



¹Rebeca Osta Samanes

²Antonio García Tejedor

³Carmen Muro

¹Terapeuta Ocupacional. Centro Psiquiátrico de Rehabilitación de Sádaba y Centro de Rehabilitación Psicosocial "Cinco Villas". Ejea de los Caballeros. Zaragoza.

²Médico de Atención Primaria. Centro de Salud. Cariñena. Profesor Asociado. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. Zaragoza.

³Profesora de Ciencias de la Salud. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. Zaragoza.

Correspondencia:

Rebeca Osta Samanes

Terapeuta Ocupacional. Centro Psiquiátrico de Rehabilitación de Sádaba y Centro de Rehabilitación Psicosocial "Cinco Villas"

Ejea de los Caballeros. Zaragoza

E-mail: rebeca_osta@hotmail.com

RESUMEN

El objetivo es describir las características clínicas y de dependencia de un grupo de ancianos con enfermedad mental, institucionalizados con el fin de conocer la posibilidad de integrarse en residencias de ancianos de la comunidad.

Es un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo llevado a cabo en el Centro Psiquiátrico de Rehabilitación (CPR) de Sádaba, con personas mayores de 65 de edad. Los datos recogidos fueron: historias clínicas, entrevista que valora el comportamiento actual, índice de Barthel y escalas de evolución HoNOS y criterios de cronicidad.

Según este estudio, hay un perfil clínico y de rendimiento en AVD que permite a pacientes con enfermedad mental grave y crónica el que sean derivados a recursos normalizados comunitarios.

PALABRAS CLAVE

Anciano, enfermedad mental, integración comunitaria, residencia geriátrica.

INTRODUCCIÓN

En 1946 se promulgó el *Mental Health Act* en EE. UU., que supuso un hito en la atención psiquiátrica y el origen de la salud mental comunitaria. En España se institucionaliza por el *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* de 1985 (1).

El informe *World Health Report 2001* subraya recomendaciones para la eliminación de la atención prestada en los hospitales psiquiátricos, desarrollo de la salud mental comunitaria e integración de la atención psiquiátrica en los hospitales generales (1).

La Comunidad Autónoma de Aragón en el año 2000 disponía de 630 camas psiquiátricas de larga estancia, estando el 35% ocupadas por pacientes geriátricos y psicogerátricos (2).

En la esfera asistencial, al aumento de la esperanza de vida de los pacientes mayores con enfermedad mental y discapacidad, se asocian otras enfermedades, deterioro cognitivo (3), y disminución de la capacidad funcional (4).

Integración social del anciano institucionalizado

Social integration of institutionalized elderly

SUMMARY

Objective is to describe the clinical and dependency characteristics of a group of institutionalised elderly persons suffering from mental diseases, in order to determine the feasibility of their integration into local residential homes.

A descriptive, transversal and quantitative study conducted at the Centro Psiquiátrico de Rehabilitación de Sádaba (Psychiatric Rehabilitation Centre of Sádaba) with people aged 65 years or over. Data was collected through medical records, interviews which assessed the current behaviour of the person, the Barthel Index, and the Evolution Scales HoNOS and Chronicity.

According to this study, there is a clinical and performance profile in ADL that allows for patients with serious and chronic mental illness to be referred to standard resources within the local community.

KEY WORDS

Elderly, mental disease, community integration, residential home.

Harvey y cols., en 1999, reflejan que el 30% de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados por deterioro cognitivo y funcional presentan diagnóstico de demencia (5).

Trieman y cols. estudiaron a pacientes mayores de 70 años distribuidos de igual forma entre el hospital y servicios comunitarios. Observaron que el comportamiento de los que vivan en comunidad se mantuvo o mejoró ligeramente a diferencia de los que permanecieron en el hospital. El estado cognitivo disminuyó en ambos casos, pero en menor medida en el grupo de la comunidad (6).

La utilización de centros residenciales como vía de reinserción no está exenta de críticas, puesto que en unos casos se habla de "transinstitucionalización" y en otros el estigma y/o rechazo dificultan la integración (7).

El objetivo de este estudio es conocer si los mayores de 65 años con enfermedad mental crónica pueden integrarse en residencias de ancianos de la comunidad.



173 MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio (descriptivo, transversal y cuantitativo) se ha realizado en el Centro Psiquiátrico de Rehabilitación (CPR) de Sádaba, provincia de Zaragoza, que dispone de una Unidad Hospitalaria de Larga Estancia (ULE) con 43 camas y una Unidad Residencial Extrahospitalaria (URE), con 30 plazas distribuidas en pisos asistidos de localidades de la comarca de las Cinco Villas.

Mediante el paquete estadístico SPSS 15.0, se han analizado la frecuencia de las variables clínicas, psicopatológicas y funcionales de la muestra, el rendimiento en diferentes áreas según los criterios del diagnóstico, sexo, lugar de residencia actual, años de relación con la institución y grupo de edad.

Los datos se obtuvieron mediante revisión de historias clínicas, entrevista semiestructurada (Anexo 1) sobre el comportamiento de

los pacientes respecto a las actividades básicas de la vida diaria (AVDB), instrumentales (AVDI), en comunidad, en familia y el área ocupacional, y de escalas estandarizadas: índice de Barthel (8), criterios de cronicidad (9) y versión en castellano de HoNOS (10).

Se estudiaron variables clínicas y/o psicopatológicas: diagnóstico, puntuación global y por ítems de la Escala de Evolución HoNOS y Criterios de Cronicidad, y variables en actividades de la vida diaria (AVD): Barthel, escala de Criterios de Cronicidad, y de evolución HoNOS.

De los mayores de 65 años de edad, se obtiene una muestra de 16 personas (14 hombres y 2 mujeres), previamente informados. En ULE residen 12 y 4 en URE. El 75% llevan más de 10 años institucionalizados y el 100% padecen enfermedad de evolución superior a 10 años. Por diagnóstico: 50% padecen esquizofrenia, 19%

177

Anexo 1. Entrevista de comportamiento actual

CENTRO PSIQUIÁTRICO DE REHABILITACIÓN DE SÁDABA	ÁREA DE REHABILITACIÓN
PACIENTE:.....	
AUXILIAR:.....	
FECHA:.....	
<p>Actividades básicas de la vida diaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son los días de ducha? - ¿Hay que recordarle la ducha o insistirle? - ¿Hay que supervisarle la ducha? - ¿Usa adecuadamente los utensilios? - ¿Qué otros hábitos de limpieza tiene? (dientes, manos...). - ¿Afeitado o depilación? - ¿Cómo se viste? (si hay que vestirle, si lo hace de manera autónoma, si diferencia la ropa por estaciones, si necesita ayuda para saber qué ponerse, si se cambia de ropa interior, si se cambia a diario, si suele ir sucio...). - ¿Cómo tiene la habitación? (si se hace la cama, si la tiene recogida, si ordena su armario, taquilla, si baja la ropa sucia a la lavandería...) - ¿Cómo come? Si es autónomo, si necesita ayuda, si utiliza adecuadamente los cubiertos. - Autonomía en el baño: si usa pañal, si va al baño autónomamente, si se limpia adecuadamente, etc. <p>Actividades instrumentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo toma la medicación? ¿Debe ser vigilado? ¿Protesta? ¿Épocas de abandono? - ¿Usa el teléfono? ¿Autónomo? - ¿Usa el transporte público (autobuses)? - ¿Usa dinero? Cuánto cobra a diario y en qué horarios (pautas de cobro). - ¿En qué suele gastarse el dinero? - ¿Qué pautas tiene de consumo de latas y de tabaco? - ¿Cómo actúa cuando manda paquete la familia? Pautas. - ¿Qué actividades realiza por propia iniciativa? (Lectura, escuchar música, ver la televisión, paseos, cartas). - ¿Con qué pacientes se suele llevar mejor o tiene un mayor contacto? - ¿Con qué pacientes se suele llevar peor o no quiere tener contacto? - ¿Qué suele demandar con más frecuencia? 	<p>Contacto con la comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Salidas al pueblo? ¿Solo o acompañado? - ¿Paseos al pueblo? - ¿Salidas al bar? (Cuántas por semana y qué días, si es con la furgoneta, solo...). - ¿Cómo actúa en el bar? - ¿Qué otras actividades realiza en el pueblo? ¿Uso de otros recursos? - ¿Va con el auxiliar a comprar? ¿Cómo se comporta? ¿Elige lo que quiere? ¿Paga? - ¿Va a la peluquería al pueblo? ¿Cómo se comporta? - ¿Se interesa por salir a las excursiones? ¿Cómo se comporta? - ¿Cómo usa los servicios sanitarios? ¿Acude acompañado al médico o tiene que venir al centro el MAP? <p>Área familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Con qué familiares tiene contacto? ¿De qué tipo? - ¿Realiza visitas a sus familiares que viven fuera? ¿Con qué frecuencia? ¿Son autónomos para uso de transporte y orientación? ¿Cuántos días suele permanecer? - ¿Con qué frecuencia llama o le llaman por teléfono? - ¿Con qué frecuencia vienen a visitarle? - ¿Le envían algún paquete? ¿Cómo se administra? <p>Refuerzos positivos (¿Cómo se le puede recompensar?).</p> <p>Refuerzos negativos (¿Qué se suele eliminar que le guste para conseguir una conducta en él/ella?).</p> <p>Aspectos a tener en cuenta: (si se desorienta, si está siempre en el baño... si suele ir tarde a las comidas, si está encerrado en su habitación, si duerme mucho por la mañana o por la tarde...).</p> <p>Área ocupacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿A qué talleres acude? - ¿Con qué frecuencia y en qué horario? - ¿Qué actividades realiza con una mayor autonomía? - ¿En qué actividades verbaliza una mayor satisfacción o interés?

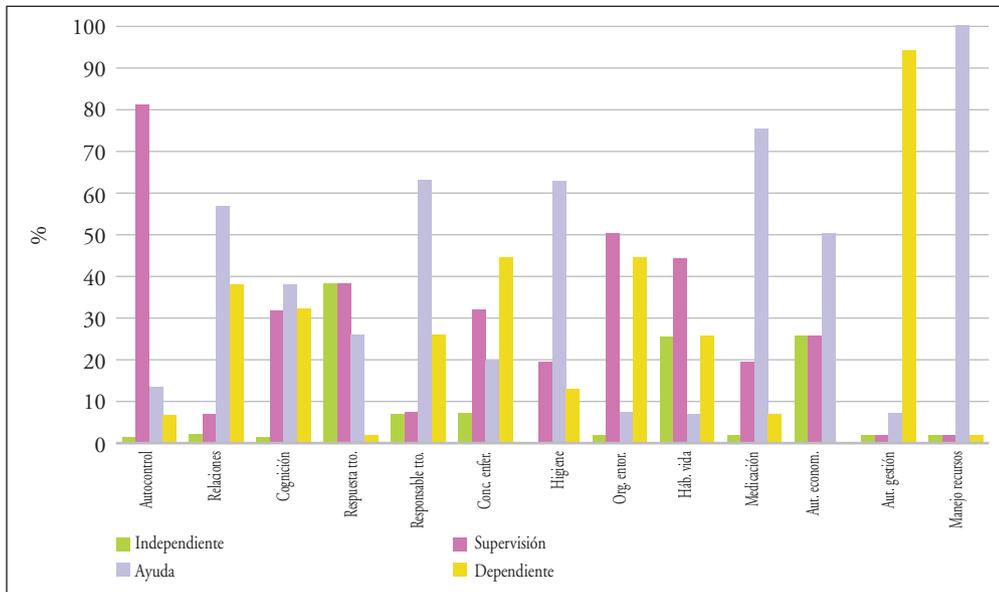


Fig. 1. Perfil de la muestra según variables de la escala de Cronicidad.

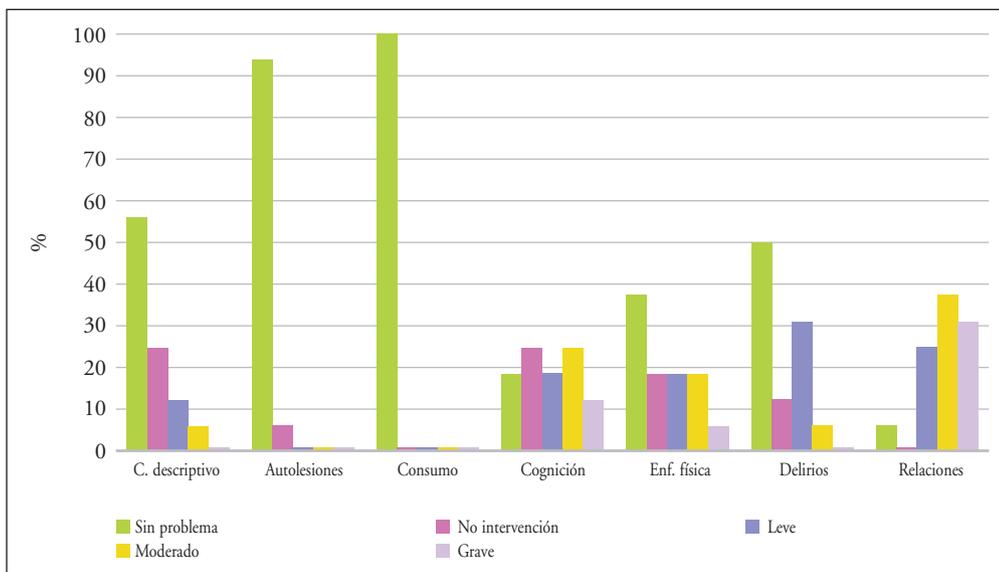


Fig. 2. Perfil de la muestra según variables de la escala HoNOS.

trastorno esquizoafectivo, 12% trastorno por consumo de alcohol, 12 % trastorno con ideas delirantes y 6% retraso mental.

RESULTADOS

Por escalas: escala de evolución HoNOS: 12,81/48 puntos; escala de Cronicidad: 87,5% cronicidad de grupo III y 12,5% de grupo IV y en Barthel: el 87,5% dependencia leve.

En la escala de Cronicidad: el 81,3% presenta capacidad de mantener relaciones duraderas. El 56,3 % presentan relaciones escasas. El 37,5 % no mantienen relación interpersonal. Solo el 31,3% tiene conciencia parcial de enfermedad. El 62,5%, necesita ayuda para el tratamiento y el 75% tiene una respuesta adecuada con oscilaciones temporales (Fig. 1).

Respecto a las áreas de autocuidado, salud y de autonomía personal, el 62% presenta aspecto desaseado o aseado bajo supervisión. El 50% cuida el entorno próximo con ayuda (vivienda limpia y or-

denada y respeto de espacios colectivos). El 43,8%, tienen hábitos de vida saludables. El 75% no conoce su medicación y precisa apoyo. La mayoría, por sus pensiones, tiene autonomía económica; el 100% necesita ayuda para trámites burocráticos y utilizar recursos socio-sanitarios (Fig. 1).

Según la escala HoNOS y con respecto a las variables clínicas y psicopatológicas, el 80% no presentaron problemas de conducta; el 50 % no presentaron ideas delirantes y/o alucinaciones y el 31,3% lo hicieron de forma leve (Fig. 2).

Con respecto a las AVD, los sujetos presentan más dependencia en las áreas de ducha, arreglo, vestido y alimentación (Tabla 1).

Según el lugar de residencia, en los residentes en pisos asistidos la edad media es mayor, tienen mayor independencia para AVDB, menor cronicidad, a pesar de estar más años en la institución, y más estabilidad de su patología que los residentes en el centro psiquiátrico (Tabla 2).



Tabla 1. Puntuaciones medias en los ítems del índice de Barthel

	Mínimo*	Máximo**	Media
Comer	1	2	1,25
Ducha	1	2	1,69
Vestido	1	3	1,5
Arreglo	1	2	1,69
Deposición	1	3	1,19
Micción	1	3	1,13
Uso retrete	1	3	1,13
Escaleras	1	3	1,19

*Independiente. **Necesita ayuda.

Tabla 2. Perfil de la muestra según lugar de residencia actual y escalas

	CPR	PISO
Edad media	71,83	77,75
Barthel	79,5	90
Cronicidad	61,17	57
Honos	13,5	10,75

Se observa diferencia en relación con los hábitos de vida, organización del entorno, aspectos cognitivos, responsabilidad y respuesta al tratamiento y conciencia de enfermedad, tareas para las que los sujetos de pisos son más autónomos (Fig. 3).

En relación con el tiempo de institucionalización, los que llevan más de 10 años presentan mayor dependencia para las AVBD (> 10 años, 81 puntos; 2-4 años, 84 puntos), mayor grado de cronicidad (> 10 años, 61 puntos; 2-4 años, 56 puntos) y menor evolución de la enfermedad (> 10 años, 12 puntos; 2-4 años, 14 puntos) que los que llevan menos.

Según diagnósticos, se observan perfiles similares en las escalas HoNOS y de Cronicidad y desiguales en índice de Barthel, presentando los sujetos diagnosticados de trastorno esquizoafectivo y retraso mental (RM) más dependencia para las AVBD (Fig. 4).

DISCUSIÓN

En función de la escala de Criterios de Cronicidad, la mayoría tienen manejo social variable y pobre planificación del tiempo libre, más de la mitad presentan responsabilidad deficiente ante el tratamiento, pero perciben la necesidad de ayuda, tal y como puede ocurrir en ancianos sin enfermedad mental.

En función de la escala de evolución HoNOS, el 80% de la muestra no padece alteraciones graves de conducta, si bien el 31%, presentaban ideas delirantes y/o alucinaciones de forma leve, al igual que ocurre en ancianos demenciados (11). Por lo que, según el Documento de Calidad y Dependencia del Imsero (12) podrían optar a una plaza en centro residencial, lo que es incongruente con mantener a estos pacientes en una ULE.

En función del rendimiento en AVD, a pesar de presentar dependencia leve para las AVBD, la mayoría se asean con supervisión. Como expresan Kuehnel y cols. (13), y muestra este estudio, estas personas precisan asistencia para tareas de aseo e higiene personal, vestido y arreglo, ejecutando luego la tarea, conservando independencia en deambulación, continencia urinaria y fecal.

En cuanto a las AVID, el 50% cuidan y manejan el entorno, mantienen hábitos de vida saludables para administrar la medicación la mayoría precisa apoyo, tienen buena autonomía económica y para el uso de recursos sociosanitarios y trámites burocráticos el 100% necesitan el apoyo de una tercera persona, semejante a los residentes en centros residenciales.

Los sujetos que residen en pisos, a pesar de tener más edad, son más independientes en las AVBD y más autónomos para mantener el entorno y hábitos de vida saludables, tienen mayor competencia y autocontrol, mejor capacidad cognitiva, mayor responsabilidad ante el tratamiento y más conciencia de enfermedad, como confirma el estudio de Trieman y cols. (6). Estos datos, reflejan la autonomía en sujetos que residen en pisos y manifiestan la importancia de potenciar la autonomía en los más jóvenes para mejorar su calidad de vida.

Con respecto a la integración social del anciano institucionalizado, Shergill y cols. (14) concluyen que los pacientes mayores psiquiátricos en hogares de ancianos tienen, incluso, menos independencia que en los hospitales psiquiátricos.

Otros estudios sugieren que, en residencias, los ancianos están sujetos a menor número de normas de convivencia, lo que favorece su vida

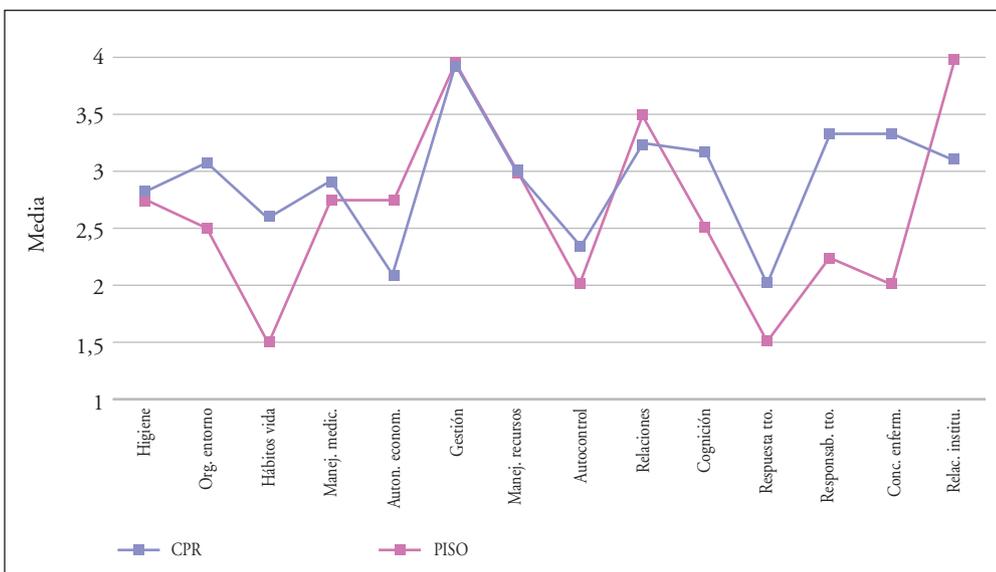


Fig. 3. Perfil en la escala de Criterios de Cronicidad según residencia actual.

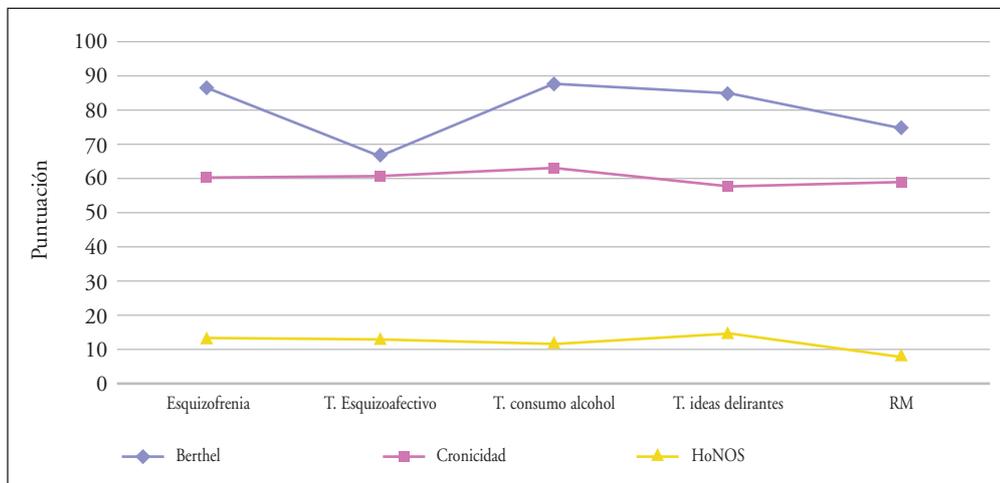


Fig. 4. Perfil en escalas según diagnósticos.

cotidiana (15, 16). Otros autores, concluyen que la estancia en residencia se caracteriza por aislamiento social, baja participación en las actividades de ocio y la estigmatización de las experiencias (17).

El estudio realizado en Holanda con personas mayores, en 2003, demostró la eficacia de la convivencia de personas con y sin enfermedad mental, que reciben ayuda para las AVD, en viviendas dedicadas a este grupo etéreo, concluyendo que es recomendable integrar socialmente a los mayores con enfermedad mental (18), lo que concuerda con los resultados de este estudio.

La eficiencia de esta convivencia tiene importancia social, ya que el precio medio de la plaza de residencia para personas mayores dependientes en España es de 16.311 € año y las psicogeriatricas de 17.815 € año. En Aragón, el precio de la plaza de dependiente y psicogeriatrica es de 14.760 € año (19). En las unidades de rehabilitación residenciales de larga estancia el precio máximo por paciente asciende a 2.118,13 € mes (25.416 € año) y en pisos super-

visados a 736,04 € mes (8.832 € año) (20), por lo que habrá plantearse la ubicación de cada usuario en el servicio adecuado.

CONCLUSIÓN

La integración del paciente geronto-psiquiátrico mayor en la comunidad es posible a través de plazas residenciales, según la Reforma Psiquiátrica de 1985.

El diagnóstico no es suficiente criterio para derivar a uno u otro centro o para ser rechazado.

Es conveniente realizar estudios futuros para analizar los beneficios y/o perjuicios que pueden afectar a la calidad de vida de esta población en centros residenciales, contribuyendo a su vez a eliminar el estigma con el que se les suele catalogar.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Observatorio Europeo de Políticas y sistemas sanitarios. Ministerio de Salud y consumo, 2007.
- Plan estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental en la comunidad autónoma de Aragón. Gobierno de Aragón. Departamento de salud, consumo y servicios social. Zaragoza, 2002.
- Friedman JL, Harvey PD, Coleman T, Moriarty PJ, Bowie C, Parrella M y cols. Six-year follow-up study of cognitive and functional status across the lifespan in schizophrenia: a comparison with Alzheimer's disease and normal aging. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1441-8.
- Kurtz MM, Moberg PJ, Mozley LH, Hickey T, Arnold SE, Bilker WB y cols. Cognitive impairment and functional status in elderly institutionalized patients with schizophrenia. *Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 631-8.
- Harvey PD, Silverman JM, Mohs RC, Parrella M, White L, Powchik P y cols. Cognitive decline in late-life schizophrenia: a longitudinal study of geriatric chronically hospitalized patients. *Biol Psychiatry* 1999; 45: 32-40.
- Trieman N, Wills W, Leff J. TAPS project 28: does reprovision benefit elderly long-stay mental patients? *Schizophr Res* 1996; 21: 199-208.
- De la Serna, I. Manual de psicogeriatría clínica. Barcelona: Masson, 2000. 242-3.
- Baztán JJ y cols. Escalas de actividades de la vida diaria. En: Del Ser T, Peña-Casanova J, eds. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: JR Prous, 1994, 137-64.
- Comisión para ingresos y seguimiento de los pacientes en los centros sanitarios de rehabilitación de salud mental del sistema de salud de Aragón. Criterios de Cronicidad. 20 abril 2005.
- Wing JK, Beevor A, Curtis RH. HoNOS. Health of the Nation Outcome Scales. Trainer's Guide. London. College Research Unit, 1996.
- Alarcón R. Psicosis de inicio tardío y su relación con las demencias. *Avances en psiquiatría biológica*, vol. 6, 2005.
- Imsero. Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidad de servicios. Estudio de Consultoría y Asistencia Fundación SAR. Colección Documentos Serie Documentos Técnicos N.º 21009, 2007.
- Rodríguez A. Rehabilitación psicossocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ediciones Piramide, 1997, 33-54.
- Shergill S, Stone B, Livingston G. Closure of an asylum: the Friern study of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1997; 12: 119-23.
- Shepherd G, Muijen M, Dean R y cols. Residential care in hospital and in the community: quality of care and quality of life. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 448-56.
- Trieman N, Leff J, Glover G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. *British Medical Journal* 1999; 319: 13-6.
- Barry MM, Crosby C. Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with longterm psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 210-6.
- Marja F, Depla M, Ron de Graaf D y cols. Community Integration of Elderly Mentally Ill Persons in Psychiatric Hospitals and Two Types of Residences. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 730-5.
- Imsero. Informe 2006. Las Personas Mayores en España Colección Estudios Serie Documentos Estadísticos n.º 22.008. Tomo 1, cap 7. Servicios sociales para personas mayores en España, 2006.
- BOA n.º 57. 24 de Marzo de 2009. Orden de 9 de marzo, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se modifica parcialmente el anexo I de la orden 27 de abril de 2007, por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios.