

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO MENTAL DESDE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Alberto Alonso Fonfría¹ y Pablo Monleón Morcardó²

RESUMEN En los últimos años y tras la reforma psiquiátrica, existe cada vez mayor interés por la calidad de vida de los enfermos mentales crónicos en la comunidad.

Este estudio pretende demostrar que a través de los programas de rehabilitación psicosocial podemos mejorar la calidad de vida de los enfermos mediante intervenciones centradas en la enfermedad, intervenciones familiares e intervenciones de integración comunitaria.

Se seleccionan 25 enfermos mentales dentro del grupo de las psicosis, que participan en el programa y que son derivados por la USM. Se toman medidas antes y después de las intervenciones mediante el test de calidad de vida Quality of Life (Baker and Intagliata, 1982).

Se aplica una prueba t de diferencia de medias para muestras relacionadas. Los resultados muestran un aumento en las puntuaciones entre el test (54.62) y el retest (62.69). $t = -2.63, p=0.022 (p<0.05)$.

Se concluye que aquellos enfermos que han participado en el programa han aumentado su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE "Calidad de vida", "rehabilitación psicosocial", "enfermo mental".

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales son uno de los mayores retos sociosanitarios de cara al siglo XXI. Diversos estudios epidemiológicos muestran que aproximadamente el 15% de la población general presenta alguna enfermedad mental, y entre el 2 y 3% padece una enfermedad mental grave e incapacitante.

A lo largo de los últimos años, la rehabilitación psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés en la atención comunitaria a personas con enfermedades mentales graves y crónicas. Se trata de un campo de trabajo relativamente nuevo y en proceso de definición tanto a nivel teórico como práctico.

La rehabilitación psicosocial puede definirse como aquel "proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad, y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que

sea posible"¹. Esto sólo puede entenderse dentro del contexto generado por los procesos de desinstitutionalización y reforma psiquiátrica. Estos procesos de reforma desarrollados en los principales países de nuestro entorno desde los años sesenta, y en nuestro país desde la mitad de los ochenta, lograron romper con el modelo de atención institucionalizador y manicomial, y cambiar hacia un nuevo modelo de atención basado en la absorción de los enfermos en la comunidad.

Desde esta época datan los primeros estudios que tratan de encontrar aquellas variables que permitan medir la integración de los pacientes en la comunidad. Se trata de aspectos como el funcionamiento, el nivel de seguridad, la situación económica y otros aspectos de la vida cotidiana. Es decir, se interesaron por aspectos de la calidad de vida.

Existen diversas definiciones conceptuales sobre la calidad de vida. Igualmente se han desarrollado estudios encaminados tanto al desarrollo de modelos teóricos de calidad de vida, como a la evaluación de instrumentos específicos para su evaluación. La Organización Mundial de la Salud en 1994 la define como "la percepción personal de

¹Psicólogo. Programa Ambulatorio de atención a enfermos mentales crónicos. Unidad de Salud Mental. La Vall d'Uixó (Castellón). (E-mail: a.alonso1@correo.cop.es)

²Psiquiatra. Unidad de salud Mental. La Vall d'Uixó (Castellón).

un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses"². Se trata de un concepto subjetivo y extenso, que incorpora dimensiones relacionadas entre sí de forma compleja, como salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y religión³.

Existen además diversas escalas de medida para evaluar la calidad de vida del enfermo mental. Cada una de ellas presenta ventajas e inconvenientes, pero a pesar de las dificultades en la evaluación parece tratarse de una tarea fundamental si pretendemos saber cual es el alcance real de nuestros Programas e intervenciones.

Desde la puesta en marcha en el área de Vall d'Uixó (Castellón) del Programa Ambulatorio de atención a enfermos mentales en el año 1999, se ha intentado trabajar con los enfermos mentales y con sus familiares con la finalidad de mejorar su adaptación psicosocial desde un enfoque rehabilitador, entrenando habilidades sociales, manejo de la ansiedad, resolución de problemas, promocionando actividades de ocio y tiempo libre, etc. Esto es, tratando de mejorar su calidad de vida.

En el siguiente artículo nos planteamos evaluar la eficacia de este programa dirigido a los enfermos mentales del grupo de las psicosis, con el objetivo de mejorar su calidad de vida desde el trabajo en rehabilitación.

Material y método

Sujetos

De la población de enfermos mentales que se encuentran en tratamiento en la unidad de salud mental, fueron seleccionados un grupo de 25 enfermos atendiendo a los siguientes criterios:

- 1º- Diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, según criterios DSM-IV, realizado por los psiquiatras de la unidad de salud mental.
- 2º- El orden de entrada al Programa Ambulatorio de enfermos mentales al que son derivados desde la unidad de salud mental.
- 3º- La puntuación en el Brief Psychiatric Rating Scale⁴ (B.P.R.S.) debía ser de 21 como máximo.

La muestra queda formada por un grupo enfermos mentales, participantes en el Programa Ambulatorio

de atención a Enfermos Mentales, que padecen esquizofrenia en cualquiera de sus formas, u otro trastorno psicótico. Todos ellos se encuentran en tratamiento en la Unidad de Salud Mental y las edades están comprendidas entre los 20 y 45 años. Ninguno de ellos había participado previamente en ningún programa de rehabilitación psicosocial en los últimos 5 años, a excepción de 3 de ellos que acudieron al Hospital de Día.

Procedimiento

El Programa iba dirigido a todos los enfermos afectos de enfermedad mental crónica e incapacitante. Pero en el estudio analizamos únicamente a los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, entre 20 y 45 años y con un estado clínico estable determinado por una puntuación del B.P.R.S. inferior a 21. No se aplicaron otros criterios de exclusión.

Todos ellos fueron evaluados previamente con el BPRS que arroja una puntuación global acerca del estado clínico en pacientes psicóticos y se considera un instrumento sensible a los cambios manifestados durante el tratamiento. La puntuación máxima admisible en este caso fue de 21, que es el punto de corte que determina la gravedad de los síntomas. La razón de ello es que la gravedad de la psicopatología no debía interferir con las actividades terapéuticas propuestas.

Dentro del trabajo asistencial llevado a cabo, se registraron las primeras medidas (TEST) de Calidad de Vida dentro de la muestra de los 25 enfermos mentales. Estos enfermos son seleccionados en virtud de su puntuación en el B.P.R.S., como medida clínica previa y por el orden de entrada al programa. En cuanto a la medida de calidad de vida, por su sencillez y facilidad de autocumplimentación se ha elegido la Escala Quality of Life (Baker and Intagliata, 1982)⁵ (QOL), traducida al español por J. Bobes, P.A. Saiz y M.P. González. Consta de 15 elementos que evalúan aspectos como la vivienda, vecinos, amistades, familia, ocio en la comunidad, salud, etc. Y ofrece una puntuación global de la calidad de vida percibida por el individuo. La puntuación se establece para cada uno de los 15 elementos en una escala de 1 a 7 (de menor a mayor satisfacción), por lo que el rango de puntuaciones se encuentra entre 15 y 105.

Los enfermos que han participado en las actividades propuestas desde este programa son evaluados por 2ª ocasión tras 9 meses (RETEST). A partir de las puntuaciones directas en el test se calculan los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de los dos grupos. Las medias de las puntuaciones de los dos grupos se comparan para detectar la existencia de diferencias significativas en sus puntuaciones. Se aplica una prueba t de diferencia de medias para muestras relacionadas. Se emplea un intervalo de confianza del 95%.

El grupo participa en 3 tipos de actividades:

1º- Orientadas a la enfermedad. Se trata de un programa de psicoeducación en grupo de 8 sesiones de unos 45 min., que presenta los siguientes contenidos:

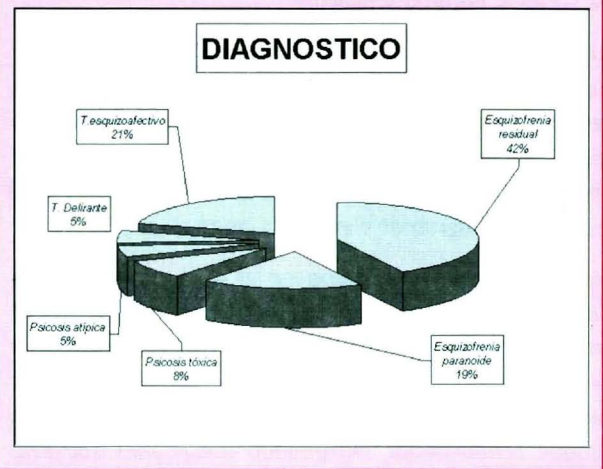
- Qué es la esquizofrenia: Definición, Síntomas, Causas, Formas y Evolución.
- Factores de protección y riesgo: Medicación, Reconocimiento de pródomos, Clima familiar, consumo de tóxicos, Habilidades de comunicación, Solución de problemas, Ocupación y apoyos.
- Tratamientos: Medicación, Otros tratamientos biológicos, Psicoterapias, Tratamientos psicosociales.
- Anticipación de crisis: Fases de la enfermedad, Síntomas prodrómicos.
- Recursos asistenciales: Sanitarios y Psicosociales.
- Prestaciones sociales y aspectos legales.

2º- Orientadas a la Familia. Se citaron a las familias de los participantes en varias ocasiones y se les explica el motivo de la llamada. Acudió al menos un familiar de 14 enfermos de los 25 totales. Los temas que se trataron con los familiares fueron los siguientes:

- Cómo afrontar problemas de comunicación: Principios de una comunicación efectiva, Desarrollo de habilidades para afrontar problemas, Cómo establecer acuerdos y negociar conflictos, Cómo afrontar el estrés y la carga familiar.
- Métodos para modificar comportamientos: Establecimiento de metas, los principios del aprendizaje.
- Asociaciones y autoayuda.

3º- Integración comunitaria. Se programaron actividades semanales como grupos de paseo, ejercicio físico en el polideportivo municipal y visitas a la biblioteca.

Figura 1. Diagnósticos del grupo en porcentajes



Resultados

El total de los 25 pacientes diagnosticados de Esquizofrenia u otras psicosis que participaron en el Programa aceptaron participar en el estudio. Tras la selección realizada, la descripción de la muestra según algunas variables sociodemográficas y clínicas, es la siguiente: (Tabla 1)

El sexo predominante en la muestra fue el masculino (70%), la edad estaba comprendida entre los 20 y 45 años, la mayoría eran solteros (80%) y vivía con su familia de origen. El nivel de estudios era bajo.

En cuanto a los diagnósticos el mayor grupo de pacientes fue diagnosticado de esquizofrenia residual (42%), seguido del trastorno esquizoafectivo (21%), esquizofrenia paranoide (19%), Trastorno delirante (5%), psicosis tóxica (8%), Psicosis atípica (5%). (Figura 1).

Los resultados de la Escala de Calidad de Vida de Baker y Intagliata aplicada al grupo de pacientes analizados aparecen en la Figura 2. Como vemos la puntuación media de dichos paciente tras realizar el Programa de Atención a los Enfermos mentales crónicos, 62,69 (DE=13,16) es superior que a la presentada antes del mismo 54,62 (DE=18,61). Al aplicar la prueba t de diferencia de medias para muestras relacionadas,

Figura 2. Resultados de las 2 medidas del Test de Calidad De vida

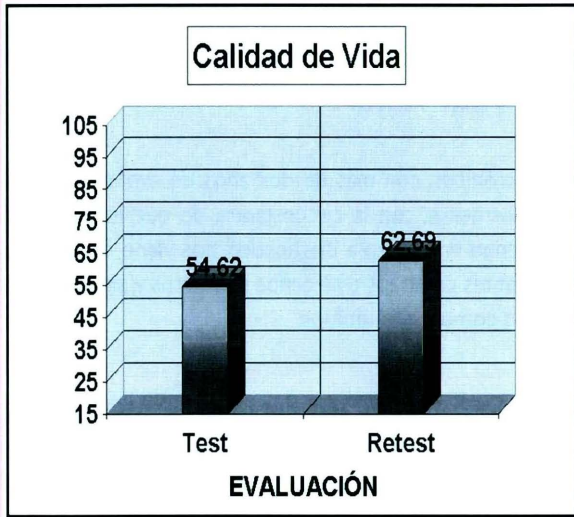


Tabla 1.

SEXO	CONVIVENCIA	ESTADO CIVIL	N. ACADEMICO
Hombres	70	Familia de origen	82
Mujeres	30	Solteros	80
		Casados	10
		Divorciados	8
		Viudos	2
TOTAL	100	100	100

Tabla 2.

ESTADÍSTICOS	TEST	RETEST
X	54.62	62.69
SX	18.61	13.16

comprobamos que dicho incremento es significativo estadísticamente ($t = -2.63$, $p=0.022$, $p<0.05$). Los resultados de los estadísticos descriptivos se encuentran en la Tabla II.

La representación gráfica de los resultados aparece en la Figura 2.

El diseño del estudio no permite determinar si la mejoría ha sido superior en determinado rango de edad, las diferencias en función del sexo ni que partes del Programa han jugado un mayor papel en la obtención

de los resultados. Para lo cual sería necesario modificar el diseño así como el método estadístico utilizado. Tampoco permite demostrar cual ha sido el o los ingredientes activos del paquete de tratamiento que mejor explique los resultados, para lo cual hubiera sido necesario asumir otras estrategias estadísticas para desmantelar el tratamiento.

Conclusiones

De los siguientes resultados se puede concluir que tras los primeros 9 meses de intervención sobre los afectados por enfermedad mental, se ha conseguido aumentar la calidad de vida de estos enfermos, considerándose este aumento estadísticamente significativo.

Esta mejoría en el funcionamiento psicosocial y en la percepción subjetiva de bienestar debería atribuirse a todo el conjunto de actividades, intervenciones y tratamientos que se han llevado a cabo entre las 2 evaluaciones, centradas preferentemente en el enfermo mental y en su familia mediante la terapia de apoyo psicoeducativa.

El resultado si que evidencia que la calidad de vida de estos enfermos ha mejorado significativamente en los últimos meses, es decir, que aquellos que participan en estos tres tipos de intervenciones refieren una mayor satisfacción subjetiva relativa a su adaptación personal y comunitaria que aquellos que no lo hacen.

Referencias bibliográficas

Rodríguez González A. *Sobre la rehabilitación psicosocial: Reflexiones y perspectivas*. Boletín AMRP 1994; 0:3-9.

Organización Mundial de la Salud. *Quality of life assessment. An annotated bibliography*. Ginebra, 1994.

Saiz Ruiz, J. *Esquizofrenia. Enfermedad del cerebro y reto social*. 1998; 16: 264. Masson, S.A.

Overall J, Gorham D. *The Brief Psychiatric Rating scale*. Psychol Rep 1962;10:799-812.

Bobes García, J, González Portilla M. P., Bousoño García, M. *Calidad de vida en las esquizofrenias*. 1995; 209. J.R. Prous Editores.