

Un instrumento práctico para la evaluación de las áreas clínica, funcional y social en pacientes mentales crónicos

Francisco CASADO CAÑERO
Encarnación CASTILLO GORDILLO
Manuel MARTIN BENITEZ
Hospital Psiquiátrico de Miraflores. Sevilla.

En el presente trabajo presentamos un instrumento para la evaluación de pacientes mentales crónicos que consideramos el primer, y necesario, paso para la rehabilitación y reinserción social de estos pacientes; por ello no constituye tan sólo un instrumento clínico, sino que incluye un análisis funcional de sus habilidades cotidianas que hace factible el autocuidado y la vida social, así como una evaluación de su situación y medio social. Realizamos asimismo una reseña de las que a nuestro juicio, han de ser las líneas generales teóricas y organizacionales del ámbito de trabajo en el que adquiere sentido esta ficha, siendo un instrumento de puesta en marcha de la Unidad de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de Miraflores de Sevilla.

Concepto de rehabilitación

Entendemos la rehabilitación como un proceso encaminado a la recuperación de la capacidad funcional del sujeto con el medio social una vez instaurado un proceso de deterioro, en el que intervienen factores como el propio curso de la enfermedad mental crónica, la institucionalización, los efectos secundarios de los tratamientos psiquiátricos y la marginación social que alimenta el rol pasivo de paciente incapacitado.

El objetivo de la rehabilitación no es la curación tal y como se entiende clásicamente, remisión total de síntomas, sino como un ajuste dialéctico entre el sujeto y el medio, en el que aquél sea capaz de una adaptación activa, es decir, sea capaz de modificar el medio en función de unos objetivos o necesidades personales. La consecución de este objetivo —la autonomía personal del sujeto— no implica tan sólo el entrenamiento individual en una serie de habilidades funcionales, sino también la transformación del medio asistencial en el que se establece el proceso de rehabilitación y del medio en que será reinsertado el sujeto.

Desde este planteamiento el trabajo en rehabilitación y reinserción comprende tres áreas de intervención:

- Intervención a nivel individual, que comprende el entrenamiento en las habilidades necesarias para tal ajuste y su mantenimiento, así como el trabajo clínico y terapéutico adecuado.

- Intervención a nivel institucional o de estructura de salud mental que permitan el desarrollo de la rehabilitación y reinserción.

- Intervención en la comunidad en coordinación con los servicios sociales. Trabajo que implica una doble dirección:

- Intervención comunitaria propiamente dicha

que abarca desde el cambio de actitudes hasta la creación de redes de apoyo naturales que posibiliten la reinserción del sujeto en la comunidad y la prevención.

- La creación de «ortopedias sociales», es decir, de estructuras intermedias que ofrezcan coberturas sociales, residenciales y laborales cuyo fin sea la progresiva resinserción del sujeto.

La ficha de evaluación que presentamos (consultar Anexo), se enmarca como paso previo en el primer nivel e, indirectamente, incide en los otros dos niveles, pues la definición de la línea base actual de los pacientes con respecto a su nivel potencial y el diseño de programas llevaría implícito una evaluación y remodelación de los servicios, del mismo modo que la determinación de los objetivos individuales incidiría en el tipo de coberturas y recursos que serían necesarios para la población evaluada.

Necesidad de la evaluación en rehabilitación

Para trabajar dentro del marco de la rehabilitación es necesario una evaluación individualizada de la población a partir de la cual obtengamos:

- Una descripción lo más completa posible del nivel o estado en que se encuentra el paciente, o sea, una línea base desde la cual empieza el trabajo en rehabilitación.

- Una proyección del potencial de desarrollo que presenta cada sujeto y que nos indica los niveles posibles a alcanzar (objetivos).

- Desarrollo de programas específicos de cada área evaluada.

- Evaluación continuada del proceso puesto en marcha por estos programas.

- Investigación en el ámbito de la rehabilitación de pacientes mentales crónicos.

En el Hospital Psiquiátrico de Miraflores de Sevilla, ha existido una larga trayectoria en cuanto a fichas de evaluación de los pacientes crónicos, fichas que, a nuestro entender, sirvieron a otros objetivos distintos a los actuales. Estaban centradas ante todo en la clasificación de los pacientes en grupos homogéneos con fines más administrativos que terapéuticos o rehabilitadores, lo que originaba el registro de datos personales, administrativos y clínicos.

Una vez constituida la Unidad de Rehabilitación es necesario el registro de otro tipo de datos funcionales como los referidos a los niveles alcanzados por los sujetos en áreas como autonomía personal, relación y conducta social, habilidades sociales y capacitación laboral que determinan la capacidad de ajuste del sujeto al medio social y que, junto a los datos clínicos y sociales, nos posibilitan el establecimiento de un diagnóstico de rehabilitación y reinserción social.

Descripción de la ficha

1. *Los objetivos* de la misma son: la evaluación funcional individualizada para el diseño de los programas de rehabilitación conceptualizados como necesarios en esta Unidad; el seguimiento y evaluación del paciente durante el desarrollo de los programas; la determinación de posibilidades y dificultades en la rehabilitación y reinserción y, por último, el estudio de recursos y estructuras intermedias que se estimen necesarias para la población evaluada.

Además de servir para organizar un plan de trabajo individualizado, la ficha es útil también en la organización del trabajo del personal de un servicio por los múltiples *screening* que se pueden extrapolar de los datos evaluados.

2. Metodología:

a) Estructura del contenido de la ficha:

En la presente ficha pretendemos establecer una evaluación de los bloques clínico, funcional y social.

- Previamente a éstos, existe una hoja de datos personales configurada en función de los datos actualmente necesarios en nuestro trabajo de rehabilitación.

- Las hojas de evaluación clínica comprenden un resumen desde la perspectiva bio-psíquico-social de la historia clínica del sujeto y una historia del propio curso del trastorno y de los tratamientos recibidos, junto a un apartado de observaciones de interés.

- Las hojas de evaluación funcional cubren las áreas siguientes:

0. Autonomía personal.
1. Relación y conducta social.
2. Habilidades sociales.
3. Capacitación Laboral.

Para el desarrollo de estas áreas nos sirvió como orientación inicial los documentos sobre rehabilitación elaborados por el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM).

El área de autonomía personal comprende una evaluación sobre:

- Higiene.
- Cuidado del propio espacio físico y pertenencias personales.

- Hábitos alimentarios.

- Movilidad.

- Medicación.

El área 1 de relación y conducta sociales comprende:

- Grado de relación social.

- Relación con los demás pacientes.

- Relación con la familia.

El área 2 de habilidades sociales:

- Manejo de recursos sociales.

- Utilización de los transportes públicos.

- Habilidades en el manejo del dinero.

- Empleo del tiempo libre.

El área 3 de capacitación laboral:

- Relación en laborterapia.

- Actitud hacia el trabajo.

- Límites de la progresión laboral del sujeto.

Y, además, una serie de items informativos referentes a:

- Situación laboral antes del ingreso.

- Nivel de estudios.

- Frecuencia, actitud, tiempo, remuneración y capacidad de aprendizaje en laborterapia.

- El estudio social incluye un estudio de la situación familiar, de los recursos económicos del paciente, de la cualidad de la relación familiar, una reseña de las actitudes de la comunidad e integración del paciente en la misma y un registro de la situación administrativa del sujeto.

b) Método de evaluación y registro de datos

El registro y evaluación de los datos dentro de las escalas siempre está referido a un contexto determinado en donde se desenvuelve el sujeto evaluado (en este caso el Hospital Psiquiátrico de Miraflores de Sevilla), pues entendemos que el comportamiento del paciente mental crónico siempre está muy determinado por la dinámica de su contexto. En la medida que este contexto cambie (cambio institucional en la dinámica de la Unidad de Rehabilitación; paso del paciente a otras estructuras, por ejemplo, centros de día, pisos protegidos, trabajo protegido, etc.) suponemos distintos los resultados de la evaluación del paciente y, en su caso, habría que cambiar los contenidos de los items para referirlos más al nuevo contexto. Evaluando los datos desde el contexto concreto también se evitan subjetividades y suposiciones de comportamientos en unas circunstancias no reales en el momento de evaluar.

El registro de los datos será efectuado por el equipo de técnicos de la Unidad con la información del resto del personal de la institución. Habrá un cuestionario de referencia donde hay una explicación exhaustiva de los items y una ficha resumen que registra los items elegidos.

Hemos escogido el método de escalas para la sistematización de la información en las áreas funcionales por entender que evaluar los niveles, actitudes y aptitudes se adapta mejor a una organización cualitativa de la información más que cuantitativa.

Utilizamos tres tipos de escalas en función de las áreas evaluadas. En aquellas que implican directamente habilidades o aptitudes (como son las áreas de autonomía personal y habilidades sociales) conjugamos dos tipos de parámetros, nivel de aprendizaje y nivel

de motivación en la ejecución de las habilidades determinadas. Parámetros en los que habrá que incidir en diferente grado de acuerdo con la categoría en la que se incluya al sujeto. En base a estos parámetros hemos definido las siguientes cinco categorías:

0. Tiene la habilidad y la ejecuta espontáneamente.
1. Tiene la habilidad pero necesita motivación y estimulación.
2. Necesita aprendizaje para el desarrollo satisfactorio de sus habilidades.
3. Necesita un proceso de aprendizaje completo de la habilidad o un proceso de reeducación.
4. Necesita un proceso de trabajo intensivo debido a dificultades serias (clínicas, somáticas, grado severo de institucionalización, etc....)

En el área 1 de relación social, utilizamos una escala distinta que indica el grado de presencia de ésta en el sujeto, o sea, su nivel de socialización y las orientaciones en el trabajo de resocialización. Tales parámetros nos han servido para definir estas categorías:

Buena: El sujeto es capaz de una integración activa en su medio, asumiendo responsabilidades y toma de decisiones. Puede formar parte de un grupo con el que realiza actividades sociales. Posee asimismo la flexibilidad necesaria para adaptarse a medios sociales nuevos.

Aceptable: Se integra en actividades sociales previamente organizadas por otros, existiendo un sentimiento de grupo que le permite participar en tareas grupales adoptando un rol más pasivo que activo. Socialmente se conduce mejor dentro de unas referencias estables y concretas de un medio conocido.

Escasa: Poca integración social: capacidad de respuesta social a un estímulo ya dado desde fuera; relaciones interpersonales pobres o desarrolladas a niveles muy concretos, inconstantes y basadas en vínculos sociales muy débiles. Adaptación pasiva a las normas sociales.

Nula: No manifiesta conductas de relación social, —cercano al autismo—, o son muy reducidas, por ejemplo, contesta de forma muy breve a las preguntas que se le hacen o su lenguaje es incomprensible.

Negativa: Presenta conductas socialmente inadecuadas, trastornos de conducta u otros comportamientos asociales que provocan el rechazo del grupo.

Hemos de señalar que resulta difícil evaluar en nuestro contexto, por la escasez y deficiencia de las estructuras, el área 3 de capacitación laboral, en la cual evaluamos la capacitación del sujeto en lo laboral a través de parámetros tales como: adaptación a las normas sociales del trabajo y motivación e integración en un equipo de trabajo. Ello ha dado lugar a la aparición de los siguientes cinco niveles:

Buena: Actitud adecuada hacia el trabajo como contrato social que respeta, adoptando una actitud activa de responsabilidad y siendo capaz de monitorizar a otros en la tarea. La relación laboral la establece esencialmente con la tarea.

Aceptable: Capaz de trabajar de forma autónoma tomando como referencia estable unos cánones laborales establecidos y limitándose a cumplir con su tarea.

Dependiente del Grupo: Cumple con sus obligaciones laborales bajo la presión social del grupo de compañeros y la supervisión de un monitor. La relación laboral gira en torno al grupo.

Dependiente del monitor: Sería capaz de trabajar con un alto grado de monitorización, necesitando la supervisión directa e individual de éste. La relación laboral es esencialmente con el monitor.

Negativa: No respeta ni horarios ni normas; rechaza el trabajo como contrato social. Su actitud no es adecuada al desarrollo de una tarea.

La información obtenida de los bloques clínico y social se recogerán en sendas hojas resumen.

La información obtenida del bloque funcional queda recogida en una gráfica para cada área en la que la

ordenada recoge los niveles de las escalas y la abscisa los items de cada área. De este modo se obtiene un perfil individual del funcionamiento del sujeto en cada área y del nivel potencial (zona de desarrollo próximo) en función de las discrepancias entre los items de una misma área.

Como es lógico los puntajes más bajos del gráfico son las zonas de más intervención en el proceso de rehabilitación.

Al lado de las gráficas aparecen una serie de items informativos, no evaluables dentro de las escalas, utilizados para la elaboración del perfil, pero que aportan datos determinantes en la evaluación.

El cuadrado rayado, que puede aparecer en las gráficas de las áreas relación y conducta social y de habilidades sociales, nos indican la presencia de conductas asociales y/o trastornos de conducta.

Aproximación a un modelo de estructura funcional del trabajo en una unidad de rehabilitación

Para que el uso de este instrumento sea eficaz consideramos que debe estar enmarcado en un modelo de trabajo definido de manera coherente y global. Un esbozo de organización, coherente con la propuesta que emana de la elaboración de este trabajo, puede ser la que sigue:

Según el contenido de la ficha, que está dividida en cuatro áreas funcionales, tendríamos la existencia de cuatro programas de trabajo generales, a saber: Autonomía personal; Relación y conducta social; Habilidades sociales y Capacitación laboral. Dentro de estos programas generales habría una serie de subprogramas, por ejemplo, dentro del área 1 de autonomía personal tendríamos el subprograma área 1: Higiene; cuidado del propio espacio físico y pertenencias personales; hábitos alimentarios; movilidad y, por último, medicación.

Debería existir un órgano director de los programas generales que se encargaría de la coordinación general de los mismos y que estaría constituido por los directores de los distintos programas generales, con formación en planificación, junto con el jefe de programas de la Unidad de Rehabilitación. De este órgano dependerían también los distintos directores de los subprogramas. Con lo cual queda definida la dimensión vertical del trabajo.

En la dimensión horizontal, que se corresponde con la transversalidad del paciente, tendríamos tutores que, a nivel individual, coordinarían la acción de los distintos programas y subprogramas en cada paciente.

Pretendemos con este esbozo de organigrama iniciar un debate sobre la organización del trabajo en una unidad de rehabilitación.

Entre los déficits que se pueden encontrar en este trabajo, admitimos de principio la falta por nuestra parte de una documentación previa de lo que otros equipos, nacionales o internacionales, hayan podido elaborar respecto al tema.

El equipo de la Unidad de Rehabilitación estableció un espacio de diseño de la misma en el que se definen una serie de tareas trabajadas a nivel de comisiones concretas, entre ellas la Comisión de Evaluación, autor de este trabajo.

ANEXO: GRAFICA DE LA EVALUACION FUNCIONAL

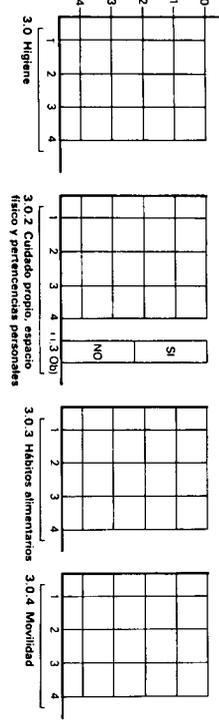
UNIDAD DE REHABILITACION _____

SECTOR: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de evaluación: _____

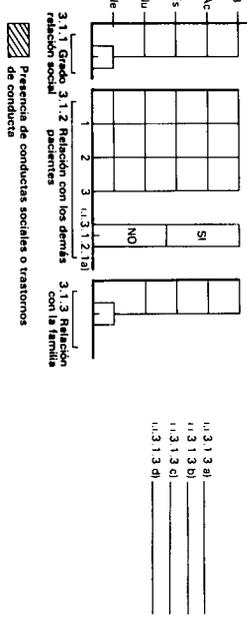
Educa: _____

3.0 Autonomía Personal

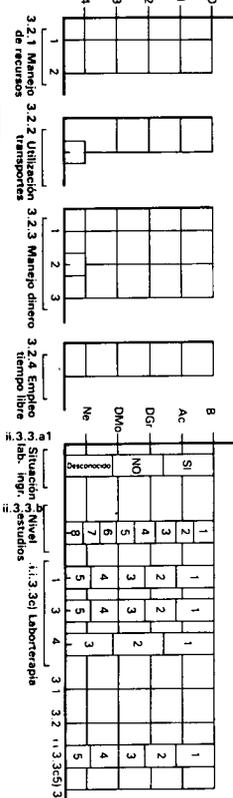


1.3.0a) _____ a) _____
 1.3.0b) _____ b) _____
 1.3.0c) _____ c) _____
 1.3.0d) _____ d) _____

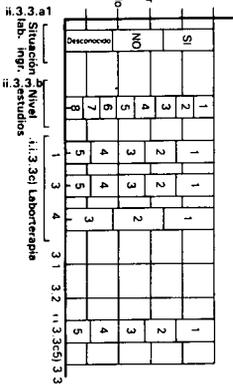
3.1 Relación y conducta social



3.2 Habilidades sociales



3.3 Capacitación laboral



Códigos

3.0. Autonomía personal

- 3.0.1 - Higiene
- 3.0.1.1 - Lavarse
- 3.0.1.2 - Vestirse
- 3.0.1.3 - Cuidar la ropa
- 3.0.1.4 - Conducir higiene personal
- 3.0.2 - Procedencia de la ropa
- 3.0.2 - Cuidado propio, espacio físico y pertenencias personales
- 3.0.2.1 - ¿Cómo se hace la cama?
- 3.0.2.2 - Limpieza de la habitación
- 3.0.2.3 - Uso del armario
- 3.0.2.4 - Cuarto de aseo
- 3.0.3 - Hábitos alimentarios
- 3.0.3.1 - Uso de cubiertos, servilletas, ...
- 3.0.3.2 - Conducta en el comedor
- 3.0.3.3 - Servirse la comida y retirar los platos
- 3.0.3.4 - Posibilidad de mejorar el hábito alimentario
- 3.0.4 - Dieta y causa de la misma
- 3.0.4.1 - Frecuencia: el paciente sale del hospital menos de 24 horas
- 3.0.4.2 - Espacios por los que se mueve
- 3.0.4.3 - ¿Con quién va acompañado?
- 3.0.4.4 - Actitud ante la movilidad
- 3.0.5 - Medicación
- 3.0.5 a) Actitudes hacia la medicación
- 3.0.5 b) Administración y uso
- 3.0.5 c) Información

3.1. Relación y conducta social

- 3.1.1 - Grado de relación social
- 3.1.2 - Relación con los demás pacientes
- 3.1.2.1 - En la habitación individual?
- 3.1.2.2 - En el comedor
- 3.1.2.3 - En otros espacios
- 3.1.3 - Relación con la familia

- 1.3.1.3 a) El paciente recibe visitas
- 1.3.1.3 b) Lo visitan
- 1.3.1.3 c) Distraída de permisos temporales, más de 24 horas, sin ser dado de alta
- 1.3.1.3 d) Duración de los permisos

3.2. Habilidades sociales

- 3.2.1 - Manejo de recursos
- 3.2.1.1 - Sociales
- 3.2.1.2 - Internos del centro
- 3.2.2 - Utilización de transportes públicos
- 3.2.2 a) Tipo de transporte que suele utilizar
- 3.2.3 - Habilidades en el manejo del dinero
- 3.2.3.1 - Nivel de la conciencia
- 3.2.3.2 - Administración del dinero
- 3.2.3.3 - Realización de compras
- 3.2.4 - Empleo del tiempo libre

- 3.2.3.3 a) Obietos que suele comprar
- 3.2.4 - Empleo del tiempo libre

3.3. Capacitación laboral

- 1.3.3 a) Situación laboral antes del ingreso
- 1.3.3 a1) ¿Cuándo ingresó ejerció trabajo remunerado?
- 1.3.3 a2) En caso afirmativo, ¿qué tipo de trabajo realiza?
- 1.3.3 a3) Si no trabajaba al ingreso, en qué situación se encontraba?
- 1.3.3 b) Nivel de estudios
- 1.3.3 c) Laborterapia
- 1.3.3 c1) Frecuencia de su participación en laborterapia
- 1.3.3 c2) Tiempo que lleva en la laborterapia
- 1.3.3 c3) Motivación a la participación en laborterapia
- 1.3.3 c4) Tipo de remuneración que recibe
- 1.3.3.1 - Relación en laborterapia
- 1.3.3.2 - Actitud hacia el trabajo
- 1.3.3.3 c5) Capacidad de aprendizaje
- 3.3.3 - Límites de la progresión laboral del paciente

- 1.3.3 a) Situación laboral antes del ingreso
- 1.3.3 a1) ¿Cuándo ingresó ejerció trabajo remunerado?
- 1.3.3 a2) En caso afirmativo, ¿qué tipo de trabajo realiza?
- 1.3.3 a3) Si no trabajaba al ingreso, en qué situación se encontraba?
- 1.3.3 b) Nivel de estudios
- 1.3.3 c) Laborterapia
- 1.3.3 c1) Frecuencia de su participación en laborterapia
- 1.3.3 c2) Tiempo que lleva en la laborterapia
- 1.3.3 c3) Motivación a la participación en laborterapia
- 1.3.3 c4) Tipo de remuneración que recibe
- 1.3.3.1 - Relación en laborterapia
- 1.3.3.2 - Actitud hacia el trabajo
- 1.3.3.3 c5) Capacidad de aprendizaje
- 3.3.3 - Límites de la progresión laboral del paciente