



**Centros de
Integración
Juvenil, A.C.**

**ESPECIALIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES
9º GENERACIÓN
2012-2013**

**REPORTE DE INVESTIGACIÓN
PARA CONCLUIR EL PROGRAMA ACADÉMICO DE LA ESPECIALIDAD PARA
EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES**

TEMA:
“LA DISCAPACIDAD DE LOS PACIENTES CRÓNICOS INSTITUCIONALIZADOS
EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “DR. RAFAEL SERRANO”, MEDIDA CON LA
LISTA DE COTEJO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD”

ALUMNO:
DR. JESÚS GUTIÉRREZ OCAMPO

ASESOR EXPERTO Y DIRECTOR DE TESIS:
DR. JOSÉ ANTONIO VICUÑA GARCÍA

CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2014

ÍNDICE	PÁGINA
1.-RESÚMEN	3
2.-INTRODUCCIÓN	3
3.- ANTECEDENTES GENERALES	4
4.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	13
5.- JUSTIFICACIÓN	16
6.- OBJETIVOS	16
7.- MATERIAL Y MÉTODOS	16
8.- RESULTADOS	21
9.- DISCUSIÓN	36
10.- BIBLIOGRAFÍA	39

RESUMEN:

La discapacidad se define como un problema en los cuidados sobre sí mismo, las actividades de casa, en su alrededor, entenderse y comunicarse, al igual que la relación con los demás, la participación en sociedad y sus compromisos (George et al, 2002).

Ha habido consecuencias imprevistas de la desinstitucionalización, una nueva generación de personas no institucionalizadas que tienen enfermedad mental severa que está sin hogar.

El objetivo de este estudio, consistió en describir la discapacidad en los pacientes crónicos institucionalizados del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, utilizando la Lista de Cotejo de la Organización Mundial de la Salud (CIF).

Se incluyeron a 100 pacientes a los cuales se les realizó la CIF para valorar la discapacidad global; los resultados mostraron que el ser un paciente crónico institucionalizado conlleva a presentar discapacidad en todas las áreas de la vida.

INTRODUCCIÓN:

En las últimas décadas se inició la llamada desinstitucionalización, la cual es el reemplazo de los grandes hospitales psiquiátricos de larga estancia por alternativas más pequeñas y menos aisladas basadas en la comunidad para el cuidado de personas mentalmente enfermas, con disminución o cierre de hospitales psiquiátricos de larga estancia.

En Estados Unidos y Europa, algunos pacientes ya han sido desinstitucionalizados y esto a traído diferentes consecuencias, desde pacientes mentales que se encuentran en las calles sin hogar, hasta pacientes que se encuentran en las cárceles a consecuencia de las actitudes propias de la enfermedad mental.

Por lo que la desinstitucionalización de algunos pacientes crónicos trae consigo mayores desventajas para ellos como para la comunidad.

ANTECEDENTES GENERALES:

La desinstitucionalización puede definirse como el reemplazo de los grandes hospitales psiquiátricos de larga estancia por alternativas más pequeñas y menos aisladas basadas en la comunidad para el cuidado de personas mentalmente enfermas. No se limita a la reducción de censos del hospital psiquiátrico. La disminución o cierre de hospitales psiquiátricos de larga estancia es sólo una parte del proceso, además del desarrollo de servicios especiales para el cuidado de la población no institucionalizada mentalmente enferma.

La desinstitucionalización de personas mentalmente enfermas tiene tres componentes: la liberación de estos individuos de los hospitales a la comunidad, su diferimiento de la admisión del hospital y el desarrollo de servicios de la comunidad alternativos. Los más grandes problemas han sido la creación de recursos adecuados y accesibles en la comunidad.

Ha habido consecuencias imprevistas de la desinstitucionalización, una nueva generación de personas no institucionalizadas que tienen enfermedad mental severa que está sin hogar, o que han sido criminalizados y quienes presentan retos significativos en los sistemas de servicio.

La desinstitucionalización exitosa involucra más que simplemente cambiar el sitio de cuidado; esa planificación del servicio debe ajustarse a las necesidades de cada individuo; el cuidado hospitalario debe estar disponible para aquellos que lo necesitan; los servicios deben ser culturalmente relevantes; las personas muy enfermas mentalmente deben ser involucradas en la planificación del servicio; ese sistema de servicio no debe restringirse por la ideología preconcebida y debe lograrse la continuidad de cuidado.

Las dimensiones de desinstitucionalización en los Estados Unidos son impresionantes. En un poco más de 40 años (de 1955 a diciembre de 1998), el número de camas ocupadas de hospitales estatales en los Estados Unidos se redujo de 339 por 100,000 habitantes a 21 por 100,000 habitantes en cualquier día.

La razón para seguir con la desinstitucionalización, abarca varias asunciones muy importantes. Primero, el cuidado basado en la comunidad sería más humano que el cuidado basado en el hospital. Segundo, el cuidado basado en la comunidad sería más rentable que el basado en el hospital.

Sin embargo, también se ha cuestionado la validez de la desinstitucionalización. El cuidado en la comunidad, más humano y más terapéutico que el del hospital, no puede ser realizado a menos que se tengan servicios comprensivos para las personas con discapacidades mentales más severas y se hayan proporcionado los recursos adecuados para asegurar la aplicación de estos servicios. Actualmente no es posible cerrar todos los hospitales psiquiátricos, muchos continúan albergando la esperanza de que se eliminen algún día estas instituciones, pero aún así se reconoce la dificultad de establecer sitios alternativos en donde puedan admitirse a los pacientes para observación intensiva, estructurada o con el cuidado comprensivo como el de un hospital.

Hay personas para las cuales la desinstitucionalización debe considerarse como un desarrollo positivo, sin embargo, esto no aplica a todos los individuos mentalmente enfermos ya que algunas personas muy enfermas han encontrado muy difícil sostenerse por su cuenta en la comunidad.

Entre otros problemas, el acceso fácil al alcohol y otras sustancias químicas han exacerbado mucho sus síntomas y han interferido con cualquier progreso que podrían haber tenido, un hecho pasado por alto en los años tempranos de la desinstitucionalización.

El aumento de gente sin hogar y la criminalización entre las personas mentalmente enfermas nos dice inequívocamente qué tan importante es que consideremos estos factores en la planeación de servicios para las personas con enfermedades mentales crónicas.

¿Cómo le hacen los individuos con enfermedad mental y sin hogar? Estos enfermos son vulnerables al desalojo de sus viviendas, a veces debido a su incapacidad para convivir con dificultad o incluso con situaciones ordinarias de propietario-arrendatario, estos individuos terminan en las calles y solos, tienen una tendencia de irse lejos de sus familias o de hogares de internado.

Una vez que las personas mentalmente enfermas están fuera, pueden dejar de tomar sus medicamentos, la falta de cuidado médico en las calles y los efectos de abuso de alcohol u otras drogas son complicaciones graves adicionales; además pueden estar demasiado desorganizados como para vivir en las calles y pueden exhibir conductas bizarras o disruptivas que los conduzcan a que sean llevados a un hospital o cárcel.

Hay evidencia de que las personas mentalmente enfermas sin hogar presentan una mayor severidad de patología que las personas mentalmente enfermas en

general y varios factores nos permiten que concluyamos que ha habido un aumento en la gravedad de la enfermedad desde la desinstitucionalización.

Numerosos grupos de personas mentalmente enfermas residen actualmente en cárceles y prisiones, ya que la hospitalización crónica en hospitales estatales no es una opción para estas personas, debido al número reducido de camas en hospitales estatales.

Como resultado de la desinstitucionalización, un número grande de personas mentalmente enfermas están ahora en la comunidad. La sociedad tiene una tolerancia limitada para la conducta mentalmente desordenada y el resultado es presionar para institucionalizar a las personas que necesitan el cuidado las 24 horas dondequiera que haya cuarto, incluso la cárcel. En lugar de hospitalización y tratamiento psiquiátrico, las personas mentalmente enfermas que han cometido crímenes menores, frecuentemente son sujetos a arrestos y encarcelamientos inapropiados. Además, muchas personas con enfermedad mental que podrían haber vivido en hospitales estatales están ahora en la comunidad donde hay más oportunidades de llamar la atención de la policía, ya que lo que es percibido como conducta criminal, es a menudo una manifestación de su enfermedad.

La desinstitucionalización nos ha dejado conocimientos de las necesidades de personas mentalmente enfermas. Nos ha dejado con un punto de vista biopsicosocial que implica la interacción de eventos biológicos, psicológicos y sociológicos que afectan la vida de personas mentalmente enfermas, demanda que no sólo se considere la biología de la enfermedad mental sino también el contexto social del cuidado y particularmente las circunstancias especiales, necesidades y esperanzas de los pacientes individuales cuando planeamos los servicios de salud con ellos y para ellos.

Hemos observado que el cuidado de salud mental comunitario es potencialmente más humano y más terapéutico que el cuidado del hospital, pero que este potencial sólo se realiza cuando se han reunido ciertas condiciones previas. La desinstitucionalización puede ser vista como un progreso naciente en el cuidado de personas mentalmente enfermas, al mismo tiempo, sin embargo, está claro que ha habido problemas en el proceso de desinstitucionalización.

Con el advenimiento de las medicaciones antipsicóticas modernas y el tratamiento psicosocial, la gran mayoría de enfermos puede vivir en un rango de ambientes abiertos en la comunidad, no obstante, permanece una minoría de personas que tienen enfermedad mental crónica y severa que necesitan del cuidado altamente estructurado de 24 horas, frecuentemente en instituciones cerradas. El hecho de

que una proporción significativa de esta minoría no esté recibiendo el cuidado suficiente y esté viviendo en las cárceles, en las calles o en otras situaciones inaceptables es evidencia que el cuidado de la comunidad adecuado no ha sido provisto para las personas mas enfermas (Lamb et al, 2001).

El cuidado de hospitales psiquiátricos ha estado sujeto fundamentalmente a la desinstitucionalización durante las últimas cuatro décadas en Europa Occidental y los Estados Unidos. En Finlandia este proceso se ha tardado aproximadamente diez años y ha ocurrido principalmente en los años noventa, ya que cerca del 70% de 253 pacientes crónico se egresó con éxito de un hospital y la mayoría se egresó a medios residenciales. Sólo 15% de la muestra fue capaz de vivir sin apoyo profesional diario.

Una disminución exitosa en el uso de hospitales psiquiátricos entre pacientes crónicamente enfermos sólo es posible si se cuenta con tipos alternativos de cuidados residencial.

Las unidades de tratamiento con personal más y mejor educado son necesarias si el proceso de desinstitucionalización continua. Los pacientes psiquiátricos crónicos son enfermos que dependen de apoyo considerable. Además, una reducción demasiado rápida de camas de hospital puede llevar a hospitalizaciones repetidas, problemas de vivienda y aislamiento social.

Aunque un mayor desarrollo de ambientes de tratamiento alternativo podría ser más caro que proveer cuidado hospitalario, las alternativas pueden ser más humanas.

Los cambios en la cultura del tratamiento han precedido al proceso de desinstitucionalización y la situación económica de la sociedad ha agregado la velocidad a éste. Sin embargo, los cambios continuos y desarrollos en el cuidado psiquiátrico no deben ser exclusivamente dependientes de los factores financieros (Räsänen et al, 2000).

Al final del siglo 20, los políticos de salud mental enfocaron mucho su atención en reducir el uso y la duración del tratamiento del paciente psiquiátrico internado, un grupo de individuos que tienen enfermedad mental grave y que requieren cuidados prolongados y tratamiento en hospitales psiquiátricos públicos. Estos individuos ponen un reto a los esfuerzos emprendidos en la última década por muchas agencias de salud mental estatal para reducir más el número de camas en los hospitales estatales.

El cuidado crónico y el tratamiento de personas que tienen enfermedad mental grave se volvieron la función central de los hospitales psiquiátricos públicos en el siglo XIX. A mediados del siglo XX el censo de pacientes psiquiátricos en los hospitales estatales de Estados Unidos en cualquier día excedió la mitad de un millón. El proceso popularmente llamado desinstitucionalización que empezó brevemente y posteriormente continuó en el resto del siglo, reduciendo significativamente la población de hospitales estatales. Así a la mitad de los 90, poco más de 72,000 pacientes residieron en estos medios lo que traduce a una reducción de casi 90%.

Varios factores contribuyeron a este declive, incluso la disponibilidad de nuevos tratamientos farmacológicos para enfermedad mental y la reforma de mecanismos legales para la admisión involuntaria y la retención en los hospitales estatales.

La expansión de la industria de casas de cuidado y reembolso federal para éstas, el desarrollo de programas residenciales basados en la comunidad para las personas con enfermedad mental y otras innovaciones programáticas han proporcionado ambientes alternativos en los cuales muchos de estos individuos podrían ser colocados en lugar de admitirse en un hospital estatal. La disponibilidad de estas alternativas, de estos ambientes alternativos particularmente cuando se acoplan con atención de apoyo apropiado, facilitó la reducción de pacientes crónicos en los hospitales estatales. De hecho, en un esfuerzo intensivo de desinstitucionalización ordenado por la corte en el occidente de Massachusetts, la sub población de pacientes crónicos en los hospitales estatales psiquiátricos fue el grupo más fácilmente de desinstitucionalizar.

Durante la segunda mitad del siglo XX, la desinstitucionalización redujo grandemente el tamaño de la población de hospitales estatales de Estados Unidos. Sin embargo, el paso al cual esta reducción procedió disminuyó en los años setenta y ochenta. Durante ese periodo la población crónica, continuaba manteniendo una presencia en los hospitales psiquiátricos estatales de Estados Unidos. Esta población consistió en dos grupos: un número menguado de pacientes "crónicos viejos" que fueron hospitalizados antes de que la desinstitucionalización empezara y que permanecía a pesar de ella y un grupo de pacientes "crónicos nuevos" que comenzaron con hospitalizaciones prolongadas durante el periodo a pesar de los esfuerzos de prevenirlo.

En los 90s se atestiguaron esfuerzos renovados de muchos estados para disminuir aun más o para cerrar muchos de sus hospitales psiquiátricos estatales restantes en Estados Unidos y para cambiar el sitio de tratamiento

institucionalizado agudo a hospitales generales locales. Estas intervenciones redujeron aun mas (aunque no la eliminaron) la población crónica.

Los pacientes que permanecían fueron aquellos cuyas tendencias conductuales y otras características los hacían más difíciles de ser colocados en los ambientes comunitarios.

De hecho, para muchos individuos no es solamente su enfermedad psiquiátrica sino una combinación de tendencias conductuales y factores clínicos que necesitan hospitalización continua, varios pacientes tiene condiciones médicas que restringen el rango de lugares alternativos en los cuales podrían ser colocados. Por ejemplo, pacientes que tienen diabetes o hipertensión requieren un nivel mayor de vigilancia para asegurar que siguen una medicación apropiada y régimen dietético. Para pacientes que se han dañado la visión o audición o quién padece artritis se restringen los ambientes físicos en los que ellos pueden ser colocados y pueden requerir alguna ayuda en las actividades de vida diaria. Igualmente, individuos que tienen dificultad para tragar, con desórdenes gastrointestinales o con obesidad pueden necesitar vigilancia dietética estrecha, lo cual hace que la colocación sea difícil para algunos de estos individuos. Así estos pacientes permanecen hospitalizados.

Otro grupo de pacientes tiene historias conductuales que sugieren que su colocación en un lugar con menos vigilancia podría activar una cadena de eventos con consecuencias indeseables. Por ejemplo, individuos que han exhibido abuso de sustancias grave o incumplimiento de la medicación en episodios anteriores en la vida de comunidad podrían involucrarse repetidamente en asaltos u otras conductas peligrosas aun cuando sean supervisados, podría haber un número de pacientes con historia de conductas peligrosas, incluyendo asalto sexual y abuso sexual infantil. Algunos de estos pacientes empezaron sus estancias en el hospital estatales como pacientes forenses, habiendo sido referidos por las cortes para restaurar su competencia para someterse a juicio o que habían sido comprometidos civilmente en vista de las sanciones criminales.

Así el sistema de justicia criminal, miembros de la familia o la comunidad pueden oponerse a la liberación de algunos individuos a lugares de la comunidad.

Es incierto si personas que han residido en un hospital estatal durante dos décadas o más se beneficiarían significativamente de un cambio en la residencia en este punto en sus vidas.

En el caso de un hospital estatal en Estados Unidos, casi la población entera de pacientes, incluso pacientes que habían sido hospitalizados durante décadas, se egresaron en un periodo de aproximadamente diez años. Este resultado requirió que recursos sustanciales sean reasignados para planear y crear un rango de locaciones comunitarias apropiadas para las necesidades de cada paciente. Sin embargo, los datos sugieren que si tales recursos estuvieran universalmente disponibles, los obstáculos para egresar podrían persistir para algunos pacientes. Es probable que persista la resistencia de la comunidad para el egreso de individuos que tienen historias conductuales problemáticas, a pesar de los recursos disponibles.

Estos factores, acoplados con el estigma que rodea a la enfermedad mental, asegura la perpetuación por lo menos de una pequeña población psiquiátrica en hospitales estatales para el futuro previsible (Fisher et al, 2001).

En años recientes, los cierres de hospitales estatales han ocurrido en estados donde la consideración de desinstitucionalización tiene ya lugar. Los últimos pacientes en ser reubicados son residentes crónicos que tienen niveles sumamente bajos de funcionamiento psicosocial, conducta adaptable y habilidades.

Los análisis han probado la hipótesis de que la estancia en la comunidad de los pacientes crónicos es significativamente menor que la institucional, desde que los alojamientos residenciales y los servicios de manejo de casos se esperan que sustituyan el cuidado de los hospitales estatales reduciendo los costos.

Aunque los grandes hospitales psiquiátricos estatales están disminuyendo o cerrando a lo largo de Estados Unidos y en el extranjero, la información empírica está disponible en los niveles de servicio y costos requeridos para tratar a las personas mentalmente enfermas severas con el paso del tiempo en la comunidad.

Los resultados del estudio de Rothbard y cols (1999), sugieren que el costo de tratamiento de un paciente psiquiátrico crónico de larga estancia de los hospitales estatales son por lo menos 50% menos que los de cuidados institucional los cuales habría estado en el hospital estatal de Filadelfia (es decir, USD 60,000 anualmente por persona, en 1992, en la comunidad contra ~ USD 130,000 en el hospital estatal).

El albergue es inadecuado para las personas con apoyo de ingreso marginal, así como hay pobre seguimiento de cuidado para pacientes que dejan un hospital de cuidado agudo después de un episodio de crisis.

Este estudio también sugiere que la mayoría de los pacientes crónicos de larga estancia puede vivir en los lugares residenciales, mientras esté recibiendo el tratamiento ambulatorio comunitario y los servicios de manejo de caso, para un costo reducido.

Esto es posible para todos menos para un porcentaje pequeño de pacientes que requieren un alojamiento asegurado (como los pacientes forenses) o apoyo médico especial, el desarrollo de servicios apropiados para este grupo sería un desafío importante en los siguientes años. (Rothbard et al, 1999).

Los servicios de salud mental cambiaron substancialmente durante los años noventa en los Estados Unidos, a través de las reducciones dirigidas al costo del manejo de pacientes hospitalarios. En el sector privado, por ejemplo, el uso de servicios de pacientes hospitalizados ha disminuido en cerca de una tercera parte en los años recientes.

Las transformaciones mayores también han ocurrido en el sector público y están bien documentados por el sistema de cuidado de salud mental del departamento de asuntos de veteranos (VA).

Aunque los estudios se han enfocado en los veteranos con la enfermedad mental grave, muchos de los cuales requieren cuidados de hospitalización episódico breve, no se han examinado específicamente los efectos de los cierres de las camas en los pacientes hospitalizados

Entre 1991 y 1997, el VA redujo su población psiquiátrica crónica en un 50%. Un estudio proporcionó evidencia de que esfuerzos continuos para cerrar camas de salud mental de VA y limitar los servicios hospitalarios no han producido cambios substancialmente adversos en las tasas de mortalidad o en qué punto los pacientes permanecen conectados con el sistema de cuidado de salud de VA después del egreso (Desai et al, 2003).

Cambios sustanciales en la prestación de los servicios de salud mental durante las últimas décadas han llevado a la reducción o cierre de muchos hospitales psiquiátricos en varios países occidentales. En Italia este proceso empezó a mediados de los 70s y se completó en el 2000.

En un estudio prospectivo, el estado de los pacientes antes del egreso se comparó con su estado en el seguimiento por lo que se refiere a psicopatología y discapacidad social. Se examinaron la mortalidad, estabilidad de residencia y admisión al hospital.

El estudio tuvo lugar en el Hospital Mental Antonini que se localiza en las afueras del área metropolitana de Milán al Norte de Italia, en enero de 1996, con 337 pacientes (178 hombres y 159 mujeres). Se recogieron los datos sociodemográficos y clínicos, los diagnósticos se revisaron por los psiquiatras especialistas según la CIE-10, los síntomas fueron evaluados usando la Escala de Informe de Evaluación Psiquiátrica de 24 ítems (BPRS) y la discapacidad social fue evaluada usando la Escala de Valoración de Discapacidad (DAS). Ambos instrumentos se administraron por un equipo multidisciplinario de médicos. Se probó la fiabilidad inter observador en una sub muestra de pacientes; los coeficientes de k fueron 0.69 para BPRS y 0.63 para DAS, ligeramente debajo de los resultados reportados en estudios de campo de las versiones italianas de estos dos instrumentos.

Un total de 64 pacientes murieron antes del egreso. Así que se egresaron 273 pacientes de los cuales 110 se reubicaron en casas de retiro o instituciones para personas con retraso mental, dos se unieron a sus familias y 161 entraron en un rango de residencias basadas en la comunidad que proporcionaron niveles diferentes de cuidado.

De los pacientes en la muestra, 62 fueron a unidades de cuidado residenciales, 51 a casas de grupo y 48 a apartamentos. Los residentes tenían acceso a los servicios médicos locales y al seguimiento del caso y cuidados de salud mental que se proporcionaron por equipos multidisciplinarios anexos a los de los servicios psiquiátricos de la comunidad.

Los pacientes que se reubicaron en alojamientos de la comunidad eran ligeramente más jóvenes y tenían estancias más cortas que el grupo global de pacientes que estaban en el hospital antes de que comenzara el proceso de cierre, siendo un subgrupo de pacientes que tenía todos los rasgos de una población institucionalizada muy crónica.

En el seguimiento en términos de conducta social global, el número de pacientes con discapacidad leve o ninguna aumentó significativamente, considerando que el número con discapacidad moderada disminuyó significativamente.

Los síntomas no se modificaron, el deterioro en el funcionamiento social permanecía igual y se encontró una mejoría ligera en habilidades básicas de vivienda sólo para pacientes con niveles moderados de discapacidad en la evaluación inicial. Los beneficios de cuidado en la comunidad eran más evidentes para el sub grupo con el nivel de funcionamiento intermedio, mientras que no se observó ningún efecto para los pacientes más discapacitados (Barbatoet al, 2004).

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

La discapacidad se define como un problema en los cuidados sobre sí mismo, las actividades de casa, en su alrededor, entenderse y comunicarse, al igual que la relación con los demás, la participación en sociedad y sus compromisos (George et al, 2002).

La discapacidad se define en el contexto de la tríada de deficiencia, 1) Limitaciones en actividades físicas que van de un rango de vigorosas a cuidados básicos sobre sí mismo, 2) Limitaciones del rol ocupacional (un rango restringido de capacidad de realizar actividades y / o manifestar roles ocupacionales como se espera en las personas. 3) El número de días que el paciente fue incapaz de llevar a cabo sus actividades de la vida diaria (Ormel et al, 1994).

La discapacidad y la calidad de vida se reconocen como factores cruciales en la evaluación de la salud mental, estas mediciones han sido a menudo realizadas con instrumentos diseñados específicamente para su uso con poblaciones psiquiátricas

Limitar el concepto de discapacidad psiquiátrica al trastorno más severo (y a menudo menos común) podría infravalorar substancialmente el impacto total de los trastornos mentales en la salud de la comunidad.

Una alternativa para mediciones psiquiátricas específicas son las llamadas medidas genéricas del estado de salud, que supuestamente pueden utilizarse por todas las áreas del cuidado de salud. Estudios que han utilizado medidas genéricas han levantado conciencia en la comunidad médica general sobre la importancia de los trastornos mentales como una causa de discapacidad.

Los pocos estudios disponibles sugieren que la proporción de individuos que están discapacitados y la severidad de la discapacidad varía según el tipo de trastorno mental y después que se controlan la comorbilidad y factores sociodemográficos, no todos los trastornos mentales se asocian de igual manera a discapacidad.

Ninguno de estos estudios ha investigado la discapacidad entre personas con un diagnóstico actual del DSM-IV en una muestra de comunidad. Además, la mayoría de los estudios cubren un rango limitado de trastornos y en el caso de algunos trastornos se realizaron con muestras pequeñas, se compararon la prevalencia y severidad de discapacidad asociadas con un número grande de trastornos mentales en una muestra de comunidad interseccional.

También se han examinado las correlaciones y la importancia de un diagnóstico de trastorno mental en un autorreporte de discapacidad de salud mental y se ha investigado qué trastornos mentales están independientemente asociados con

discapacidad después de que se controlaron los factores sociodemográficos y la comorbilidad.

En el Estudio Nacional Australiano de Salud Mental y Bienestar, el cual fue una encuesta estratificada, multifásico y multiárea de viviendas privadas que incluían a individuos de 18 años o más, que normalmente vivieran en las casas de cuidado privadas, que incorporó la versión computarizada de la Entrevista Compuesta de Diagnóstico Internacional versión 2.1, una entrevista de diagnóstico totalmente estructurada con buena fiabilidad y validez, se les hicieron preguntas a los participantes de síntomas pertenecientes a los diagnósticos de trastornos afectivos, de ansiedad o de uso de sustancias del DSM-IV durante los 12 meses anteriores.

Los trastornos por uso de sustancias incluyeron el abuso y dependencia de cannabis, sedantes, anfetaminas u opioides; se evaluaron los trastornos físicos con una lista de control de auto reporte de sí-o-no para 12 condiciones crónicas comunes: asma, bronquitis crónica, anemia, hipertensión, problemas del corazón, artritis, enfermedades del riñón, diabetes, cáncer, úlcera estomacal o duodenal, problemas crónicos de vesícula o de hígado y hernia o ruptura, 43% de participantes con cualquier trastorno actual tenían discapacidad moderada o severa.

El nivel de discapacidad varió substancialmente por el diagnóstico. La discapacidad era particularmente prominente entre participantes con un trastorno afectivo, de pánico, de estrés postraumático o de ansiedad generalizada; la proporción más baja de personas sin discapacidad fueron aquellos que tenían trastornos afectivos (6%) y el más alto fue para aquellos que tenían trastorno por uso de sustancias (47%).

Los resultados de este estudio para la asociación entre los trastornos de ansiedad y discapacidad fue genuino y no fue debido solamente a la comorbilidad, se encontraron además relaciones independientes entre discapacidad y trastorno de ansiedad generalizada, así como entre discapacidad y trastorno de pánico que sugieren que después de que se toma en cuenta la comorbilidad, la dependencia de alcohol sin abuso se asocia independientemente con discapacidad.

La dependencia (pero no el abuso) es el componente discapacitante tanto para trastornos de uso de alcohol y uso de drogas, la asociación entre el trastorno somatomorfo con discapacidad fue comparable con la de la depresión. Los trastornos de personalidad y la psicosis se asociaron con discapacidad leve.

Medir sólo las discapacidades asociadas con la enfermedad mental sería infravalorar la carga experimentada por las personas que tienen los trastornos mentales (Sanderson et al, 2002).

Otra patología que tiene un impacto considerable en la calidad de vida de los pacientes mismos, sus familias y otros cuidadores es la demencia. También tienen un uso mayor de los servicios de salud y de los cuidados sociales, a su vez generando costos altos, habiendo relaciones entre costo y discapacidad cognitiva así como problemas conductuales.

El promedio de costo de servicio fue 35 libras por semana para las personas sin discapacidad cognitiva, 57 libras para las personas con discapacidad cognitiva leve o moderada y 75 libras para las personas con discapacidad cognitiva grave. Los análisis encontraron un número de factores que se asociaron con el costo ($P < 0.05$) en los análisis: género; vivir solo; grado de discapacidad en los dominios de locomoción, sostener (destreza), oír ($P = 0.099$), discapacidad cognitiva ($P = 0.065$), conducta y continencia y el tiempo pasado desde que ocurrió primero la condición subyacente de discapacidad, la discapacidad mental (una evaluación combinada de discapacidad cognitiva, conducta y comunicación) están significativamente asociada con el costo.

El envejecimiento de la población mundial ha sido un logro mayor para la ciencia médica y para las políticas económicas y sociales del siglo XX. Sin embargo, estos éxitos han traído sus propios desafíos. Los efectos combinados de varias tendencias (en la demografía, participación en la fuerza laboral, movilidad geográfica y modelos de la familia) han aumentado la necesidad y demanda de los servicios de cuidado a largo plazo. Estos aumentos han sido bien conocidos desde hace mucho tiempo y los diferentes países han respondido a ellos de diferentes formas.

La severidad de discapacidad cognitiva se asocia con el costo, pero uno debe ser consciente de las asociaciones entre los costos y otras discapacidades dadas por el efecto multidimensional de la demencia en la discapacidad y comorbilidad entre las personas mayores generalmente (Kavanagh et al, 2002).

Mientras los signos y síntomas siguen siendo las características de la nosología psiquiátrica, hay acuerdo general que la valoración debe incluir las dimensiones más amplias, como el funcionamiento y la calidad de vida. Esto ha llevado a evidenciar que el tratamiento exitoso debe ir más allá de mejorar signos y síntomas, debe dirigirse a la restauración de la salud. La definición de salud de 1948 de la Organización Mundial de la Salud como "un estado de bienestar físico, mental, y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad" se ha pulido para la evaluación de resultados de tratamiento de salud mental y físicos. Así, la valoración de calidad de vida en pacientes psiquiátricos y el impacto de las intervenciones del tratamiento en la calidad de vida está surgiendo como los problemas importantes para el campo de la psiquiatría (Rapaport et al, 2005).

JUSTIFICACIÓN:

El Hospital Psiquiátrico Rafael Serrano fue fundado en el mes de Abril del año 1967, contando con 40 años de servicio a la comunidad, cuenta con un número considerable de pacientes crónicos institucionalizados, 254 en total (104 hombres y 150 mujeres), la mayoría de estos pacientes provienen de la ciudad de Puebla y del interior del estado de Puebla.

Como ya se comentó anteriormente la desinstitucionalización comenzó a mediados del siglo veinte y hasta la fecha continua, por lo que se decide la realización de este estudio para conocer la discapacidad entre los pacientes crónicos institucionalizados de este hospital, ya que podría ser que la desinstitucionalización alcance a este hospital.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo general de este estudio fue describir la discapacidad en los pacientes crónicos institucionalizados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de Estudio:

Se llevo a cabo un estudio descriptivo, observacional, transversal, prolectivo, unicéntrico, homodémico y aleatorizado.

Muestra:

Los pacientes que participaron en el estudio, fueron los que se encuentran como pacientes crónicos institucionalizados en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, los cuales cuentan con diagnósticos psiquiátricos de acuerdo a la CIE-10, evaluándose a 100 pacientes de los 255 del total de crónicos, (50 pertenecientes a pabellón de hombres y 50 a los de mujeres)

El estudio fue aprobado por el comité de bioética del hospital así como fue autorizado por el comité de investigación, quienes autorizaron la medición de discapacidad con la Lista de Cotejo de la Organización Mundial de la Salud (CIF). Se incluyeron a pacientes que en el momento de la valoración pertenecieran a los pabellones de pacientes crónicos institucionalizados del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano y que al momento que se realizó la aleatorización resultaron seleccionados.

Instrumento de Medición:

Se utilizó la lista de cotejo de Organización Mundial de la Salud (CIF).

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) con carácter experimental.

Los avances de investigación en las décadas de los ochenta y principios de los noventa, generaron una investigación más a fondo de la CIDDM para elaborar una clasificación más completa. Como resultado de cinco años de consulta internacional y estudios de campo sistemáticos, se genera la CIDDM-2 o CIF.

La CIF pertenece a la «familia» de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de salud. Esta familia proporciona el marco conceptual para clasificar un amplio rango de información relacionada con la salud y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

El funcionamiento y la discapacidad asociados a las condiciones de salud, se codifican actualmente mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La Clasificación es un instrumento útil para describir y comparar el estado de salud de las poblaciones.

La OMS estima que cada año se pierden unos 500 millones de años de vida por causa de discapacidades asociadas a problemas de salud, constituyendo más de la mitad de los años perdidos anualmente por muertes prematuras. A diferencia de los indicadores tradicionales de salud basados en mortalidad, la CIF tiene en cuenta las consecuencias de la salud. La clasificación considera la discapacidad no como un problema minoritario y sitúa a todas las enfermedades y los problemas de salud en pie de igualdad con independencia de su causa.

Una persona puede verse imposibilitada para acudir al trabajo por un resfriado o una angina de pecho, pero también a causa de una depresión. Este enfoque sitúa a los trastornos mentales al mismo nivel que las enfermedades físicas y ha contribuido al reconocimiento y documentación de la carga mundial de trastornos depresivos, que es hoy la causa principal de los años de vida perdidos por discapacidad en todo el mundo.

La CIF tiene dos componentes:

Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad. Se subdivide en: a) Funciones y Estructuras Corporales y b) Actividades y Participación.

Parte 2: Factores Contextuales. Se subdivide en: a) Factores Ambientales y b) Factores Personales. (ver cuadro 1).

Cuadro 1 Componentes de la CIF

	Funcionamiento y discapacidad		Factores contextuales	
Componentes	Funciones y estructuras corporales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
Dominios	Funciones corporales Estructuras corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y discapacidad	Influencias internas Sobre el funcionamiento y

				discapacidad
Constructor	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo	Capacidad realización de tareas en un entorno uniforme desempeño realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barreras de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades y participación	Facilitadores	No aplicable
	Funcionamiento			
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la actividad restricción en la participación	Barreras/ obstáculos	No aplicable
	Discapacidad			

Cada componente puede ser expresado tanto en términos positivos como negativos. Cada componente contiene varios dominios y en cada dominio hay categorías que son las unidades de clasificación. La salud y los estados «relacionados con la salud» de una persona, pueden registrarse seleccionando el código o códigos de la categoría apropiada y añadiendo los calificadores, los cuales son códigos numéricos que determinan la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad en esa categoría, o la extensión por la que un factor contextual es un elemento facilitador o inhibidor.

Cuadro 2. Áreas que valora la CIF

D1	Aprendizaje y aplicación
D2	Tareas y demandas generales
D3	Comunicación
D4	Movilidad
D5	Autocuidado

D6	Vida doméstica
D7	Interacciones y relaciones interpersonales
D8	Áreas principales de la vida
D9	Vida comunitaria. Cívica y social

Las funciones y estructuras corporales se clasifican en dos secciones diferentes. Las funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, que incluye las funciones psicológicas. Las estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo: órganos, extremidades y componentes. Las deficiencias constituyen problemas en las funciones o estructuras corporales (por ejemplo: una pérdida).

Se define actividad como la realización de una tarea o acción por una persona. Participación, es el acto de implicarse en una situación vital. Las limitaciones en la actividad son las dificultades que una persona puede tener en el desempeño o en la realización de las actividades; las restricciones en la participación son los problemas que una persona puede experimentar al implicarse en situaciones vitales. Los factores contextuales incluyen los factores ambientales y los factores personales. Los factores ambientales constituyen el entorno inmediato y social. Los factores personales incluyen las características de la persona y estilos de vida.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud supone una herramienta que permitirá la estandarización de los procesos de obtención de información en un campo prioritario en nuestra sociedad. Disciplinas tales como la Epidemiología (que tiene como objeto de estudio la frecuencia y distribución de los fenómenos relacionados con la salud poblacional, así como la descripción de procesos que explican y determinan dichos fenómenos) ofrecen instrumentos que tienen el propósito no sólo de aportar conocimiento, sino, sobre todo, de fundamentar las respuestas sociales en salud. Una vez que conocemos la situación de salud, se implementan políticas sanitarias a fin de lograr que la asignación de recursos sea racional desde la perspectiva de la ética y de la eficiencia social (OMS, 2002).

La lista de la CIF utiliza la siguiente graduación: 0= ningún problema, 1= problema leve, 2= problema moderado, 3= problema severo, 4= problema completo, 8= problema no especificado (usado cuando la información disponible no era suficiente para cuantificar la severidad del problema) y 9= no aplicable (usado cuando la categoría no es aplicable en un paciente específico).

Los cuestionarios fueron llenados por 4 médicos residentes de la especialidad de psiquiatría, los cuales antes de empezar a llenarlos recibieron entrenamiento en un taller que constó de 3 sesiones de 3 horas cada sesión, ofrecido por un experto en la ciudad de Puebla. Siendo el objetivo del taller enseñar el sistema de clasificación antes mencionado y su manejo en situaciones clínicas y el uso correcto de la lista.

La sección de estructuras corporales no fue incluida debido a que no todos los pacientes contaban con estudios de gabinete, además la sección de factores ambientales fue dicotimizada ya que no todos los pacientes contaban con facilitadores.

Procedimiento:

Los datos fueron recolectados en 3 meses (junio a agosto del 2007), los pacientes seleccionados fueron entrevistados por uno de los investigadores usando la lista de la CIF, la entrevista con el paciente duró de 30 a 40 minutos (dependiendo si el paciente hablaba o no), cuando ésta finalizó, se entrevistó a personal de enfermería de la sala correspondiente a cada paciente y se consultó el expediente del paciente con la finalidad complementar la información y también para tomar el diagnóstico del paciente, así como se tomó también del expediente el tiempo de hospitalización.

Los valores de respuesta de la CIF fueron tomados como: 0= tratado como ausente (correspondiente a ningún problema), 1= problema leve, 2= problema leve, 3= problema moderado, 3= problema severo, 4= problema completo, 8= problema no especificado y 9= no aplicable.

Los resultados de la escala se capturaron en una base de datos en Foxbase.

RESULTADOS:

En el estudio participaron un total de 100 pacientes, reclutados de los pabellones 1, 4 y 5 del Hospital. El pabellón 1 es de pacientes mujeres y cuenta con 79 pacientes. En el pabellón 4 hay 71 pacientes mujeres. En el pabellón 5 hay 104 pacientes hombres crónicos. Los participantes fueron elegidos de manera aleatoria, 25 de la sala 1, 25 de la sala 4 y 50 de la sala 5; dando como total 50 mujeres y 50 hombres.

El rango de edad de los pacientes fue de 19 a 92 años y el rango de tiempo de hospitalización fue de 1 a 40 años.

La mayoría de los pacientes proceden de la ciudad de Puebla (65 pacientes); 26 de los 100 pacientes tiene responsable familiar pero solamente 11 recibe visitas de ellos (cuadro 3).

Cuadro 3. Características Sociodemográficas de los Pacientes

Sexo		
Femenino	50	
Masculino	50	
Edad (años)	Hombres	Mujeres
18-27	7	2
28-37	7	8
38-47	13	8
48-57	13	15
58-67	8	9
68-77	1	5
78 y mas	1	3
Tiempo de hospitalización (años)		
1-10	21	17
11-20	15	14
21-30	12	15
31-40	2	4
Lugar de procedencia		
Ciudad de Puebla	35	30
Interior del Estado de Puebla	5	7
México DF	8	6
Estado de México	1	0
Tlaxcala	1	2
Morelos	0	1
Veracruz	0	3
Guerrero	0	1
Tiene Responsable familiar	13	13
Recibe visitas	7	4

En cuanto años de educación formal se encontró que 23 pacientes de los 100 habían cursado al menos un año de educación formal, siendo más frecuente haber cursado 6 años de educación formal con un total de 7 pacientes, seguido de 3 y 12 años (con 2 pacientes cada uno); 98 pacientes nunca han estado casados (as); los 100 pacientes se encuentran desempleados por salud.

La mayor parte de los pacientes cuentan con el diagnóstico psiquiátrico de Retraso Mental (leve, moderado, grave, profundo) siendo un total de 70 pacientes; seguido de Esquizofrenia (paranoide y residual) con 17 pacientes; algunos pacientes cuentan con otros diagnósticos no pertenecientes a psiquiatría, siendo el más común la Epilepsia con 26 pacientes, seguida de la Hipertensión Arterial Sistémica con 6 pacientes y Diabetes Mellitus tipo 2 con 4 (cuadro 4).

Cuadro 4. Diagnósticos Psiquiátricos de los Pacientes

Diagnóstico	Hombres	Mujeres
Demencias		
Tipo Alzheimer	0	1
Vascular	1	1
Esquizofrenia		
Paranoide	1	3
Residual	5	8
Retraso mental		
Leve	1	1
Moderado	18	23
Grave	13	3
Profundo	6	5
Trastorno bipolar	0	1
Trastorno esquizoafectivo	0	1
Trastorno delirante orgánico	5	2
Trastorno orgánico de la personalidad		

Los diagnósticos no psiquiátricos de los pacientes, se muestran en el cuadro 5.

Cuadro 5. Otros Diagnósticos de los Pacientes

Diagnóstico	Hombres	Mujeres
Epilepsia	18	8
Parálisis cerebral infantil	1	0
Hiperplasia prostática	1	0
Síndrome de Down	1	0
Sordomudo	2	0
Hipertensión arterial sistémica	2	4
Vejiga neurogénica	1	0
Bronquitis crónica	1	0
Obesidad	0	2
Enfermedad de Wilson	0	1
Diabetes mellitus tipo2	0	4
Neuropatía óptica izquierda	0	1

Trece de los 100 pacientes no tenían tratamiento médico alguno, los diagnósticos de estos pacientes fueron: Retraso Mental Moderado (7 pacientes), Retraso Mental Grave (1 paciente), Retraso Mental Profundo (3 pacientes), Demencia Vasculare (1 paciente) y Demencia Alzheimer (1 paciente). De los 87 restantes la mayoría se encuentra con mínimo 3 medicamentos de grupos diferentes (antipsicótico, neuromoduladores, antidepresivos, benzodiacepinas, anticolinérgicos y otros) (cuadro 6).

Cuadro 6. Tratamiento Farmacológico Actual

	Hombres	Mujeres
--	----------------	----------------

Antipsicóticos		
Trifluoperazina	9	6
Haloperidol	17	13
Levomepromazina	15	14
Perfenazina	6	7
Penfluridol	4	12
Clozapina	1	0
Pipotiazina	4	0
Zuclopentixol	2	0
Risperidona	0	1
Quetiapina	0	1
Neuromoduladores		
Valproato de magnesio	12	14
Carbamazepina	24	26
Carbonato de litio	0	3
Fenitoina	6	0
Lamotrigina	1	1
Oxcarbazepina	1	0
Leveritacetam	1	0
Primidona	0	1
Antidepresivos		
Fluoxetina	0	2
Paroxetina	1	0
Amitriptilina	1	0
Benzodiazepinas		
Clonazepam	17	15
Diazepam	7	9
Alprazolam	4	0
Anticolinérgicos		
Biperiden	23	17
Amantadina	0	1
Otros		
Glibenclamida	0	1
Metformin	0	1
Insulina	0	1
Acido acetilsalicílico	0	1
Captopril	0	4
Metoprolol	2	0
Xatral	1	0
Prazosina	1	0

Sin tratamiento	7	6
------------------------	---	---

Se encontró que 18 pacientes sufrieron de lesiones que impactaron su nivel de funcionamiento, siendo una fractura las más frecuente (3 pacientes) (cuadro 7).

Cuadro 7. Lesiones Significativas con Impacto en el Nivel de Funcionamiento de los Pacientes (n=18)

Especifique	N
Amputación	2
Apendicetomía	1
Ataxia	1
Deformidad de Miembro Superior	1
Desarticulación de Miembro Superior	1
Gastroenteritis Infecciosa	1
Enucleación de Ojo Izquierdo	1
Estenosis Uretral	1
Fractura	3
Hemiplejia Izquierda	1
Conjuntivitis Bacteriana	1
Luxación de Miembro Superior	1
Microcefalia	1
Neuropatía Diabética	1
Traumatismo Facial	1

Todos los pacientes están catalogados como pacientes asilares en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, por lo que en el último año han estado hospitalizados. Se encontró que 27 de los 100 fuman, siendo la cantidad mayor consumida de cigarrillos de 2 al día (9 pacientes); ningún paciente usa alcohol o drogas (cuadro 8).

Cuadro 8. Toxicomanías.

Toxicomanía	N
Tabaquismo	27
Especifique cantidad promedio diaria	
1	7
2	9
3	7
4	1
5	3
Alcoholismo o Drogadicción	0

En las deficiencias de las funciones corporales, se encontró que se presenta deficiencia en casi todos los ítems, en los correspondientes a las funciones mentales, 96 pacientes presentan alguna deficiencia en las funciones de la orientación, 98 en las funciones intelectuales, 93 en las funciones de la memoria y 97 en las funciones cognitivas superiores (cuadro 9).

Cuadro 9. Deficiencias de las Funciones Mentales

	Magnitud de la Deficiencia			
	Deficiencia Ligera	Deficiencia Moderada	Deficiencia Grave	Deficiencia Completa
	N	N	N	N

Funciones de la conciencia	5			
Funciones de la orientación (tiempo, lugar y persona)	16	33	37	11
Funciones intelectuales	11	36	27	24
Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	9	4	3	
Funciones del sueño	3	1		
Funciones de la atención	39	27	8	2
Funciones de la memoria	24	33	21	15
Funciones emocionales	11	15	10	3
Funciones de la percepción	8	2		
Funciones cognitivas superiores	8 22	32 14	27 13	31 25
Funciones mentales del lenguaje				

En el siguiente cuadro se enlistan las deficiencias encontradas en las otras funciones corporales (cuadro 10).

Cuadro 10. Deficiencias las Otras Funciones Corporales

	Magnitud de la Deficiencia			
	Deficiencia Ligera	Deficiencia Moderada	Deficiencia Grave	Deficiencia Completa
	N	N	N	N

Funciones Sensoriales y Dolor				
Funciones visuales		1	2	
Funciones auditivas	1		1	2
Funciones vestibulares	1		1	
Sensaciones de dolor	2	1		
Funciones de la Voz y el Habla	3	7	6	13
Funciones de la voz				
Funciones de los Sistemas Cardiovascular, Hematológico, Inmunológico y Respiratorio	4	1		
Funciones de la presión arterial				
Funciones del sistema hematológico				
Funciones de los Sistemas Digestivo, Metabólico y Endocrino	1			
Funciones relacionadas con la digestión	3			
Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso	2		2	
Funciones de las glándulas endocrinas	1			
Funciones Genitourinarias				
Funciones urinarias				
Funciones Neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	8	6	1	2
Funciones y movilidad de las articulaciones	8	3	2	
Funciones relacionadas con la fuerza muscular	4	3	1	1
Funciones relacionadas con el tono muscular	8	1	1	1
Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios				

En la parte de limitaciones de la actividad y restricciones de la participación se encontró limitación y restricción en todos los ítems, presentándose en los diferentes grados de limitación sobre todo en los ítems de llevar a cabo múltiples tareas; conversación, en el cuidado de la propia salud, en el de interacciones y relaciones interpersonales, las interrelaciones complejas y las relaciones formales, así como relaciones sociales informales.

También se encontró un alto grado de limitación; en los ítems de trabajo remunerado y autosuficiencia económica así como en el de transacciones básicas y en vida comunitaria (cuadro 11).

De los ítems de aprender a leer, a escribir y a calcular nos se tomaron en cuenta ya que estos pacientes por la edad ya no es aplicable, así como no se tomo en cuenta el ítem de conducción y el de cocinar ya que son pacientes asilares y no aplica para ellos. No se tomaron en cuenta los ítems de relaciones familiares ya que la mayoría son pacientes abandonados que no cuentan con ellos y tampoco el de relaciones íntimas por no ser aplicable para este tipo de pacientes. A pesar de ser pacientes institucionalizados se encontró que 4 pacientes no presentan restricción en las relaciones íntimas.

No aplican los ítems de educación escolar y educación superior por ser pacientes hospitalizados de tipo asilar, de la misma manera los ítems de derechos humanos y vida política y ciudadana no son aplicables para estos pacientes.

Solamente 4 pacientes se desplazan utilizando algún tipo de equipamiento, en el resto de pacientes es no aplicable; así mismo solamente un paciente utiliza los medios de transporte ya que cuenta con permiso para salir del hospital cada semana, en el resto este ítem no aplica.

Cuadro 11. Limitaciones de la Actividad y Restricciones de la Participación

	Magnitud de la Restricción de la Participación			
	Dificultad Ligera	Dificultad Moderada	Dificultad Grave	Dificultad Completa
	N	N	N	N

Aprendizaje y Aplicación del Conocimiento				
Mirar	3	3	4	
Escuchar	3	3	3	2
Resolver Problemas	21	15	19	8
Tareas y Demandas				
Generales	21	12	19	8
Llevar a cabo una única tarea	14	26	23	35
Llevar a cabo múltiples tareas				
Comunicación				
Comunicación-recepción de mensajes	14	16	23	8
hablados	14	18	14	3
Comunicación-recepción de mensajes no	18	12	12	21
verbales	14	21	6	7
	27	19	14	33
Hablar				
Producción de mensajes no	4	6	5	4
verbales	23	5	5	2
Conversación	9	4	2	4
Movilidad				
Levantar o llevar objetos	1	1	2	
Uso fino de la mano				
Caminar				
Desplazarse utilizando algún tipo de	7	8	7	15
equipamiento	13	6	6	14
Autocuidado				
Lavarse (bañarse, ducharse, lavarse las	14	8	8	14
manos)	3	9	6	9
	9	3	7	6
Cuidados de las partes del cuerpo	10	2	6	5
(lavarse los dientes)		10	16	74
Higiene personal relacionada con los	19	12	18	39
procesos de excreción				
Vestirse	9	15	12	39
Comer	5	10	19	45
Beber				

Cuidados de la propia salud	8	22	28	42
Vida Doméstica	21	17	23	28
Adquisición de bienes y servicios	4	25	27	43
(comprar)	7	22	23	18
Realizar los quehaceres de la casa	11	30	21	37
(limpiar la casa, lavar)	2	4	7	87
Ayudar a los demás	18	13	14	45
Interacciones y Relaciones Personales			4	96
Interacciones interpersonales complejas	1	3	22	74
Relacionarse con extraños	12	28	16	31
Relaciones formales	14	16	21	35
Relaciones sociales informales				
Áreas Principales de la Vida				
Educación informal				
Trabajo remunerado				
Transacciones económicas básicas				
Autosuficiencia económica				
Vida, Comunitaria, Social y Cívica				
Vida comunitaria				
Tiempo libre y ocio				
Religión y espiritualidad				

En cuanto a los factores ambientales los 100 pacientes cuentan con apoyo de las personas con cargo de autoridad, cuidadores y personal de ayuda, profesionales de la salud y de otros profesionales, de los 26 que cuenta con familiares solamente 5 cuentan con apoyo de sus familiares, pero de esos 5 solamente los familiares de 3 tienen buenas actitudes hacia el paciente por parte de los miembros de la familia, contando todos los pacientes con buenas actitudes de los cuidadores y personal de ayuda, las actitudes de profesionales de la salud y de individuos relacionados con la salud, solamente hacia uno de los 100 pacientes hay una buena actitud social (cuadro 12).

Cuadro 12. Factores Ambientales.

Factores Ambientales	N
Productos y Tecnología	
Productos y sustancias para consumo personal	82
Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	68
Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos	35
Productos y tecnología para la comunicación	1
Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso publico	88
Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado	1
Entorno Natural y cambios en el entorno derivados de la Actividad Humana	100
Clima	100
Luz	5
Sonido	54
Apoyo y Relaciones	95
Familiares cercanos	100
Amigos	100
Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	100
Personas con cargo de autoridad	3
Cuidadores y personal de ayuda	54
Profesionales de la salud	100
Otros profesionales	100
Actitudes	100
Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	1
Actitudes individuales de amigos	1
Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda	23
Actitudes individuales de profesionales de la salud	0
Actitudes individuales de profesionales “relacionados con la salud”	1
	0
	0

Actitudes sociales	100
Normas, costumbres e ideologías sociales	85
Servicios, Sistemas y Políticas	0
Servicios, sistemas y políticas de vivienda	0
Servicios, sistemas y políticas de comunicación	
Servicios, sistemas y políticas de transporte	
Servicios, sistemas y políticas legales	
Servicios, sistemas y políticas de seguridad social	
Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general	
Servicios, sistemas y políticas sanitarias	
Servicios, sistemas y políticas de educación y formación	
Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo	

Se evaluó también la salud tanto física como mental en los últimos 30 días, en la salud física 48 pacientes presentaron una buena salud, seguido de mala salud con 38 pacientes y en salud mental la mayor frecuencia fue regular con 40 pacientes seguido de mala con 37 (cuadro 13).

Cuadro 13. Estado de Salud en los últimos 30 días

En los últimos 30 días	Calificación				
	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
¿Cómo calificaría su salud física?	1	48	38	10	3
¿Cómo calificaría su salud mental?		6	40	37	17

En cuanto a la ayuda diaria ya sea con algún dispositivo o por personas para el cuidado personal del paciente, se encontró que 4 pacientes utilizan silla de ruedas y que 97 pacientes son ayudados por el personal de enfermería en su cuidado personal (cuadro 14).

Cuadro 14. Utilización de Ayuda Diaria

Ayuda Diaria	N
¿Utiliza algún dispositivo de ayuda como lentes, silla de ruedas, etc? (silla de ruedas)	4
¿Usted tiene personas que le ayuden con su cuidado personal, en sus compras o sus actividades diarias? (enfermería)	97

Se evaluó si en los últimos 30 días el paciente había reducido o había sido incapaz de realizar sus actividades, encontrándose que 18 pacientes habían reducido sus actividades y 7 habían sido incapaz de realizarlas, siendo la totalidad de días que estuvieron con esa incapacidad de 2 (tanto para reducción como para la incapacidad total) (cuadro 15).

Cuadro 15. Reducción o Incapacidad de la realización de las Actividades Cotidianas

Reducción o Incapacidad de las Actividades Cotidianas	N
En los últimos 30 días. ¿Ha reducido sus actividades cotidianas o su trabajo debido a su estado de salud (enfermedad, lesiones, estado emocional, o uso de alcohol o drogas?)	18
¿Cuántos días?	
2	5
3	3
5	3
7	1
8	1
20	3
25	1
29	1
En los últimos 30 días, ha sido totalmente incapaz de	

realizar sus actividades cotidianas o su trabajo debido a su estado de salud? (enfermedad, lesión, estado emocional, o uso de alcohol o drogas) ¿Cuántos días?		7
	1	1
	2	4
	10	2

No se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo y no se pudo relacionar si la discapacidad presentada era por el tiempo de hospitalización o por el diagnóstico psiquiátrico.

DISCUSIÓN:

El presente trabajo describe la discapacidad global de los pacientes crónicos institucionalizados del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, utilizando la lista de cotejo de la Organización Mundial de la Salud.

En el estudio realizado se encontró que la mayoría de los pacientes se encuentran en edades entre los 48 y 57 años; siendo el tiempo de hospitalización más frecuente el comprendido de 1 a 10 años; la mayoría de los pacientes son procedentes de la ciudad de Puebla; pocos son los que tienen responsable familiar y menos de la mitad recibe visitas por parte de sus familiares.

El diagnóstico mayormente encontrado fue el de Retraso Mental siendo casi dos terceras partes de la muestra, de estos pacientes, casi la mitad presenta el tipo moderado, se encontró también que el diagnóstico comorbido más frecuente no perteneciente a psiquiatría es la epilepsia.

En cuanto al tratamiento farmacológico más de las dos terceras partes pacientes se encuentran en tratamiento con 3 psicofármacos de diferentes grupos (como mínimo).

Casi todos los pacientes presentan algún grado de discapacidad en las funciones corporales, teniendo el mayor número de pacientes con discapacidad (arriba de 90) en las funciones de orientación, funciones intelectuales, funciones de la memoria y las funciones cognitivas superiores.

Así como se encontró limitación (de diferentes magnitudes) en todos los ítems de limitaciones de actividad y restricciones de la participación; siendo en lo correspondientes a cuidado de la propia salud donde hubo limitación para todos los pacientes así como en las interacciones interpersonales, en las interrelaciones complejas y las relaciones formales; además que presentaron limitaciones en trabajo remunerado y autosuficiencia económica, en vida comunitaria todos presentaron alguna limitación, con limitación en llevar a cabo múltiples tareas en casi toda la muestra así como en la conversación.

En lo correspondiente a factores ambientales todos los pacientes cuentan con el apoyo de sus cuidadores y los profesionales relacionados con la salud (debido a que son pacientes institucionalizados), encontrándose que solamente una quinta parte de los que cuenta con familiares, cuenta con apoyo por parte de ellos.

Casi todos necesitan de personas que los ayuden en su cuidado personal, en sus compras o en sus actividades diarias, todos los días.

Nuestros resultados indican que la mayoría de los pacientes crónicos institucionalizados del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, tiene algún tipo de discapacidad en la vida comunitaria, en el cuidado de la propia salud, en las funciones de orientación, memorias, funciones intelectuales, funciones cognitivas superiores, lo que los hace un grupo no apto para desinstitucionalizar ya que además de las discapacidades ya referidas, también necesitan de supervisión por parte de personal médico (psiquiatra, enfermería), las 24 hrs., sobre todo los pacientes con diagnóstico de retraso mental (que son la mayoría de la muestra) ya que no pueden valerse por sí solos.

Los pacientes presentan además limitaciones para un trabajo remunerado, así como presentan limitaciones en las relaciones interpersonales, lo que dificulta más su desinstitucionalización (en caso de que ésta alcanzara el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano).

Además muchos pacientes se encuentran en condiciones de asilados casi la mitad de su vida, por lo que ya se habituaron a este tipo de cuidado (donde se les cubre todas sus necesidades, que incluye medicamentos, ropa, comida, cuidados en sus funciones básicas) por lo que el pensar en desinstitucionalizarlos resulta difícil, incluyendo que el apoyo y las actitudes tanto de sus familiares (los que cuentan con ellos) como de la sociedad tampoco apoya esto ya que solamente uno de los 100 cuenta con dicho apoyo; además que ningún paciente cuenta con los servicios, sistemas y políticas legales, ni de las laborales y de empleo.

Si este tipo de pacientes (con estas discapacidades aquí descritas) son enviados a la comunidad y se cierra el servicio de hospitalización crónica de este hospital, muchos de ellos estarán sin hogar y presentarán agudizaciones de su sintomatología psiquiátrica, y no habrá un hospital donde se les otorgue la atención integral necesaria, ya que los reingresos para control de sintomatología son largos; estos paciente tienen limitaciones tanto para la autosuficiencia económica como para el cuidado de la propia salud lo que hace difícil el que vivan fuera del Hospital Psiquiátrico sin que presenten alguna complicación.

El estudio presenta limitaciones debido a que siendo un estudio transversal, no se puede diferenciar si la discapacidad resultante es por el diagnóstico psiquiátrico o el tiempo de hospitalización.

Propondríamos la implementación de terapias estructuradas y que se evaluara la efectividad de estas terapias en la disminución de la discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA:

Barbato A, D'Avanzo B, Rocca G, Amatulli A, Lampugnani D. A Study OF Long-Stay Patients Resettled in the Community After Closure of a Psychiatric Hospital in Italy. *Psychiatric Services* 2004; 65:67-70

Desai MM, Rosenheck RA. Trends in Discharge Dispositions, Mortality, and Service Use Among Long-Stay Psychiatric Patients in the 1990s. *Psychiatric Services* 2003; 54:542-548

Fisher WH, Barreira PJ, Geller JL, White AW, Lincoln AK, Sudders M. Long-Stay Patients in State Psychiatric Hospitals at the End of the 20th Century. *Psychiatric Services* 2001; 52:1051-1056

George S., Kathleen B, Olin J, Martinez R, Wainscott C, Ranga K. Comorbidity of Late Life Depresión: An Oportunity for Research an Mechanisms and Treatment. *Society of Biological Psychiatry* 2002; 52: 543-558

OMS. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) Rev. Esp. Salud Publica 2002 vol 76 N:4 .

Kavanagh S, Knapp M. Costs and Cognitive disability: modeling the underlying associations. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180:120-125

Lamb HR, Bachrach LL. Some Perspectives of Desinstitutionalization. *Psychiatric Services* 2001; 52:1039-1045

Ormel J, Vonkerff M, Oldehinkel J, Simon G, Tiemens B, Üstün T. Onset of Disability in Depressed non Depressed Primary Care Patients. *Psychological Medicine*. 1999; 29, 847-853.

Rapaport MH, Clary C, Fallad R, Endicott J. Quality of Life limpairment in Depressive and Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1171–1178

Räsänen S, Hakko H, Herva A, Isohanni M, Nieminen P, Moring J. Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients in Northern Finland. *Psychiatric Services* 2000; 51:383-385

Rothbord AB, Kuno E, Schinnar AP, Hadley TR, Turk R. Service Utilization and Cost of Community Care for Discharged State Hospital Patients: A 3-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry* 1999; 156:920-927

Sanderson K, Andrews G. Prevalence and Severity of Mental Health-Related Disability and Relationship to Diagnosis. *Psychiatric Services* 2002; 53:80-86