

TITULO: BRINDAR HERRAMIENTAS PARA LA AUTONOMIA

AUTOR: Silvana Noemí de Rosa, Pujol 1430, 15-6-0286762,
sndr71@yahoo.com.ar

Medica Psiquiatra, Especialista en Política y Gestión de la Salud Mental,
Clínica Moravia, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. República Argentina.

RESUMEN

La autonomía de los pacientes psicóticos y el trabajo de su resocialización luego de la internación psiquiátrica ha sido estudiado en distintas partes del mundo, especialmente en los países de habla inglesa. Faltan estudios que intenten adaptar los parámetros de atención del modelo anglosajón a América Latina. En este contexto una situación inesperada como la pandemia por el Covid 19 ha empeorado el armado subjetivo y el desamparo social que pueden sentir los pacientes.

El presente estudio se propone aportar evidencia acerca de la importancia de trabajar en el desarrollo de herramientas para el afianzamiento de la autonomía de un paciente psicótico a los fines de su resocialización, y su fortaleza frente a la incertidumbre. Para ello se estudió un paciente atendido en una clínica privada de la ciudad de Buenos Aires, en los módulos de internación psiquiátrica e integración comunitaria.

Se halló que el paciente luego de la internación y después de un mes de inserto en el módulo de integración comunitaria mejoro la evaluación de parámetros tales como la autonomía, los síntomas negativos, y la percepción de autoeficacia. Los resultados de este estudio se hallaron en consonancia con otras investigaciones previamente analizadas. Futuras investigaciones deberían intentar analizar si existe una correlación positiva entre los tratamientos integrales (de psicofarmacología e intervención psicosocial) y la mejora en los síntomas negativos y la autonomía de vida de los pacientes psicóticos.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como objetivo analizar la importancia de trabajar en el desarrollo de herramientas, en un paciente internado psiquiátricamente.

La evaluación del grado de autonomía permitirá predecir si se encuentra en condiciones de acceder a un sistema de integración comunitaria. La medición de la evolución de los síntomas negativos de su enfermedad luego de la inserción comunitaria permitirá conocer el grado en que esta ha podido influir positivamente en la conducta del paciente.

Se estudió a un paciente X, en la ciudad de Buenos Aires en el periodo del 28 de diciembre de 2019 al 10 de marzo de 2020. Se obtuvieron datos de entrevistas personales y telefónicas.

Se administraron el Índice de Barthel o de Discapacidad de Maryland. Actividades básicas de la vida diaria [ABVD] (Marthland Barthel or Disability Index. Basic activities of daily living [ABVD]) de Mahoney y Barthel (1955), en su versión española (Baztán, Pérez del Molino, Alarcón, San Cristóbal, Izquierdo & Manzarbeitia, 1993).

Escala de Síntomas Positivos y Negativos [PANSS] (Positive and Negative Syndrome Scale [PANSS]) de Kay SR, et al. (1987), en su adaptación española (Peralta y Cuesta, 1994).

Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) de Overall y Gorham (1962), en su adaptación española (Martínez Azumendi, 2004).

Escala de Evaluación de la Recuperación: Dominios y Etapas [RAS-DS] (Recovery Assessment Scale-Domains and Stages [RAS-DS] de Nicola Hancock (2015) en su traducción española (Fuentes y Astorga, 2018).

Se tomaron los mismos instrumentos, antes de ser dado de alta y al mes, estando ya en un dispositivo de integración comunitaria. Entre los antecedentes se han identificado trabajos similares en Colombia, (Uribe-Restrepo, Escobar & Cubillos, 2017), y en la Universidad de Columbia (Mascayano & Montenegro, 2017). Fuera de la región latinoamericana, en Alemania (Cavelti, Wirtz, Corrigan & Vauth, 2017), Australia (Frost et al., 2017; Parker et al., 2017), Dinamarca (Larsen, Lange, Jorgensen, Kistrup & Petersen, 2018), Etiopia (Hanlon, 2017), Estados Unidos (Asher, Patel & De Silva, 2017), (McGinty, Kennedy-Hendricks, Choksy, Stone & Daumit, 2018), Italia (Accordini, Saita, Irtelli, Buratti & Savuto, 2017; Fioritti, 2018), Países Bajos (van der Meer & Wunderink, 2019) y Reino Unido (Almerie et al., 2015; Bouras, 2017; Craig, 2019).

DESARROLLO

Marco teórico

La salud mental comunitaria de 1950 trajo el concepto de que las personas con enfermedad debían ser ayudadas a mantenerse en la comunidad. La calidad de vida que logre el sujeto dependerá más del trastorno cognitivo y de la sintomatología negativa de la enfermedad que de la positiva (Gabay, 1999).

El Índice de Mahoney y Barthel (1955), en su versión española (Baztán, Pérez del Molino, Alarcón, San Cristóbal, Izquierdo & Manzarbeitia, 1993) valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria. Evalúa el comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al baño, traslado sillón-cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0,5,10,15), obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. Con un punto de corte en 60 (por encima de 60 implica independencia) (Trigás Ferrín, 2008). Es necesario evaluar la recuperación en forma fiable, para ello se han utilizado la RAS-DS de Nicola Hancock (2015) en su traducción española (Fuentes y Astorga, 2018) (Cavelti et al., 2017) que incluye preguntas de: (a) cómo se sienten las personas con ellas mismas y sus vidas; (b) las vivencias emocionales que tienen de sus síntomas y; (c) cómo estos condicionan su funcionamiento.

Historia Clínica

El paciente vivía con su madre hasta el fallecimiento de esta. Asistió a la escuela secundaria hasta segundo año. Tuvo trabajos temporarios. La madre presentó convulsiones durante el parto, lo que hace pensar en una hipoxia fetal, y posterior desarrollo de discapacidad intelectual o de psicosis. Hace 15 años fue atendido por una psiquiatra. Luego estuvo internado en cuatro oportunidades. La psiquiatra relata que la enfermedad comenzó a temprana edad, presentando predominancia de síntomas negativos.

La higiene personal de X es deficiente, no participa en las actividades. Puede comer e ir al baño solo. Tiene una apariencia pueril y dependiente. Habla con poca fluidez. Cree que sus problemas se deben al fallecimiento de su madre.

Se tomó Índice de Barthel de Mahoney y Barthel (1955), en su versión española (Baztán, Pérez del Molino, Alarcón, San Cristóbal, Izquierdo & Manzarbeitia, 1993). Escala PANSS de Kay SR, et al. (1987), en su adaptación española (Peralta y Cuesta, 1994). Escala BPRS de Overall y Gorham (1962), en su adaptación española (Martínez Azumendi, 2004). Escala RAS-DS de Nicola Hancock (2015) en su traducción española (Fuentes y Astorga, 2018).

De acuerdo con las evaluaciones, el paciente presentaba predominancia de síntomas negativos.

Acepto su inserción en una casa de medio camino. Al principio continuaba con falta de voluntad. Sin embargo, lo fueron guiando para que pudiera ir adquiriendo capacidades.

Método

Participante.

La unidad de análisis es un paciente atendido en la Ciudad de Buenos Aires en una clínica privada donde se recolectó información de su funcionamiento en internación y, luego, en un dispositivo de integración comunitaria.

Instrumento.

La historia clínica como fuente de información contiene evidencia del paciente; en cuanto al grado de autonomía alcanzado a través de la medición de los síntomas negativos y las mejoras alcanzadas luego de la intervención psicosocial.

Las fuentes de información incluyen los relatos del paciente y el personal que lo asiste. El uso de múltiples fuentes de información permite corroborar los resultados obtenidos y otorgarles mayor solidez a los hallazgos.

Procedimiento

Procedimiento para la recolección de datos.

Los métodos de recolección de datos incluyeron escalas, entrevistas, y observación por parte de enfermeros y asistentes, tanto en la internación como en el módulo de integración comunitaria.

Se utilizaron métodos cualitativos con el propósito de comprender la perspectiva del paciente. Para esto se usaron los siguientes instrumentos: (a) entrevistas semiestructuradas al paciente, familiar y cuidadores, (b) Índice de Barthel o de Discapacidad de Maryland. Actividades básicas de la vida diaria {ABVD} (Marthland Barthel or Disability Index. Basic activities of daily living {ABVD}; Mahoney & Barthel, 1955), en su versión española (Baztán, Pérez del Molino, Alarcón, San Cristóbal, Izquierdo & Manzarbeitia, 1993). Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0,5,10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0.

(c) Escala de Síntomas Positivos y Negativos {PANSS} (Positive and Negative Syndrome Scale {PANSS}; Kay SR, et al. 1987) en su adaptación española (Peralta y Cuesta, 1994). Se considera un test útil para valorar severidad de síntomas y monitorización de respuesta al tratamiento. Es una prueba formada por 30 ítems que se puntúan de 1 ausente a 7 extremo.

(d) Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale {BPRS}; Overall y Gorham 1962), en su adaptación española (Martínez Azumendi, 2004). Se utiliza como una medida de gravedad y de subtipificación (positivo o negativo) del trastorno esquizofrénico. La escala Likert de 7 valores, oscila entre 1 (ausencia del síntoma) y 7 (extremadamente grave). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 18 ítems, pudiendo oscilar entre 18 y 126.

(e) Escala de Evaluación de la Recuperación: Dominios y Etapas {RAS-DS} (Recovery Assessment Scale-Domains and Stages {RAS-DS}; Nicola Hancock 2015) en su traducción española (Fuentes y Astorga, 2018). Consta de 38 ítems, evaluados cada uno con una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta, a las cuales se le otorga una puntuación de 1, 2, 3 y 4 respectivamente. Las puntuaciones varían entre los 38 y 152 puntos, indicando los valores más altos una mayor percepción de autoeficacia.

Las escalas fueron tomadas al final del periodo de internación y al mes, luego del ingreso en la atención comunitaria.

Procedimiento para el análisis de los datos.

La información recolectada se analizó con base en un conjunto de categorías definidas por las preguntas del caso. Las conclusiones fueron tomando forma con los patrones que iban surgiendo de este análisis.

RESULTADOS

Análisis descriptivo de las categorías estudiadas.

Durante el período de internación el paciente tenía un funcionamiento autónomo, con una puntuación en la escala de Barthel de 85 puntos. Luego de la intervención psicosocial, logró una puntuación de 95 puntos en la misma escala. Durante el período de internación podía comer, vestirse, arreglarse, ir al baño, trasladarse y deambular independientemente, en actividades como afeitarse y subir-bajar escaleras necesitaba ayuda. En estas actividades, luego de la intervención psicosocial logró mejoría.

En cuanto a la escala de síntomas PANSS, se observó que durante la internación el paciente presentaba predominancia de síntomas negativos con un puntaje de 43 en esta subescala, de 8 en la subescala de síntomas positivos y de 68 en la de psicopatología general. Luego de la integración comunitaria se observó un descenso en el puntaje de las tres subescalas, obteniéndose un valor de 29 en la de síntomas negativos, 7 puntos en la subescala de síntomas positivos, y 29 en la de psicopatología general.

En la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica durante el periodo de internación se encontró predominancia de síntomas negativos con puntaje de 23 en esta subescala, de 6 en la subescala de síntomas positivos, y 71 como puntaje total. Luego de la atención comunitaria se observó descenso del puntaje en las tres subescalas, siendo de 13 puntos en la subescala de síntomas negativos, 4 puntos en la de síntomas positivos, y 31 el puntaje total.

En la Escala de Evaluación de la Recuperación, obtuvo durante el periodo de internación un puntaje de 92 puntos. Luego de la intervención psicosocial obtuvo un puntaje general mayor de 104 puntos, mejorando en dominios tales como la esperanza, el manejo de la enfermedad y el empoderamiento.

Tabla 1: Tabla de puntuación RAS-DS

	Cosas que valoro	Dominios y Etapas		
		Hacia adelante	Manejando mi enfermedad	Conectando perteneciendo
Internación	13	45	16	18
Comunitaria	15	50	21	18

CONCLUSIÓN

Relación de resultados con estudios existentes

Los resultados de este estudio están en consonancia con otras investigaciones en la perspectiva de recuperación (Asher et al., 2017; Craig, 2019; Chang et al., 2018; Frost et al., 2017; Hanlon, 2017; Larsen et al., 2018). La intervención psicosocial presenta limitaciones en la recuperación, dado que los condicionamientos residuales de la enfermedad pueden permanecer. No obstante, se apuesta a renovar un sentido de posibilidad para que el paciente pueda encontrar su propio camino. Al igual que en el presente caso, en Alemania también se ha utilizado la Escala de Evaluación de Recuperación (RAS) considerada como la medida más común en la investigación de recuperación (Cavelti et al. 2017).

Un estudio realizado en Australia (Parker et al., 2017) acerca de las experiencias del personal que trabaja en un dispositivo de integración comunitaria al indagar al personal involucrado, en cuanto a considerar la rehabilitación como un espacio diferente del tratamiento, coincide con las apreciaciones halladas en el presente estudio.

Estos resultados adhieren a los de un estudio realizado en Londres (Bouras, 2017) el que pone en evidencia la importancia de la psiquiatría en el énfasis de los derechos humanos, el empoderamiento y la participación de los pacientes. América Latina tiene una oportunidad para avanzar en la investigación de la atención comunitaria en salud mental debido a que la mayoría de los estudios se basan, en estudios observacionales (Uribe-Restrepo et al., 2017). Los resultados de este estudio están en consonancia con la evidencia de la importancia de la participación por parte del paciente y su familia (Mascayano & Montenegro, 2017).

Futuras investigaciones deberían analizar si hay correlación positiva entre los tratamientos integrales con la mejoría de los pacientes en relación a sus síntomas negativos y su autonomía, en otras regiones del país y respecto del sector público de salud. Y delimitar la ventana de oportunidad para el traspaso desde la internación hacia la integración comunitaria.

Referencias según normas APA

Accordini M., Saita, E., Irtelli, F., Buratti, M. & Savuto, G. (2017). Stories of change: the text analysis of handovers in an Italian psychiatric residential care home. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 24(4), 232-242.

Almerie, M.Q., Okba Al Marhi, M., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., Matar, H. E., Maayan, N. & Bergman, H. (2015). Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*.

Asher L, Patel V & De Silva MJ. (2017). Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 355.

Barr W, Brown A, Quinn B, McFarlane J, McCabe R & Whittington R. How effective is high-support community-based step-down housing for women in secure mental health care? A quasi-experimental pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 20(1), 41-9.

Bonnin CM, Torrent C, Arango C, Amann BL, Solé B, González-Pinto A, Crespo JM, Tabarés-Seisdedos R, Reinares M, Ayuso-Mateos JL, García-Portilla MP, Ibañez Á, Salamero M, Vieta E & Martínez-Aran A (2016). Functional remediation in bipolar disorder: 1-year follow-up of neurocognitive and functional outcome. *Br J Psychiatry*, 208(1), 87-93.

Bouras N. (2017). Social challenges of contemporary psychiatry. *Psychiatriki*, 28(3), 119-202.

Caldas de Almeida JM. (2013). Mental health services development in Latin America and the Caribbean: achievements, barriers and facilitating factors. *Int Health*, 5(1), 15-8.

Cavelti M, Wirtz M, Corrigan P & Vauth R. (2017). Recovery assessment scale: Examining the factor structure of the German version (RAS-G) in people with schizophrenia spectrum disorders. *Eur Psychiatry*, 41, 60-67.

Chang BH, Geller JL & Biebel K. (2018). Recovery Services and Outcomes in a State Psychiatric Hospital. *Psychiatr Q*, 89(3), 707-716.

Craig TJ. (2019). Social care: an essential aspect of mental health rehabilitation services. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 28(1), 4-8.

Fioritti A. (2018). Is freedom (still) therapy? The 40th anniversary of the Italian mental health care reform. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 27(4), 319-323.

Frost BG, Tirupati S, Johnston S, Turrell M, Lewin TJ, Sly KA & Conrad AM. (2017). An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: evolution and challenges. *BMC Psychiatry*, 17(1), 22.

Gabay, P. (en prensa). Rehabilitación y reinserción social en Salud Mental. *Perspectivas internacionales*. Vertex. Revista argentina de Psiquiatría.

Garber-Epstein P, Roe D. (2017). [The recovery model: One paradigm, two conceptions]. *Vertex*, 28(135), 360-366.

Hanlon C. (2017). Next steps for meeting the needs of people with severe mental illness in low- and middle-income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 26(4), 348-354.

Larsen C, Lange M, Jørgensen K, Kistrup K & Petersen L. (2018). Coteaching Recovery to Mental Health Care Professionals. *Psychiatr Serv*, 69(6), 620-622.

Mascayano F & Montenegro C. (2017). [The "recovery model" and the mental health carereform: Evidence, differences and elements for a Latinamerican agenda]. *Vertex*, 28(136), 460-467.

McGinty EE, Kennedy-Hendricks A, Linden S, Choksy S, Stone E & Daumit GL. (2018). An innovative model to coordinate healthcare and social services for people with serious mental illness: A mixed-methods case study of Maryland's Medicaid health home program. *Gen Hosp Psychiatry*, 51, 54-62.

Menezess PR, Araya R, Miranda J, Mohr DC, Price le SN. (2015) The Latin American treatment and innovation network in mental health h (LATINMH): rationale and scope. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*, 72(4), 321-30.

Morath JM. (1987). Theory-based intervention: a case study using Sullivan's interpersonal theory of psychiatry. *Perspect Psychiatr Care*, 24(1), 12-9.

Organización Panamericana de la Salud. 49.º CONSEJO DIRECTIVO 61.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009CD49/11 (Esp.) / ORIGINAL: ESPAÑOL. Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental.

Parker S, Dark F, Newman E, Korman N, Rasmussen Z & Meurk C. (2017). Reality of working in a community-based, recovery-oriented mental health rehabilitation unit: A pragmatic grounded theory analysis. *Int J Ment Health Nurs*, 26(4), 355-365.

Rodríguez JJ. (2010). Mental health care systems in Latin America and the Caribbean. *Int Rev Psychiatry*, 22(4), 317-24

Shulz S.C. (2016). Esquizofrenia. *Trastornos psiquiátricos Manual MSD version para profesionales*. Disponible en <https://www.msmanuals.com/es-ar/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>

Trigas ferrin M. (2008). *IndiceDeBarthel.pdf* Disponible en <https://meiga.info/escalas/IndiceDeBarthel.pdf>

Uribe-Restrepo JM, Escobar ML & Cubillos L. (2017). Psychiatric rehabilitation in Latin America: challenges and opportunities. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 26(3), 211-215.

van der Meer L, Wunderink C. (2019). Contemporary approaches in mental health rehabilitation. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 28(1), 9-14.