

Un programa experimental psicosocial para pacientes agudos hospitalizados*

Psic. Peter Ryan H.**

Resumen

Este trabajo se ubica dentro del campo de la investigación aplicada y consta de los siguientes elementos: 1) Evaluación del estado actual del servicio, basada en un análisis de efectividad, calidad, disponibilidad y patrón de uso. 2) Diagnóstico de las necesidades del servicio, basado en este análisis. 3) Programa de rehabilitación social, implementado en forma piloto. 4) Evaluación del programa piloto para poder comparar su efectividad con la del servicio tradicional. 5) Programa piloto implementado en una forma más amplia, siempre que los resultados de la etapa anterior indiquen una mayor efectividad.

Los resultados que se presentan aquí se basan en un estudio exploratorio para una investigación aplicada en el contexto de un hospital psiquiátrico para pacientes agudos.

Se hizo una evaluación de los servicios del hospital y a continuación se elaboró un diagnóstico de sus necesidades. Se implementó un programa de rehabilitación social en forma piloto con el objetivo prioritario de facilitar la readaptación óptima del paciente a su propio medio ambiente comunitario a través de la clasificación de sus roles sociales, ocupacionales y familiares. Se evaluó el programa por medio de un diseño experimental de grupo control y experimental, que incluía un seguimiento comunitario de seis meses.

Los resultados indican que el programa experimental es superior al programa control en términos de reducción de síntomas y de funcionamiento comunitario; por otro lado, el grupo control mejoró más que el grupo experimental en términos de adaptación hospitalaria.

Introducción

Una de las prioridades en el campo de la psiquiatría es desarrollar y probar nuevos modelos de servicios que atenuen los efectos negativos de la estancia hospitalaria prolongada y que favorezcan la readaptación del paciente psiquiátrico a la comunidad. La línea de investigación aplicada (2) que a continuación

* En los estudios originales en que se basa este trabajo han participado el Mtro. en Psic. Marcelo Valencia y los psicólogos Blanca Rosa Oteró, Mariana Núñez G., Néstor R. González y Ma. Luis Rascón, investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

** Investigador del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Abstract

This study is presented within an applied research framework, consisting of the following elements: 1) An evaluation of the existing service, based on an analysis of effectiveness, quality, availability, and pattern of service use. 2) A diagnosis of service needs or gaps based on the foregoing analysis. 3) The implementation of an innovative pilot programme designed to improve the quality and effectiveness of the traditional service. 4) An evaluation of the pilot programme so as to compare its effectiveness with that of the traditional service. 5) Implementation of the pilot model on a wider basis, assuming that the results of the previous stage indicate a superior effectiveness.

The results to be presented pertain to an attempt to implement the applied research framework to a public mental hospital for acute patients.

An evaluation of existing services was made, as a result of which an innovative pilot programme of psycho-social rehabilitation was implemented. Its main aim was to increase the probability of a rapid and effective return to community living by helping the patient, whilst still in the hospital, to clarify his occupational, social and family roles. The programme was evaluated by means of an experimental control group, six month follow-up design.

The results indicate that the experimental programme was superior to the control in terms of symptom reduction; the experimental group patients were also able to continue functioning in the community at a higher level than were the control group patients. On the other hand, the control group patients improved more than the experimental group in terms of hospital adjustment.

se presenta, tiene como objetivo primordial la elaboración y evaluación de programas con dichas características.

La investigación aplicada consiste en un proceso continuo que abarca las siguientes etapas:

1. La evaluación de servicios de salud con el propósito de analizar su nivel de efectividad y, con base en este análisis, diagnosticar las necesidades y limitaciones de dicho servicio.

2. Teniendo como base este análisis y diagnóstico previo, implementar nuevos modelos de servicio en forma piloto con el propósito de aumentar la calidad y efectividad de los mismos.

3. Evaluar la efectividad de los nuevos modelos a través de métodos científicos experimentales.

4. Implementar los nuevos modelos en una forma

más amplia, siempre y cuando los resultados demuestren mayor efectividad que el servicio tradicional.

La filosofía de la investigación aplicada: un rol activo para el investigador

Generalmente, el investigador ve su rol como el de un observador objetivo de los fenómenos estudiados, y cualquier consecuencia de utilidad práctica que vaya más allá de la investigación no es de interés o relevancia para él. La responsabilidad de llevar todo esto a la práctica no es función del investigador. Es precisamente esta división entre el rol científico y el rol de implementador, que la investigación aplicada intenta evitar. El investigador que realiza su trabajo bajo el modelo de la investigación aplicada, integra en su propio rol elementos científicos del análisis, evaluación y elementos técnicos de la aplicación de la investigación en la práctica.

El elemento evaluativo del rol consiste en la aplicación de métodos científicos experimentales al programa estudiado. Esto implica idealmente la designación de grupos controles y experimentales y la selección aleatoria de pacientes a los grupos designados, manteniendo las condiciones constantes en los grupos designados a lo largo de la investigación y la aplicación de instrumentos de medición en diferentes etapas al momento de ingresar, cuando el paciente es dado de alta y en la etapa de seguimiento.

Es importante señalar que las técnicas no-experimentales tienen un rol básico en la investigación aplicada, especialmente cuando no hay suficiente control administrativo para poder llevar a cabo en un contexto dado un diseño experimental.

La ventaja adicional del método experimental es que aporta información acerca del nivel probable de efectividad de su programa en su contexto específico.

Lo que se plantea entonces es describir brevemente las distintas etapas de esta línea de investigación aplicada, que se han llevado a cabo hasta la fecha: a) su marco teórico; b) una evaluación de servicios de salud de un hospital mental para pacientes agudos; c) la implementación en forma piloto de un modelo de rehabilitación social para pacientes agudos; d) la evaluación de dicho modelo utilizando un diseño experimental; e) la implementación de programas colaterales que como resultado del trabajo en proceso se consideren prioritarios en la rehabilitación del paciente (por ejemplo: un análisis de los factores que impiden o facilitan la mutua adaptación de la familia y el paciente).

Antecedentes

El marco teórico de esta línea de investigación aplicada está basado en un análisis ecológico de los componentes ambientales tanto del hospital como de la comunidad, que facilitan o inhiben el estado de salud del individuo.

En términos del ambiente hospitalario, varios au-

tores (2, 5, 8) han descrito el fenómeno del hospitalismo como una condición de dependencia que llega a convertirse en un ambiente proteccionista, hasta que el estilo de vida institucional desplaza y anula cualquier participación en la comunidad; todo esto combinado con una manifestación sintomática de la angustia, el aislamiento social y una pérdida de esperanza en el futuro. Barton (1) ha sugerido que los factores institucionales que favorecen el desarrollo del hospitalismo incluyen: pérdida de contacto con el mundo exterior, falta de actividad y sumisión excesiva a la autoridad del personal.

Basado sobre este análisis teórico y de acuerdo con el modelo de la investigación aplicada, Ryan, Valencia y cols. llevaron a cabo una evaluación de los servicios de salud de un hospital mental para pacientes agudos (6).

Como consecuencia de la evaluación, estos autores implementaron en forma piloto un programa de rehabilitación social, cuyas características esenciales fueron: mantener en el ambiente hospitalario la identidad comunitaria del paciente proporcionándole ayuda en la formulación y especificación de sus roles ocupacionales, sociales y familiares en términos de su propio criterio, de manera que le permita su readaptación a la comunidad una vez dado de alta; y evitar o minimizar el problema del hospitalismo por medio de un programa estructurado de actividades sociales.

Descripción del programa

Las metas del programa consisten en lograr la rehabilitación del paciente, tanto en el ambiente hospitalario como en la comunidad, a través de la intervención en los siguientes aspectos: orientación familiar, orientación ocupacional, habilidades sociales, control de síntomas y medicamentos, autocuidado, actividades recreativas y deportes (7).

El programa está dividido en tres etapas:

1. Canalización. Consiste en la admisión de los pacientes al programa. Los pacientes son aceptados en base a los criterios de admisión o cuando exista una remisión de sintomatología y, por lo tanto, los pacientes ya estén en condiciones de participar en el programa.

2. Programa de rehabilitación. En esta etapa se implementan las metas generales del programa en las cuales los pacientes participan activamente durante su hospitalización. En esta etapa se plantean las metas básicas de tratamiento de cada paciente revisando semanalmente su progreso hasta el momento de su alta, al mismo tiempo que se involucra a la familia en el proceso de rehabilitación. Cada paciente participa en todas las actividades del programa de manera que esté ocupado durante el día. De esta forma se evita el hospitalismo, es decir, que pase a una situación de dependencia del hospital y esté todo el tiempo sin hacer nada. A través del programa se busca estructurar al paciente por medio de su rehabilitación para que de esta forma tenga una vida satisfactoria y un buen ajuste en la comunidad.

3. Seguimiento. Una vez que el paciente ha sido

dado de alta se continúa en contacto con él y con su familia en la etapa de seguimiento. Esta etapa consiste en que el paciente pueda asistir periódicamente al hospital para la evaluación de su rehabilitación. Si por alguna razón no asiste, se intenta localizarlo. Si esto no es posible, el equipo de seguimiento va a su casa de modo que el enfermo continúe con el seguimiento, que tiene una duración de seis meses.

Metodología de la investigación

Se propuso evaluar la efectividad de dicho programa de la siguiente manera: se formaron dos grupos de pacientes: el grupo control, en el quinto piso del hospital y el experimental, en el tercer piso, y una cantidad mínima de 50 pacientes fue canalizada a cada grupo.

Los pacientes fueron evaluados en tres etapas: al momento de ingresar a su grupo, al ser dados de alta, y durante el seguimiento comunitario, que tuvo una duración de 6 meses.

La evaluación del paciente se realizó en las siguientes áreas: 1) Manifestación sintomática (por medio de la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica, de Overall y Gorham, 1962). 2) Conducta hospitalaria (por medio de la Escala de la Conducta Hospitalaria del Paciente, de Ryan y Wing, 1975). 3) Congruencia del grupo (por medio de la Escala de Congruencia del Grupo, de Cohen, 1969). 4) Satisfacción con el servicio (por medio del Índice de Satisfacción con el Servicio, de Marks, 1973). 5) Funcionamiento global, que consiste en la medición combinada de la manifestación sintomática del paciente y su funcionamiento social (por medio de la Escala de Valoración Global, de Spitzer, 1975).

Resultados

Sintomatología. Los resultados indican claramente una mayor disminución de sintomatología en los pacientes del grupo experimental que en los del grupo control. Esta diferencia es significativa al nivel del 1%, de acuerdo a la prueba aplicada (Mann Whitney U). Llamamos la atención algunas diferencias en la mejoría de los pacientes del grupo experimental, tales como: ansiedad, tensión, depresión, contenido del pensamiento y aplanamiento afectivo. Se encontraron dos características importantes en el grupo control: que los pacientes salieron con mayor ansiedad y con mayor tensión que la manifestada cuando ingresaron al hospital (ver tabla 1, gráfica 1).

Funcionamiento global (gráfica 2). En términos de su funcionamiento global, los pacientes en el grupo control lograron una mejoría promedio de 14.0 puntos durante su internamiento, mientras que los pacientes experimentales mostraron una mejoría promedio de 22.4 puntos, diferencia que llega a tener significación al nivel de 1%. Se encontró que en la etapa de seguimiento los pacientes del grupo experimental seguían aproximadamente en el mismo nivel de funcionamiento en comparación con el nivel logrado al ser dados de alta (67.5 puntos en el seguimiento y 69.9 puntos

al ser dados de alta). Por otro lado, el nivel de funcionamiento global comunitario del grupo control bajó 18 puntos en comparación con su funcionamiento antes de ser dados de alta (una media de 48 puntos en la comunidad en comparación con 66 puntos antes de ser dados de alta en el hospital).

Conducta hospitalaria. Los resultados en el área de la conducta hospitalaria son contradictorios, pues aunque el nivel de conducta hospitalaria de los pacientes experimentales antes de ser dados de alta es ligeramente superior a la de los pacientes controles; esta diferencia no es significativa. Por otro lado, los pacientes controles demostraron una mejoría en la conducta hospitalaria superior a la del grupo experimental.

Otros resultados. Los pacientes experimentales demostraron tener una mayor congruencia de grupo y obtener mayor satisfacción del servicio.

Interpretación de los resultados

En primer lugar, es importante señalar que los datos sugieren la probabilidad de que exista una relación directa entre la presencia de un programa de rehabilitación social y la disminución en la manifestación de síntomas: los pacientes del grupo experimental presentaron una mayor reducción en su sintomatología en comparación con los controles. Esta diferencia probablemente se deba a la aplicación del programa de rehabilitación social en el grupo experimental.

Otro resultado de gran importancia es que el funcionamiento global de los pacientes experimentales mejoró durante su estancia hospitalaria y que éstos mantuvieron un nivel similar del funcionamiento en la comunidad; por otro lado, los pacientes del grupo control lograron una mejoría menor en su funcionamiento global dentro del hospital, que disminuyó al reintegrarse a la comunidad hasta llegar aproximadamente al mismo nivel que tenían cuando ingresaron al hospital.

En términos de conducta hospitalaria, los resultados indican una tendencia contradictoria: los pacientes del grupo control lograron mayor mejoría en su nivel de conducta hospitalaria que los del grupo experimental. A pesar de que el motivo no está muy claro, éste podría explicarse como debido a algunas diferencias en los criterios de observación de las enfermeras responsables, a falta de sensibilidad en la escala, etc. Está en proceso un análisis más profundo.

Finalmente, podemos concluir que la investigación aplicada proporciona resultados de interés tanto a nivel teórico como a nivel práctico. A nivel teórico, su estructura metodológica permite avances en el proceso científico para aprobar o rechazar las hipótesis y para la elaboración de modelos teóricos. A nivel práctico, los resultados ayudan a mejorar la calidad y la efectividad de los servicios psiquiátricos.

Recomendaciones para el futuro

Una vez que la efectividad del programa piloto fue comprobada en un servicio tradicional, el modelo de la investigación aplicada sugiere que la etapa próxi-

ma sea la de implementación. Sin embargo, es importante señalar que la implementación de un programa en una forma más amplia es una tarea de gran dificultad y complejidad, pues implica una reestructuración de los roles del personal del hospital, un mayor apoyo por parte del personal administrativo y un programa efectivo de capacitación. Aunque hemos podido comprobar la efectividad de este nuevo modelo de servicio esto no implica que lo acepten como un elemento normativo del hospital. Para el año próximo una de las metas prioritarias es investigar bajo qué condiciones se podría llevar a cabo la implementación óptima del nuevo modelo, así como la de otras opciones.

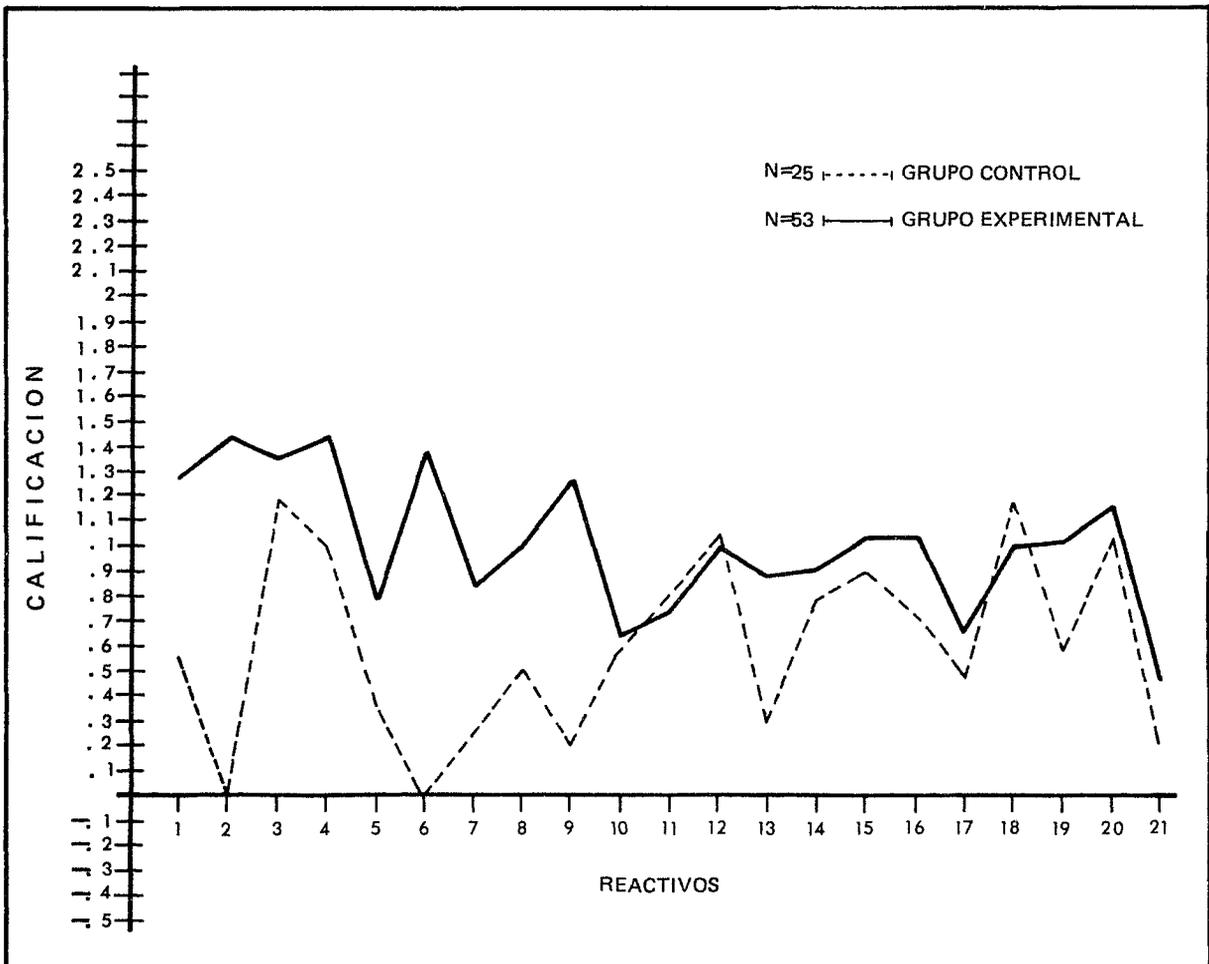
Por otro lado, el hecho de que los pacientes experimentales mantuvieran un mejor funcionamiento durante los seis meses de seguimiento, no quiere decir necesariamente que esta mejoría permanezca a través del tiempo Fairweather (4), por ejemplo, encontró

que aunque su grupo experimental estaba funcionando en una forma superior al grupo control a los seis meses de seguimiento, dos años después estas diferencias habían desaparecido.

Es importante averiguar qué factores culturales propician una estancia comunitaria óptima. Esto implica investigar la contribución, tanto de la familia como de la comunidad misma, a la adaptación de sus propios integrantes. Con respecto a este último punto, este año se inició un estudio de los problemas experimentados por las familias de pacientes psicóticos, con el propósito de poder diagnosticar el problema familiar. Por este medio se espera poder desarrollar en el futuro, en forma piloto, un programa de intervención familiar que ayude tanto a la familia, como al paciente a conseguir su óptima adaptación dentro del ambiente comunitario.

Gráfica 1

DIFERENCIA DE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL EN INGRESO Y EGRESO. ESCALA BREVE DE APRECIACION PSIQUIATRICA



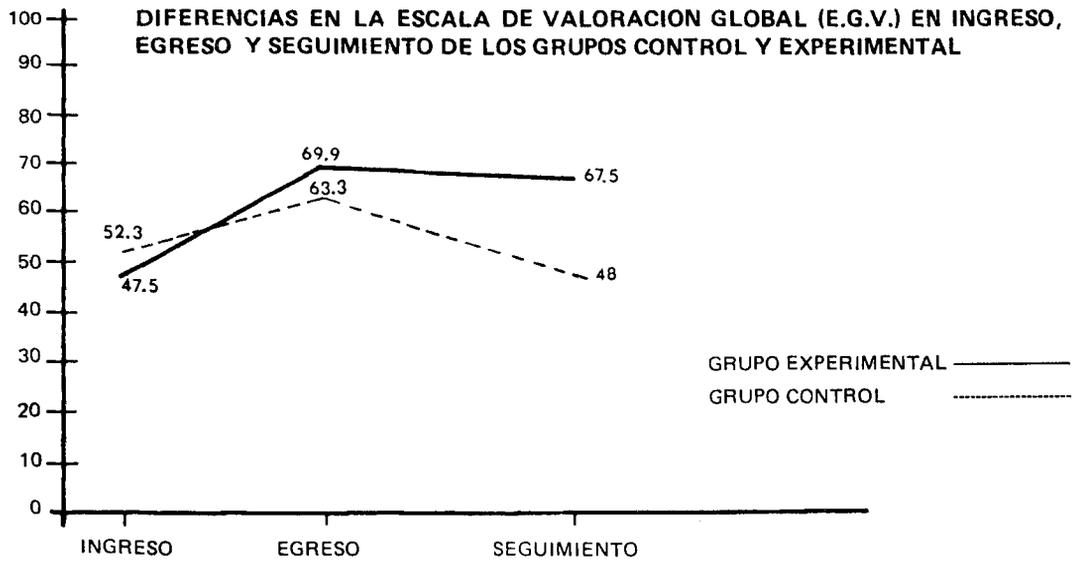


TABLA 1

ESCALA BREVE DE APRECIACION PSIQUIATRICA (BPRS)
DIFERENCIA DE PUNTAJES DE LOS PACIENTES
EN RELACION A SU INGRESO Y EGRESO
AL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL

ITEM	GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
	INGRESO	EGRESO	DIFERENCIA	INGRESO	EGRESO	DIFERENCIA
1. PREOCUPACIONES SOMATICAS	2.50	1.22	1.28	1.25	.71	.54
2. ANSIEDAD	3.13	1.66	1.47	1.37	1.42	-.05
3. POBREZA EMOCIONAL	2.92	1.57	1.35	3.07	1.89	1.18
4. DESORGANIZACION CONCEPTUAL	2.31	.88	1.43	1.66	.67	.99
5. SENTIMIENTOS DE CULPA	1.56	.77	.79	1.11	.75	.36
6. TENSION	2.50	1.12	1.38	.81	.85	-.04
7. MANERISMOS Y POSTURAS EXTRAÑAS	1.36	.50	.86	.77	.50	.22
8. GRANDIOSIDAD	2	.97	1.03	1.29	.78	.51
9. DEPRESION	1.94	.70	1.24	.85	.64	.21
10. HOSTILIDAD	1.36	.73	.63	1.18	.60	.58
11. SUSPICACIA	1.86	1.13	.73	1.55	.75	.80
12. ALUCINACIONES	1.35	.34	1.01	1.92	.85	1.07
13. RETARDO MOTOR	1.69	.82	.87	1.22	.92	.30
14. FALTA DE COOPERACION	1.92	1.02	.90	1.70	.92	.78
15. CONTENIDOS RAROS DEL PENSAMIENTO	2.11	.78	1.33	1.40	.53	.89
16. APLANAMIENTO AFECTIVO	2.34	1.06	1.38	2.29	1.57	.72
17. EXCITACION	1.13	.48	.65	1.07	.60	.47
18. DESORIENTACION	1.29	.24	1.05	2.07	.89	1.18
19. ALTERACIONES DE LA ATENCION	1.66	.63	1.03	1.55	.96	.59
20. ALTERACIONES DE LA MEMORIA	2.07	.81	1.26	2.03	1	1.03
21. DEMENCIA	.83	.37	.46	.62	.42	.20

Referencias

1. BARTON R: *Institutional Neurosis*, Wright, 1959.
2. DUNHAM HW, WEIMBERG SK: *Culture of the State Mental Hospital*. Wayne State University Press, Detroit, 1960.
3. FAIRWEATHER GW: *Experimental Methods in Social Policy Research*. Pergamon, 1977.
4. FAIRWEATHER GW: *Social Psychology in Treating Mental Illness*. Wiley, Nueva York, 1964.
5. MEYERSON A: Theory and principles of the total push program for regressed schizophrenia. *Am J Psych* 95:1198-1204, 1964.
6. RYAN PJ, VALENCIA M, MARTINEZ OTERO BR, OTERO MONREAL BR, KRASOWSKY J: Características demográficas de pacientes mentales y la posibilidad de recaída (en proceso de elaboración).
7. RYAN PJ, VALENCIA M, MARTINEZ OTERO BR, RASCON ML, GONZALEZ N, NUÑEZ M: La investigación aplicada en la rehabilitación de pacientes agudos: una evaluación experimental. (Investigación en proceso). Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
8. WING JK, BROWN GW: *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge, 1970.

RESPUESTAS DE LA SECCION

AVANCES EN LA PSIQUIATRIA

Autoevaluación

- 1.E
- 2.B
- 3.B
- 4.C
- 5.D
- 6.A
- 7.C
- 8.D
- 9.E
- 10.B
- 11.A
- 12.A
- 13.E
- 14.A
- 15.A