucho menos probable, si no se contase en el territorio con una red pública de atención a los problemas de salud mental, especialmente para las personas con TMG. Red que debe ser diversa en cuanto es necesario que atienda a las diferentes y variables necesidades del colectivo, que debe apostar por un enfoque comunitario y que debe sustentar su actuación sobre un trabajo coordinado y complementario entre los diferentes nodos que la con-

forman

-que el Centro de Rehabilitación Psicosocial puede jugar un papel importante en la atención a las personas con TMG y que éstas valoran positivamente su participación en el CRPS

-que para mantenerse en la comunidad, algunas personas con TMG van a necesitar recursos específicos durante un tiempo considerable

-que aunque existen diferencias en los resultados a favor de las personas dadas de alta respecto a las personas que han abandonado el centro o han sido bajas por otros motivos (eso sí, al menos con dos años de intervención en rehabilitación), estas diferencias no han sido significativas excepto en la valoración de la satisfacción con la ayuda y la utilidad del centro.

Limitaciones. El estudio presenta alguna limitación en cuanto a la encuesta utilizada (algunos ítems fueron eliminados del análisis porque daban lugar a diferentes interpretaciones en las respuestas), el método de aplicación (en algunos casos hubo que aplicar la encuesta de forma telefónica y en otros presencial), la fiabilidad de algunos datos (por ejemplo, algunas personas pudieron haber tenido ingresos psiquiátricos en el último año en hospitales privados) y la pérdida de casos por no haber podido ser localizados o por no querer participar. Estas limitaciones pueden matizar algunos de los datos presentados pero se considera que las conclusiones aportadas son coherentes con los resultados obtenidos.

Propuestas futuras. Algunas líneas de investigación se pueden avanzar como resultado de este estudio; por ejemplo: analizar la alta tasa de fallecimientos que se ha encontrado en el rastreo de casos, ampliar el periodo de estudio más allá de los diez años y diseñar un estudio prospectivo sobre los beneficios obtenidos tras un proceso de rehabilitación y su mantenimiento en el tiempo.

Declaración de intereses. Ninguno de los autores tienen ningún interés comercial o asociativo que presente un conflicto de intereses con el trabajo presentado, ni se ha recibido financiación para este estudio.

