

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

**EVALUACION DE UN PROGRAMA DE
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL PARA PERSONAS
CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA EN LA
COMUNIDAD.**

**EVALUATION OF A PSYCHOSOCIAL
REHABILITATION PROGRAMM FOR PERSONS WITH
CHRONIC MENTALL ILLNESS IN THE COMMUNITY**

Daniel Navarro Bayón. (Psicólogo. Jefe del Área de Programas de Rehabilitación Psicosocial de la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental F.I.S.L.E.M).

Olga Carrasco Ramírez. (Psicóloga. Coordinadora del Programa de CRPSL de F.I.S.L.E.M).

Dirigir correspondencia a:

Daniel Navarro Bayón. Avda. de Madrid, 14. 1º C-D. 45003 Toledo.

ASMR Revista Internacional On-Line – Dep. Leg. BI-2824-01 – ISSN 1579-3516 1
CORE Academic, Instituto de Psicoterapia, Manuel Allende 19, 48010 Bilbao (España)
Copyright © 2007

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

690 600 184 925 28 10 80

dnavarro@jccm.es.

RESUMEN

En el presente estudio se pretende evaluar el impacto de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) orientados a personas con enfermedad mental crónica implantados en la Comunidad de Castilla-La Mancha. Entre el 2003 y 2006, un total de 2.127 pacientes con enfermedad mental crónica atendidos en los CRPSL fueron evaluados en: reingresos psiquiátricos, integración social, integración laboral y satisfacción con la atención. El 49% acceden a recursos comunitarios, el 83% participa activamente en la comunidad, el 20% consigue integración laboral, el 92% no tienen ingresos psiquiátricos, la tasa de reingresos se reduce un 56% el primer año de intervención y llega a un 67% el segundo año de intervención, la satisfacción con la atención es óptima tanto para los usuarios como para las familias. Los datos sugieren la importancia de implantar programas de rehabilitación psicosocial en la comunidad.

PALABRAS CLAVE

Evaluación de programas, rehabilitación psicosocial, enfermedad mental crónica.

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

SUMMARY

The purpose of this study is to determine the impact of a community rehabilitation program for persons with persistent mental illness in Castilla-La Mancha (Spain). 2.127 patients were evaluated during the years 2003 and 2006 in: rates of hospital utilization, social functioning, employment and satisfaction. 49% entry to community resources, 83% have an acceptable social participation, 20% access to employment, 92% didn't have readmission to hospital, a reduction of 56% in the number of admissions in hospital was found in the first year of intervention, and 67% the second year, the patients and families reported and high rate of satisfaction with the services. The results suggest the importance of implementing psychosocial rehabilitation programmes in the community mental health models.

KEY WORDS

Program assessment, psychosocial rehabilitation, mental illness

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

INTRODUCCIÓN

Las políticas sanitarias de los países desarrollados han fomentado la asistencia en la comunidad de los enfermos mentales más graves (los denominados *crónicos*) eliminando el modelo del gran hospital psiquiátrico. Esto ha traído como consecuencia la importancia de desarrollar dispositivos comunitarios específicos que sustituyan al antiguo estilo de atención.

La falta de recursos especializados para la cronicidad que vayan enfocados a la rehabilitación psicosocial de los déficit originados por la enfermedad, puede derivar en alteraciones de salud general, mayor número de recaídas, pérdida de independencia y autonomía para el funcionamiento social, conflictos psicosociales y en definitiva, pérdida de la calidad de vida.

En los últimos años, se han dedicado muchos esfuerzos al desarrollo de programas y recursos de rehabilitación psicosocial, laboral y atención residencial. Esto supone un reto para cualquier país ya que constituye un importante gasto económico así como un cambio en los estilos de atención a las personas con enfermedad mental.

En Castilla-La Mancha, los programas y dispositivos de rehabilitación psicosocial se desarrollan y organizan a través de la Fundación Sociosanitaria para la Integración Socio-Laboral del enfermo Mental (FISLEM), que integra toda la red pública de recursos de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de la comunidad. Las estimaciones que hicimos en Castilla-La Mancha respecto a las necesidades específicas de la población de enfermos mentales graves revelaron que los dispositivos específicos existentes anteriores al año 2000 eran insuficientes, por lo que a partir de los

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial
últimos planes de la administración los recursos han ido creciendo de forma importante, alcanzando unas ratios aceptables para el conjunto del panorama nacional (ver tabla 1).

Ver tabla 1

Es indudable que la comunidad ha realizado un gran avance en la atención en salud mental en especial tras la creación de la Fundación FISLEM, que se ha constituido en un elemento clave para el impulso de la atención comunitaria a los enfermos mentales crónicos de Castilla-La Mancha.

Los CRPSL constituyen el programa comunitario de rehabilitación más importante en Castilla.-La Mancha en cuanto a su volumen y cobertura. Dicho programa cuenta con 19 centros en el 2006 y llegará hasta 20 en el 2007, que dan atención a más de 1.000 personas con enfermedad mental, y cuenta con un equipo de más de 150 profesionales dedicado a la evaluación y el tratamiento de estos usuarios.

Entre los años 2000 y 2006, se han implantado 19 Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral así como reconstruido y profesionalizado los antiguos talleres y dispositivos ocupacionales que existían de forma dispersa en la comunidad.

La literatura sobre dispositivos de rehabilitación psicosocial arroja evidencias de eficacia en la reducción de la morbilidad clínica y la mejora funcional de los pacientes (1-8). También han proliferado los estudios sobre satisfacción y calidad es este tipo de recursos (9,10). Paralelamente se han desarrollado manuales y guías clínicas acerca de la atención al Trastorno Mental Severo (11-15). Todos estos hechos han reforzado el desarrollo de centros de rehabilitación psicosocial para el manejo rutinario de las personas con una enfermedad mental grave en la comunidad.

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

Sin embargo, las publicaciones sobre la evaluación de programas comunitarios son escasas, aún cuando el énfasis de los programas de rehabilitación está en que los objetivos puedan ser evaluados. Entre los objetivos clave de estos programas están el incremento de la participación e integración comunitaria, así como la reducción de la severidad de la psicopatología. Es necesario encontrar unos indicadores que reflejen los cambios que se producen en el usuario mediante los programas de rehabilitación.

El objetivo del estudio de este trabajo es evaluar mediante indicadores descriptivos de los CRPSL una serie de medidas relativas a la mejora psicopatológica, el funcionamiento social y la satisfacción con la atención de los pacientes atendidos en dichos centros durante los últimos 4 años.

MÉTODO

Sujetos

Un total de 2.127 usuarios derivados a los CRPSL de Castilla-La Mancha durante los años 2003, 2004, 2005 y 2006 fueron evaluados en indicadores de calidad. La muestra se seleccionó según un único criterio: usuarios derivados y atendidos en los CRPSL. No se aplicaron criterios específicos de exclusión como tener buena adherencia al tratamiento, continuidad en los programas o diagnósticos específicos. De esta manera se incluyen pacientes con diversas patologías mentales y con distintos deterioros asociados. Tampoco se excluye la movilidad de usuarios, por motivo de altas, bajas o abandonos. De esta forma se tuvieron en cuenta todos los pacientes que entraron en la

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial
atención en los centros durante los últimos 4 años, permitiendo que la muestra estudiada sea representativa de los casos típicos atendidos por el programa.

Los centros que participaron fueron 19. Estaban localizados en todas las provincias de Castilla-La Mancha (Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Toledo y Albacete).

Medidas

Las medidas recogidas en este artículo se basan en los datos recogidos a través de una ficha de indicadores anuales, que se cumplimenta por cada centro de forma sistemática al finalizar cada año. Debido a la novedad en la implantación de este tipo de recurso en la comunidad, se optó por emplear una metodología amplia en la evaluación, que respondiera a varios objetivos como son: la evaluación de la cobertura de atención de cada centro, el proceso de atención, sus actividades y los resultados obtenidos. Después de realizar varias propuestas y discutirlos con los equipos se construyó un cuadernillo que recogiera los criterios perseguidos y fuera de rápida cumplimentación. Se elaboraron indicadores de evaluación que permitieran establecer de forma objetiva el impacto de las intervenciones en los usuarios. Se buscó que la evaluación representara los propios objetivos de las intervenciones: conseguir el mayor nivel de autonomía y calidad de vida posible y fomentar la integración y participación social.

Por ello, se elaboró una batería de evaluación que incluye una combinación de instrumentos como, cuestionarios, registros directos y análisis sistemáticos de datos de las memorias anuales de cada centro. Las evaluaciones se hicieron en cada centro al finalizar el año. Las medidas incluyen la evaluación de varios apartados (ver anexo): 1) datos de atención; 2) perfil de la población atendida; 3) proceso de atención; 4) datos de

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial
coordinación externa; 5) resultados de la intervención clínicos y sociales: integración social, integración laboral, reingresos psiquiátricos; 6) satisfacción con la atención de usuarios y familias.

Para evaluar la satisfacción con la atención recibida se utilizó el “Cuestionario de Satisfacción Global” de Alicia López (1994), que ha sido diseñado para su aplicación a la población de enfermos mentales crónicos atendidos en centros de rehabilitación psicosocial. Se utilizó la versión de usuarios y familiares. Consta de una escala Likert de 6 puntos que mide el nivel de satisfacción (muy insatisfecho – muy satisfecho). El cuestionario también permite obtener 4 factores de satisfacción: 1) con los profesionales; 2) con las actividades; c) con las condiciones físicas del centro; 3) satisfacción general.

PROCEDIMIENTO

Modalidad de atención

La atención de los usuarios se llevó a cabo en los CRPSL de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Los centros prestan atención a personas con enfermedad mental grave y crónica, desarrollando programas individualizados de rehabilitación e integración social y laboral desde una perspectiva comunitaria. Las principales actividades que se desarrollan son: entrenamiento en habilidades para la vida independiente, adquisición de hábitos saludables, control y manejo de la enfermedad, facilitación del desempeño de roles en la comunidad, atención familiar mediante

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial
psicoeducación y entrenamiento de estrategias, adquisición de hábitos ocupacionales y
laborales, actividades de apoyo y soporte social.

Procedimiento

En cada centro hay un equipo multidisciplinar compuesto por psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, técnicos de inserción social y laboral, y monitores-educadores, encargados de la atención al usuario, con funciones asignadas según el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR). Todas las intervenciones con los usuarios están supervisadas en su diseño y desarrollo por un psicólogo-coordinador del equipo. Cada usuario tiene asignado un responsable-tutor del caso que se encarga de supervisar el cumplimiento de los objetivos del PIR diseñado según sus necesidades.

La recogida de medidas directas se realizó mediante registros sistemáticos y continuados por parte del profesional encargado del seguimiento de cada usuario. Se estableció un consenso acerca del modo estandarizado de recogida de las medidas. Para hacer más fiables y válidos los resultados un profesional con amplia experiencia en rehabilitación psicosocial revisó las medidas recogidas por los centros mediante reuniones y visitas a cada uno de ellos.

Para pasar el cuestionario de satisfacción a las familias se citó solo a un familiar por cada paciente, fundamentalmente al que pasara más tiempo con él/ella.

Los datos fueron analizados mediante la distribución porcentual de la muestra en las medidas descriptivas y el cálculo de las medias obtenidas en el cuestionario de satisfacción. De este modo se exponen estadísticas descriptivas para cada medida en cada año. Se ha optado por no aplicar otros modelos estadísticos más complejos como

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial
son análisis de asociación o comparación de variables, ya que el estudio pretende abarcar la totalidad de los usuarios que han sido atendidos por el dispositivo CRPSL de F.I.S.L.E.M durante cuatro años de una manera eminentemente descriptiva y que sirva como primer paso para futuras investigaciones.

RESULTADOS

Entre 2003 y 2006 fueron atendidos un total de 2.127 usuarios en los CRPSL. En las tablas 2 y 3 se resumen las características básicas del grupo de usuarios evaluados.

Ver tablas 2 y 3

Los datos relativos al perfil de la muestra se presentan en las tablas 2 y 3. Se han extraído sobre los usuarios que han estado en atención en el 2006, que representa el 70% del total de atendidos entre los años 2003 y 2006. Se ha optado por extraer únicamente los datos del perfil de atendidos durante el año 2006 debido a que en ellos están incluidos la totalidad de las personas atendidas en ese año, así como los datos actualizados de los que continúan en atención desde el 2003. Además, representan una distribución equilibrada entre las distintas provincias, así como un tamaño muestral razonable para verificar la representatividad de la muestra.

En cuanto a los diagnósticos, el 70% padece algún tipo de trastorno psicótico, en su mayoría esquizofrenia, llegando a un 30% los que presentan otros trastornos psicopatológicos. Cabe mencionar la preponderancia de los cuadros psicóticos tendentes a la cronicidad, como era de esperar en un programa de estas características. Sin embargo no nos parece desdeñable el porcentaje de otros trastornos que llega a superar

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

las 420 personas incluidas en el programa, y que en los últimos años ha ido incrementándose. Aunque el debate acerca de los perfiles de inclusión en los recursos de rehabilitación psicosocial y laboral basándose en el diagnóstico sigue abierto, si parece razonable acotar la inclusión de otros trastornos no psicóticos como son especialmente algunos trastornos de la personalidad, debido a la falta de adaptabilidad a este tipo de recursos de rehabilitación (voluntariedad, implicación activa del usuario en su proceso, conductas problema, etc.) Sin embargo, en la primera fase de implantación de un programa de centros de rehabilitación en una comunidad carente de recursos especializados durante años, hemos optado por la flexibilidad en la inclusión de casos “no puros” debido a 2 criterios principales: a) la de integrarnos en la red de atención específica de salud mental con rapidez y b) la de tratar de dar una respuesta complementaria a casos que sin tener claro su pronóstico en el recurso precisaban de algo más que el tradicional tratamiento farmacológico que venían recibiendo hasta este momento.

Otro dato de interés son los años de evolución del trastorno (más de 10 años en el 65% de los casos) en relación con la edad media (39 años) y con el número de ingresos psiquiátricos. Esta relación refleja el perfil predominante de una persona que debuta en la enfermedad mental a una edad joven (sobre los 24 años) y sufre varios ingresos psiquiátricos como consecuencia de descompensaciones, con la consiguiente ruptura de su trayectoria vital y pérdida de habilidades para manejarse en el desempeño de roles socialmente valiosos y normalizados (en la tabla 3 predominan la minusvalías, la dependencia familiar para la convivencia, el deterioro laboral y la pobreza académica).

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

El perfil general que arrojan las tablas 2 y 3 es el de un varón (67%) entre 30 y 39 años, soltero (82,5%), que vive en el domicilio familiar (73%), con estudios elementales (51,3%), sin profesión actual (88%), con ingresos provenientes de pensiones no contributivas (51,4%) o contributivas por incapacidad (27%), con minusvalía de más de 65% (71,6%), diagnosticado de esquizofrenia, con una duración media de la enfermedad de 14 años y con una historia de entre 1 y 3 ingresos psiquiátricos, que en el momento de la derivación sólo han recibido tratamiento farmacológico en el 80% de los casos.

Otros matices de interés de la tabla 3 son la existencia de un grupo importante de población joven (18% por debajo de los 30 años) y la minoría de personas incapacitadas (un 9%), datos que van en contraposición a los otros encontrados en programas residenciales de nuestro país en los que predominan personas mayores (entre 45 y 55 años) e incapacitadas en mayor medida (un 30%) (16-17).

También destacar que el 19% (232 usuarios) viven con un solo cuidador, que en el 38,2% de los casos son cuidadores mayores de 65 años, siendo estos familiares población de primera prioridad para los programas de intervención familiar. El 9% (128 usuarios) viven solos, siendo estos usuarios objeto de programas de apoyo externo para el mantenimiento en su domicilio.

Para el análisis de los resultados se obtuvieron los porcentajes de cada indicador calculados sobre el total de usuarios atendidos en cada año correspondiente. En la tabla 4 se muestran los resultados de los índices obtenidos en cada año por el total de la muestra.

Ver tabla 4

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

Podemos ver en la tabla 4 las siguientes variables: ingresos psiquiátricos, integración social normalizada e integración laboral; que no han sufrido una variación notable en el transcurso de cuatro años estudiados. Los porcentajes en integración social protegida si han sufrido un decremento del 2003 al 2006, una posible explicación podría estar en la reducción progresiva de este tipo de actividades propias de asociaciones de familias y de autoayuda, como consecuencia del incremento de los CRPSL que centralizan la mayor parte de las actividades apoyadas para el colectivo (vacaciones, talleres, actividades de ocio, etc.).

Teniendo en cuenta el perfil de deterioro del “usuario tipo” del programa, consideramos aceptables los porcentajes obtenidos para la integración social y laboral, ya que se tratan de actividades exigentes y orientadas especialmente a lograr una implicación normalizada en el medio social.

Además de las actividades estructuradas comunitarias como cursos de ocio, educativos y laborales, hemos cuantificado a partir del año 2004 el uso de recursos sistemáticos que aunque no son estructurados utilizamos en el día a día (tiendas, bibliotecas, transportes, cines, piscinas, bancos, etc.). Estas actividades reflejan la participación activa de los usuarios en la sociedad. Los datos que se presentan reflejan el porcentaje de usuarios que alcanzaron una mejora significativa durante el año en la participación en sociedad. Estos porcentajes han sido hallados sobre en una escala de 0 a 4 (0: utiliza activamente; 4: no utiliza ningún recurso). Tan solo se han codificado los usuarios que cambiaron su puntuación hasta 0 ó 1 en el año de intervención. Hay que mencionar que durante el 2003 no se recogió esta medida debido a la dificultad para cuantificar la frecuencia de uso de estos servicios y que a partir de éste año se fue

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial depurando la metodología para la recogida de la información. Aún así los datos muestran tendencias adecuadas en relación a los objetivos con los usuarios incluidos en los centros.

En cuanto a los ingresos psiquiátricos hospitalarios más del 90% de los usuarios atendidos no sufrieron ningún ingreso y de los que lo tuvieron entre el 77% y el 87% fueron voluntarios. En la tabla 5 se resumen los resultados de los ingresos psiquiátricos y en la tabla 6 se hace una comparativa de la reducción del porcentaje de ingresos psiquiátricos antes y después de comenzar la intervención en el CRPSL con una submuestra de 733 usuarios que llevan dos años en intervención.

Ver tablas 5 y 6

Se ha introducido la variable “tipo de ingreso” y “duración media del ingreso en días” por el interés cualitativo que presenta en la población estudiada. Se puede ver una tendencia al incremento de los ingresos voluntarios y un decremento de los ingresos involuntarios del 2003 al 2006. La mayor cantidad de ingresos voluntarios pone de manifiesto el esfuerzo realizado por el CRPSL para manejar las urgencias de los usuarios, sirviendo de “mediadores” para aquellos pacientes que se descompensan y evitando el impacto negativo del ingreso involuntario. La tendencia al decremento de los involuntarios puede deberse a varias hipótesis: en los primeros años la entrada al programa de perfiles inestables psicopatológicamente debido al criterio de flexibilidad explicado anteriormente y el mayor apoyo por parte del CRPSL para la detección de los síntomas previo al empeoramiento. Esto debe ser objeto de estudio posterior.

En la tabla 6 solo se analiza una sub-muestra de usuarios que llevan en intervención activa en el CRPSL como mínimo 2 años y que mantienen buena

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial
adherencia al tratamiento. Como se puede observar los ingresos durante el primer año
decrecen en un 56% y un 67% el segundo año de intervención.

En las tablas siguientes se exponen los resultados obtenidos en el cuestionario de
satisfacción de usuarios y familias. Se muestran las puntuaciones medias de cada ítem y
de los 4 factores generales de satisfacción. Los cálculos están hechos sobre 751 usuarios
y 534 familias que han recibido atención directa desde el centro.

Ver tablas 7 y 8 .

Los resultados reflejan el alto nivel de satisfacción con la atención recibida,
tanto en los usuarios como en las familias. Como apreciación decir que la satisfacción
es algo mayor en las familias que en los usuarios, aunque no se trata de una diferencia
significativa.

DISCUSIÓN

Con el presente trabajo queremos resaltar la necesidad de evaluar los servicios y
programas de intervención destinados a las personas que padecen enfermedades
mentales graves, para valorar si los programas resultan adecuados para promover
cambios y son eficaces en la obtención de los objetivos perseguidos. Creemos
conveniente encontrar medidas que reflejen los resultados de la rehabilitación
psicosocial, que deberían ir más allá de indicadores tradicionales como sintomatología,
recaídas, comorbilidad o adherencia al tratamiento. La rehabilitación psicosocial
necesita encontrar indicadores más amplios que reflejen otros resultados más
directamente relacionados con los objetivos vitales de la persona así como con la propia

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial
metodología utilizada: independencia, empleo, calidad de vida, opinión activa del usuario, integración laboral, etc (14).

Por otro lado, hoy prima en la atención pública la necesidad de ofrecer una práctica de la rehabilitación psicosocial basada en la evidencia. Son necesarios más estudios para evaluar el impacto y la efectividad de nuestras intervenciones. En esa línea el objetivo de nuestro estudio ha consistido en realizar un análisis descriptivo de los efectos en variables específicas relacionadas fundamentalmente con la integración comunitaria. Se ha hipotetizado que dichas variables están relacionadas con la competencia, el buen funcionamiento, la calidad de vida y la reducción del estigma (18). Los datos del estudio nos han aportado un conocimiento de la población atendida por el programa de CRPSL de Castilla-La Mancha desde sus inicios. En cuanto al perfil de usuarios atendidos podemos concluir que el Programa está dando respuesta a las personas que lo necesitan, y que anteriormente no estaban siendo atendidos: diagnósticos graves, de curso crónico y con problemas de funcionamiento. Este tipo de pacientes van a precisar recursos de rehabilitación y soporte para mantenerse en la comunidad con un nivel aceptable de calidad de vida. Entre esos recursos están, en nuestro caso, los CRPSL que ofrecen programas enfocados a incrementar el nivel de autonomía y apoyar en su integración comunitaria.

El perfil obtenido se ajusta por tanto al tipo de enfermo mental crónico que precisa de centros de rehabilitación. Un aspecto en nuestro caso es que el 67% de casos son varones, hecho que se suele repetir en los datos epidemiológicos de la población grave atendida en recursos sanitarios. Aunque las hipótesis que siempre se barajan son culturales no hay que perder de vista que la incidencia de estos trastornos no arroja

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial
diferencias en cuanto al sexo. Esto nos puede indicar que un 70% de mujeres con enfermedad mental grave no están recibiendo la atención que precisan.

La edad de nuestros casos se sitúa en una edad no asilar, personas que se encuentran entre la juventud y la adultez. Este margen nos puede hacer pensar que la mayoría de los casos que llegan a los centros son de inicio temprano entre los 20 y los 25 años, en los que han operado otras variables que han llevado al deterioro progresivo, como por ejemplo: ausencia de tratamientos psicosociales en los primeros años de la enfermedad que frenaran el deterioro debido a la ausencia en la comunidad de este tipo de recursos en ese momento evolutivo. Somos críticos con la idea tradicional de que deben transcurrir varios años para comprobar que los tratamientos no funcionan y que el deterioro ha llegado a ser tan importante que hay que derivar al caso a un centro de rehabilitación psicosocial situado en un tercer nivel de atención. Hoy sabemos que el éxito de las técnicas de rehabilitación depende en buena medida tanto del tipo de técnica, como del momento más o menos temprano en que se aplique.

Una conclusión sería por tanto, que las personas atendidas por el programa durante los cuatro años estudiados son una muestra del perfil de personas con este tipo de problemas en los servicios sanitarios de Castilla-La Mancha. Sin embargo hay casos que se nos están escapando como son las mujeres y los pacientes de mayor edad. En el segundo caso es posible que los más mayores permanezcan en estructuras de largo internamiento que aún quedan por desalojar en nuestra comunidad autónoma.

Las medidas de resultado obtenidas, aunque meramente descriptivas, permiten concluir que los CRPSL tienen una efectividad (o al menos una tendencia notable a la mejoría) en reingresos psiquiátricos e integración social. También puede concluirse que

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

medidas de evaluación más adaptadas a los objetivos de la rehabilitación psicosocial pueden ser aplicadas en la práctica habitual sin necesidad de utilizar recursos adicionales.

El presente estudio puede ser criticado por su falta de rigor metodológico. La inexistencia de grupo control, de un diseño pretest-postest, o de significación estadística, o las medidas de evaluación utilizadas, pueden ser argumentos en este sentido. Sin embargo, la pretensión era recoger en nuestro contexto y con la totalidad de los casos atendidos por el programa, unas medidas que reflejaran la consecución de objetivos de una manera amplia y que permitiera de una manera objetiva describir el impacto del programa en la totalidad de usuarios y familias atendidas. Dada la complejidad de abarcar este objetivo con un diseño único y con una metodología más cerrada pensamos que reflejar las medidas que habíamos empezado a utilizar podría ofrecer un acercamiento interesante a nuestra realidad cotidiana como primer punto de partida. Así, escogimos un conjunto de medidas que abarcaran criterios de adecuación a los objetivos del recurso, al momento de desarrollo en nuestra comunidad, a la realidad de la población atendida y que fueran útiles y fáciles de recoger. Entre esas medidas incluimos la percepción de los usuarios y las familias, las recaídas psiquiátricas, la integración social y la integración laboral.

Las medidas de opinión de usuarios y familias cobran especial importancia en los centros de rehabilitación psicosocial en los que se busca específicamente la colaboración activa del paciente. Los usuarios pueden y deben opinar sobre los servicios que reciben.

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

Además de las debilidades metodológicas comentadas, existen otras limitaciones

a tener en cuenta. La generalización a otras comunidades y a otros dispositivos distintos hay que tomarla con reservas, ya que otros elementos contextuales y organizativos pueden estar influyendo en los resultados obtenidos. Por otro lado, habría que comparar a los sujetos antes y después de la intervención y durante periodos prolongados de un mínimo de 5 años, ya que otras variables no controladas pueden ejercer un efecto importante en la evolución de la enfermedad y la discapacidad (introducción de nuevos tratamientos, desarrollo de nuevos recursos, etc.). Además, el estudio de evaluación de programas debería de complementarse con estudios posteriores que evalúen la eficacia específica de programas concretos que integran las intervenciones del CRPSL (habilidades sociales, programas de manejo de estrés, etc.)

Nuestro objetivo para los próximos años va encaminado a encontrar medidas que recojan un concepto emergente en el campo de la enfermedad mental crónica, el concepto de recuperación. La capacidad que tienen los CRPSL para facilitar ese proceso de recuperación tendrá que ir emparejada con la de encontrar las medidas adecuadas.

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Fallon et al. (2004). "Tratamientos basados en la evidencia en la Esquizofrenia: resultados de 2 años de seguimiento en un ensayo clínico internacional de campo sobre el tratamiento óptimo". *World Psychiatry* 2:2 Sept. 2004. 104-109
- 2.- Thornicroft G.; Susser E. (2001). "Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia". *Br. J. Psychiatry*, 178. 2-4.
- 3.- Vallina O., Lemos S (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En: Álvarez MP, Hermida JR, Rodríguez CF y Vázquez IA (coords.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid, Pirámide, 2003.
- 4.- Kingdon D. y Turkington D. (2005) *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. Guilford.
- 5.- De Sisto, M.J.; Harding, C.M.; McCormack RW et al. (1995) "The Maine and Vermont three decade studies of serious mental illness". *Brit. J. Psych.*, 167. 331-342.
- 6.- Twamley, E.W.; Jeste, D.V.; Lehman A-F. (2003) "Vocational Rehabilitation in Schizophrenia and other psychotic Disorders. A Literature review and meta-analysis of randomized controlled trials". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(8), 2003, 515-523.
- 7.- Barbato, A.; D'Avanzo, B.; Rocca, G.; Amatulli, A.; Lampugnani, D. (2004). "A study of long-stay patients resettled in the community after closure of a Psychiatric Hospital in Italy". *Psychiatric Services*. 55 (1). 67-70.
- 8.- O'Kin, R.L.; Borus, J.F.; Baer L y Jones A. (1995). "Long-term outcome of state hospital patients discharged into community residential settings". *Psychiatric Services*, 46, 73-79.

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

- 9.- Navarro D. (2003) “Evaluación de la calidad asistencial de los programas de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental crónica”. Anales de Psiquiatría, vol 19 (6). 235-248.
- 10.- Cuevas et al (1999). Evaluación de un servicio de rehabilitación de salud mental a través de la percepción y satisfacción de los familiares de pacientes esquizofrénicos. Clínica y Salud; 10 (2): 169-192.
- 11.- APA (2004). Practice guideline for the treatment of patients with Schizophrenia..Second edition. 2004 (www.psych.org).
- 12.- . Emeterio et al. (2004).Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia www.aatrm.net.
- 13.- Cañamares, JM., Catejón A., Florit A, González J., Hernández JA y Rodríguez A. (2001). Esquizofrenia. Editorial Síntesis. Guías de Intervención.
- 14.- Gisbert C. (2003). Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. AEN.
- 15.- Gaebel W.; Weinmann, S.; Sartorius, H.; Rutz , W. y McIntyre J. (2005). “Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison”. British Journal of Psychiatry. 187, 248-255.
- 16.- Besora J, Martorell B y Clusa J. (2000). Evaluación de resultados de un programa de pisos para personas con trastornos mentales severos. Informaciones psiquiátricas, 159; 63-73.
- 17.- López M, Fernández, L., García-Cubillana P., Moreno B., Jimeno V. Y J.C. Laviana M. (2005). Evaluación de programa residencial para personas con trastorno

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial mental severo en Andalucía (III): características sociodemográficas, clínicas y de uso de servicios de los residentes. *Rehabilitación Psicosocial*, 2(1), 28-39.

18.- Verdugo M.A., Martín M., López D. Y Gómez A. (2004). Aplicación de un programa de habilidades de autonomía personal y social para mejorar la calidad de vida y autodeterminación de las personas con enfermedad mental grave. *Rehabilitación Psicosocial*, 1(2), 47-55.

Tabla 1. Programas de F.I.S.L.E.M 2007. Tasas x 100.000 habitantes

	Nº dispositivos	Nº plazas	Tasas X 100.000 habitantes
CRPSL	20	1.045	55
VS	26	139	7,3
EQUIPOS PRIS	13	240	12,7
TALLERES PRELABORALES	9	213	12,6
CEE	4	37	2
CURSOS DE FORMACION PROFESIONAL	13	170	9

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

Tabla 2. Variables clínicas de los usuarios atendidos (perfil actualizado con los usuarios que han recibido atención durante el 2006. (N=1.488))

CATEGORÍA	VARIABLE	%
DIAGNÓSTICO	Trastornos esquizofrénicos y otras psicosis	70
	Trastornos del estado de ánimo	12,5
	Trastornos de ansiedad	3.3
	Trastornos de la personalidad	11.2
	Otras (trastornos del comportamiento, retraso mental leve, t. psicótico inducido por sustancias)	2.9
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	< 2 años	2
	Entre 2 y 5 años	12,5
	Entre 6 y 10 años	20.5
	> de 10 años	65
MEDIA DE AÑOS DE EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO	14,2 años	
INGRESOS PSIQUIÁTRICOS	Ninguno	25.8
	Entre 1 y 3	43
	Entre 4 y 6	16.7
	> de 6	14.5
TRATAMIENTOS ANTES DE LA DERIVACIÓN	Farmacológicos	80.1
	Psicoterapia	0.36
	Farmacológicos + Psicoterapia	15.6
	Atención a domicilio	1.5
	Ninguno	1.6
	Otros	0.7

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial**Tabla 3 Variables sociodemográficas del perfil de usuarios atendidos. (Perfil actualizado con los usuarios que han recibido atención durante el 2006. (N=1.488))**

CATEGORÍA	VARIABLE	%
EDAD	< 20	1
	20-29	17
	30-39	34
	40-49	32.5
	50-59	13
	60-65	2.4
Media de edad	39 años	
SEXO	Varones	67
	Mujeres	33
ESTADO CIVIL	Solteros	82.5
	Casados	8
	Separados/divorciados	8.5
	Viudos	1
TIPO DE CONVIVENCIA	Con padres y hermanos	22
	Con padres	20.3
	Con padre	3,5
	Con madre	13.3
	Solos	9.3
	En recurso residencial	10.4
	Con cónyuge	7.3
	En Institución hospitalaria	2.6
	Otros miembros (tíos, abuelos, hermanos, etc)	7
Otros	4.4	
	Conviven con cuidadores mayores de 65 años	38.3
NIVEL DE ESTUDIOS	Analfabeto	51.3
	Mínimos	18,4
	EGB o Bachiller elemental	51.3
	BUP o Bachiller superior	17.3
	Universitarios sin finalizar	4.7
	Universitarios finalizados	3.2
Otros	1.9	
EXPERIENCIA PROFESIONAL	Trabajadores no cualificados	54.4
	Trabajadores cualificados	19.4
	Sin profesión	26
SITUACIÓN LABORAL	Parado con o sin subsidio	18.5
	Pensionista por minusvalía	51
	Incapacitado	18.5
	Trabajando	8
	Otros	3.8
INGRESOS PROPIOS	SI	85.5
	NO	14.5
NIVEL DE INGRESOS	< 180€	3.6
	180-360	54.3
	360-540	15.2
	540-720	14.6
	>720 €	12.2
PROCEDENCIA DE LOS	PNC	51.4

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

INGRESOS	Pensión contributiva	27
	Paro	2.7
	Trabajo	9.6
	Otras	9
MINUSVALÍA	< 65 %	9.5
	>= 65	71.6
	NO	17
	En trámite	1.7
SITUACIÓN LEGAL	Capacitado	88.6
	Incapacitado	9.2
	En trámite	2.2

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

Tabla 4. Índices porcentuales en número de ingresos psiquiátricos, integración social normalizada y protegida, participación social e integración laboral para cada año.

	2003 % sobre atendidos en el año (N=1.156)	2004 % sobre atendidos en el año (N=1.295)	2005 % sobre atendidos en el año (N= 1.389)	2006 % sobre atendidos en el año (N=1.488)
Ingresos psiquiátricos	9 (N=104)	8 (N=104)	7 (N=100)	7.7 (N=115)
Integración social normalizada	25 (N=290)	22 (N=285)	27.6 (N=384)	28 (N=415)
Integración social protegida	32 (N=370)	20 (N=260)	22 (N= 304)	21 (N=315)
Participación social-comunitaria	-	61 (N=790)	80 (N= 1.106)	82.8 (N=1.232)
Integración laboral	19 (N=218)	20 (N=254)	20 (N=282)	20.7 (N=308)

Tabla 5. Porcentajes según tipo de ingreso psiquiátrico y medias del ingreso en días para cada año.

	2003 % sobre el total de ingresos en el año	2004 % sobre el total de ingresos en el año	2005 % sobre el total de ingresos en el año	2006 % sobre el total de ingresos en el año
Ingresos voluntarios	87 (N=90)	77,5 (N=81)	80.5 (N=115)	86 (N=121)
Ingresos involuntarios	13 (N=14)	22,5 (N=23)	19.5 (N= 28)	14 (N= 20)
Duración del ingreso en días	Media= 11 días	Media= 14 días	Media= 12 días	Media= 13.7 días

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

Tabla 6. Comparativa de ingresos psiquiátricos 2 años antes y 2 años después de la intervención en el CRPSL. 2006

Nº USUARIOS	Nº de ingresos 2 años antes del 1º contacto	Nº de ingresos 1 año antes del 1º contacto	Nº ingresos 1 año después del 1º contacto	Nº ingresos 2 años después del 1º contacto	% de reducción de ingresos 1 año después del 1º contacto	% de reducción de ingresos 2 años después del 1º contacto
N= 733	528	379	166	177	56%	67%

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

Tabla 7. Medias de los items en el Cuestionario de Satisfacción de usuarios y familias

FACTORES	ITEMS	MEDIA USUARIOS	MEDIA FAMILIAS
FACTOR I: Satisfacción general	1. Considerando sus necesidades particulares, ¿está usted satisfecho/a, en general con los servicios que presta este Centro?	5,15	5,39
FACTOR II: Satisfacción con las actividades	2. ¿Está usted satisfecho/a con el tutor que le atiende en este Centro?	5,35	5,55
	6. ¿Está usted satisfecho/a con el nivel de información que recibe por parte de los profesionales que trabajan en este Centro?	5,17	5,42
	9. ¿Está usted satisfecho/a con el interés que muestran y con el apoyo que recibe por parte de los profesionales que le atienden en este Centro?	5,34	5,54
	12. ¿Está usted satisfecho/a, en general, con los profesionales que le atienden en este Centro?	5,37	5,56
FACTOR III: Satisfacción con los profesionales	3. ¿Está Ud. satisfecho/a, en general, con las actividades que participa cuando acude a este Centro?	5,11	5,25
	4. ¿Está Ud. satisfecho/a con la frecuencia con la que debe acudir al centro para realizar actividades?	5,03	5,17
	8. ¿Está usted satisfecho/a con los objetivos y metas que se persiguen con las actividades que lleva a cabo este Centro?	5,19	5,45
	11. ¿Está usted satisfecho/a con el horario en que es citado para acudir a este Centro a realizar las distintas actividades en las que usted participa?	5,16	-
	14. ¿Está usted satisfecho/a con el nivel de participación que le permiten en este Centro?	5,15	5,34
FACTOR IV: Satisfacción con las instalaciones	5. ¿Está usted satisfecho/a con la limpieza e higiene de este Centro?	5,41	5,50
	7. ¿Está usted satisfecho/a con la temperatura habitual que hace en este Centro?	5,18	5,31
	10. ¿Está usted satisfecho/a, en general, con las instalaciones de este Centro?	5,28	5,23
	13. ¿Está usted satisfecho/a con el entorno físico, el espacio y la luminosidad de este Centro?	5,24	5,26

Tabla 8. Medias de usuarios y familias en los factores generales del cuestionario de satisfacción con la atención recibida.

FACTORES	P. MEDIA USUARIOS	P. MEDIA FAMILIAS
FACTOR I: Satisfacción general	5,15	5,39
FACTOR II: Satisfacción con las actividades	5,07	5,30

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

FACTOR III: Satisfacción con los profesionales	5,25	5,47
FACTOR IV: Satisfacción con las instalaciones	5,29	5,29

ANEXO: Indicadores de evaluación de los CRPSL

1.- DATOS DE ATENCIÓN

- N° total de usuarios derivados, aceptados, no aceptados, atendidos y que se encuentran en atención a fin de año.
- N° de usuarios que han salido de la atención, por motivo de alta (cumplimiento de objetivos del PIR) o baja de la intervención.

2.- PERFIL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

- Perfil de datos clínicos y sociodemográficos de la población atendida.

3.- DATOS DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN

- N° total de usuarios en cada una de las fases de atención: Trabajo Previo, Evaluación, Intervención y Seguimiento.
- N° de personas que han recibido atención en Programas grupales o en formato individual.

4.- RESULTADOS

- N° total de usuarios que utilizan recursos comunitarios durante el año. Se establece la siguiente clasificación de recursos: 1) Estructurados/normalizados (exigen apuntarse, asistencia regular, participación e implicación social con otras personas no enfermas), 2) Protegidos (actividades a las que se accede de forma especial y que se realizan en contextos protegidos con menor nivel de exigencia) y 3) No estructurados (participación social sistemática en servicios de la comunidad)
- N° de usuarios que se han accedido a empleo.

Evaluación de un programa de Rehabilitación Psicosocial

- N° de usuarios que han tenido algún ingreso psiquiátrico estando en el centro en fase de intervención o recibiendo atención con un PIR “activo”.

5.- DATOS DE COORDINACIÓN

- N° de reuniones de coordinación que se llevan a cabo con recursos de salud mental, servicios sociales y/o otros recursos comunitarios.