



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

# **ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA Y EN UNIDAD DE LARGA ESTANCIA**

Autores:

Ana Cubero Torres

Luis Esteban Fernando

Directora:

Eva María Garcés Trullenque

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2016



## CONTENIDO:

AGRADECIMIENTOS .....	1
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN .....	2
PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
Objetivos e hipótesis de la investigación: .....	3
Población:.....	3
Ámbito geográfico y temporal: .....	4
METODOLOGÍA .....	5
MARCO TEÓRICO.....	7
Evolución/historia: .....	7
Trastorno Mental Grave: .....	8
Necesidades del colectivo: .....	10
Estigma de las personas con enfermedad mental:.....	11
Rehabilitación psicosocial: .....	12
Principios de la rehabilitación psicosocial: .....	13
Programa Individualizado de Rehabilitación:.....	13
Fases de la rehabilitación psicosocial: .....	14
Programas de la rehabilitación comunitaria:.....	14
Papel del trabajador social en salud mental: .....	15
Funciones del trabajador social:.....	16

# ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE

PRESENTACIÓN DE LAS ENTIDADES DE REFERENCIA .....	17
Residencia Profesor Rey Ardid (UME): .....	17
Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. Del Carmen (ULE): .....	17
RECURSOS SOCIALES EXISTENTES .....	19
PRESENTACIÓN DE DATOS .....	23
CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	35
Hipótesis 1: .....	35
Hipótesis 2: .....	35
Hipótesis 3: .....	36
Hipótesis 4: .....	36
CONCLUSIONES .....	38
BIBLIOGRAFÍA .....	40
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES .....	43
ÍNDICE DE TABLAS .....	44
ANEXOS .....	45
Anexo 1: Cuestionario para pacientes con Trastorno Mental Grave .....	45
Anexo 2: Otras tablas y gráficos .....	49

## AGRADECIMIENTOS

Queremos reconocer el apoyo recibido por un grupo numeroso de personas, ya que sin su colaboración desinteresada no se hubiese podido realizar este trabajo.

Agradecemos la colaboración recibida por el Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen, personalizada en el trabajador social de referencia D. Raúl Torres, los profesionales del centro y todos aquellos pacientes que han participado en la parte del proceso de investigación relacionada con los enfermos de salud mental de larga estancia.

Asimismo, damos las gracias a la Residencia Profesor Rey Ardid, en especial a la trabajadora social de referencia D<sup>a</sup> Susana Giménez, a los técnicos y a todos los usuarios del centro, que con su experiencia profesional y cooperación voluntaria han contribuido al desarrollo del trabajo relacionado con los enfermos de salud mental de media estancia.

En último lugar, pero por eso no menos importante, a la profesora de la Facultad de Trabajo Social D<sup>a</sup> Eva María Garcés, directora de este trabajo final de grado, por su apoyo constante, asesoramiento y total disponibilidad, sin sus orientaciones y ánimo este trabajo no hubiese sido posible.

Todos ellos han contribuido en gran medida al desarrollo de esta investigación, que nos ha dado la oportunidad de conocer el ámbito de la salud mental con mayor profundidad.

## INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El **Trastorno Mental Grave** se caracteriza por la larga duración y el deterioro progresivo de las relaciones personales, las capacidades funcionales o la alteración de la conducta.

El objeto de nuestra investigación es conocer el perfil de los pacientes que acuden a dos dispositivos de salud mental de Zaragoza, la Unidad de Media Estancia de la Residencia Profesor Rey Ardid y la Unidad de Larga Estancia del Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen, y además comparar los dos perfiles para observar las diferencias que existen entre las personas ingresadas en un centro y otro.

El motivo de la realización de este trabajo de investigación, centrado en estos dos dispositivos, surge tras la realización del “Prácticum de Intervención” de 4º curso del Grado de Trabajo Social de ambos alumnos, Luis Esteban en la Residencia Profesor Rey Ardid y Ana Cubero en el Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen. A raíz de estas prácticas externas se inicia el interés por la salud mental y por el estudio del perfil de estos pacientes.

Lo que pretendemos con el estudio es conocer, por un lado, el perfil de las personas que padecen Trastorno Mental Grave y están ingresadas en un dispositivo de rehabilitación ya sea de media o larga estancia y, por otro lado, observar las diferencias que existen entre los pacientes de media estancia y los pacientes de larga estancia.

## PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

A efectos de la exposición de la investigación, nos referiremos a la Unidad de Media Estancia, Profesor Rey Ardid como UME y a la Unidad de Larga Estancia del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen como ULE.

### Objetivos e hipótesis de la investigación:

El **objetivo principal** con el que realizamos esta investigación es comparar el perfil de los pacientes con trastorno mental grave ingresados en la unidad de media estancia de la Residencia Profesor Rey Ardid y la unidad de larga estancia del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen. Para ello, hemos determinado los siguientes **objetivos específicos**:

- Conocer la situación social de los pacientes que se atienden en la unidad de media estancia y la unidad de larga estancia.
- Identificar perfiles diferentes entre los dos dispositivos en cuanto a su situación social.

Las **hipótesis** derivadas de los objetivos son las siguientes:

- Los pacientes con trastorno mental grave ingresados en ULE tienen mayor dependencia y discapacidad que los de UME.
- Los pacientes de UME reciben más apoyo por parte de sus familiares que los de ULE.
- Los pacientes de la Unidad de Larga Estancia han utilizado más dispositivos previos al ingreso que los de la Unidad de Media Estancia.
- El tiempo de evolución del trastorno es mayor en los pacientes de ULE que en los de UME.

### Población:

La **población** objeto de nuestra investigación son los pacientes con trastorno mental grave de la unidad de media estancia de la Residencia Profesor Rey Ardid y los pacientes del pabellón “A” (ver *Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. Del Carmen* (ULE):) dado que es la unidad en la que se encuentran los pacientes con trastorno mental grave de larga estancia.

Hemos seleccionado una **muestra** de un total de 60 participantes, 30 de la unidad de media estancia y 30 de la unidad de larga estancia. Para la selección de la muestra hemos tenido en cuenta varios criterios en cada centro.

## ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE

Para escoger a los 30 participantes de la unidad de media estancia han sido excluidos aquellos con los que no se puede entablar una correcta comunicación por su estado mental para poder realizar el cuestionario. Excluyendo a estos pacientes, han sido seleccionados 30 al azar. En el caso de los pacientes de la unidad de larga estancia, se han escogido aleatoriamente a 30 pacientes.

### Ámbito geográfico y temporal:

El estudio se ha realizado en **Zaragoza** y contamos con la colaboración de la Residencia Profesor Rey Ardid situada en Zaragoza y el centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen ubicado en la localidad de Garrapinillos (Zaragoza).

El periodo de tiempo en el que se desarrolla esta investigación son los meses de Diciembre del 2015 a Junio de 2016, como podemos observar en el siguiente cronograma:

Actividades	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
<b>Elección del tema.</b>	—						
<b>Elección de la tutora.</b>	—						
<b>Entrega de la solicitud de TFG</b>	—						
<b>Revisión de bibliografía</b>		—————					
<b>Planteamiento de los objetivos y la metodología</b>			—————				
<b>Elaboración del marco teórico</b>			—————				
<b>Elaboración del instrumento de recogida de datos</b>				—————			
<b>Recogida de datos</b>					—————		
<b>Análisis e interpretación de los resultados</b>						—————	
<b>Elaboración de conclusiones</b>							—————

Tabla 1. Cronograma



## METODOLOGÍA

A lo largo del estudio de investigación hemos empleado técnicas tanto **cualitativas**, como son las fuentes documentales para la realización del marco teórico, como técnicas **cuantitativas**, como es el cuestionario utilizado para la recogida de datos.

El enfoque cuantitativo “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, pág. 5)

En primer lugar, realizamos una revisión bibliográfica sobre documentos relacionados con la salud mental, el trastorno mental grave, el papel del trabajador social en salud mental y los diferentes recursos que existen en este ámbito.

Por otro lado, hemos elaborado un **cuestionario** dirigido a los pacientes que padecen trastorno mental grave para obtener información sobre su situación social, habiendo elegido este instrumento ya que “un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir.”(Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, pág. 310)

Las preguntas que componen el cuestionario son 14 (ver *Anexo 1: Cuestionario para pacientes con Trastorno Mental Grave* ) y todas ellas cerradas, es decir, “contienen categorías u opciones de respuesta que han sido previamente delimitadas.” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, pág. 310)

Las **variables** que hemos utilizado para conocer el perfil de los pacientes a través del cuestionario son las siguientes:

Variable	Categorías	Descripción
<b>Sexo</b>	Femenino, masculino.	Sexo del paciente.
<b>Edad</b>	Variable continua.	Edad del paciente.
<b>Inicio enfermedad</b>	Variable continua.	Edad de inicio de la enfermedad.
<b>Estado civil</b>	Soltero/a, casado/a, separado/a o divorciado/a, viudo/a.	Estado civil del paciente.
<b>Familia</b>	Si (padre, madre, hermano/a, cónyuge o pareja, otros) No.	Tiene familia el paciente y qué familiares tiene.
<b>Apoyo familiar</b>	Si, No.	Recibe apoyo familiar el paciente.
<b>Nivel de estudios</b>	Sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, estudios universitarios.	Estudios que tiene el paciente.
<b>Diagnóstico</b>		Diagnóstico que presenta el paciente.
<b>Tiempo en el centro</b>	Variable continua.	Tiempo que lleva ingresado el paciente en el centro.

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>Descripción</b>
<b>Otros dispositivos</b>	Unidades de hospitalización breve, hospitales de día, centros de día, centros de rehabilitación psicosocial, unidades de rehabilitación de media estancia, unidades residenciales – rehabilitadoras de larga estancia, otros.	Dispositivos en los que ha estado el paciente.
<b>Discapacidad</b>	Si (Grado), no, en trámite.	Discapacidad del paciente y grado que tiene.
<b>Dependencia</b>	Si (Grado), no, en trámite.	Dependencia que tiene el paciente y grado.
<b>Incapacidad judicial</b>	Si (total, parcial), no, en trámite.	Incapacidad judicial que tiene el paciente.
<b>Datos económicos</b>	No tiene ingresos propios, prestaciones, rentas, otros, se desconoce.	Tipo de ingresos que tiene el paciente.

**Tabla 2. Variables**

“El objetivo final de la recogida de informaciones es la matriz de datos, una matriz de números ordenados en filas y columnas donde se han codificado las mismas informaciones para todos los casos.” (Corbetta, 2007, pág. 52)

Los cuestionarios, en el caso de la Residencia Profesor Rey Ardid, han sido cumplimentados por los pacientes con ayuda de los alumnos. En algunas preguntas que éstos desconocían o no sabían con certeza era la trabajadora social la que respondía a las preguntas.

Por otro lado, en el caso del Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen, el trabajador social prefirió que el cuestionario fuera completado por los profesionales del centro ya que por su deterioro es difícil mantener una conversación fluida con la mayoría de los pacientes y algunos de los datos que se preguntan los desconocen.

Por último, para el análisis de los datos, hemos utilizado Microsoft Office Excel 2007. Con el que hemos elaborado tablas y gráficos para explicar los datos recogidos a través de los diferentes cuestionarios y poder comparar la información sobre los pacientes de UME y ULE.

## MARCO TEÓRICO

### Evolución/historia:

A lo largo de la historia la psiquiatría ha ido evolucionando en diferentes contextos y épocas, el Manual de Residente en Psiquiatría (2010) hace referencia desde la concepción mágico-animista, en la que el hombre del neolítico creía en una cultura mágica en la que la enfermedad aparecía por un castigo divino impuesto por demonios debido a la ruptura de algún tabú.

Según este manual, podemos diferenciar diferentes etapas en las que la psiquiatría repercutía de variadas formas en la vida de las personas, estas etapas son: concepción mágico-animista, el antiguo egipcio, influencia india israelí, edad recorromana, psiquiatría precientífica-edad medieval, renacimiento, barroco, ilustración, romanticismo, positivismo naturalista y psiquiatría científica actual.

Hasta hace muy pocas décadas, los recursos asistenciales disponibles para cubrir la asistencia al enfermo mental han sido muy escasos. A esto se le una que la pobreza puede ser un factor determinante en el desarrollo de ciertas patologías, dado que puede implicar aislamiento social, o bajo autoestima. Históricamente se puede inferir que las posibilidades de éxito terapéutico se relacionan con las posibilidades económicas o estatus social que el paciente psiquiátrico tenga. (Pileño, Morillo, Salvadores, & Nogales, 2003, pág. 30)

Cuidados en la época medieval: los hospitales medievales prácticamente nacieron de la caridad cristiana y se podían considerar básicamente de dos tipos: aquellos que estaban situados en la ciudades, fundados por obispos o custodiados a instancia de los reyes y los situados en zonas rurales, que no eran sino simple dependencias de los monasterios. Estos últimos eran pequeños centros de acogida a enfermos y necesitados, se llegó a contar con personal específico de enfermería y se aportaba consuelo espiritual y cuidados enfermeros.”(Pileño, Morillo, Salvadores, & Nogales, 2003, pág. 30).

Según el módulo 1 del Manual de Residente en Psiquiatría (2010), en la edad medieval la iglesia excluye a la Psiquiatría de la Medicina, sin llegar a abolirla completamente ya que reaparece bajo el nombre de Demonología, las enfermedades mentales se vuelven a considerar como posesiones de demonios.

En la época del Renacimiento (1453-1600) encontramos como hecho significativo la creación del primer hospital psiquiátrico del mundo, en Valencia en 1409, por un sacerdote llamado Fray Juan Gilbert Jofré, posteriormente nacerían cinco centros similares.

## ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE

“En el siglo XVIII, los hospitales continuaban siendo función de la caridad religiosa, pero a lo largo del siglo fueron cada vez más controlados por los poderes públicos.”(Pileño, Morillo, Salvadores, & Nogales, 2003, pág. 32)

Philippe Pinel (1745-1826), inaugura en Francia la psiquiatría científica con su obra, donde plantea que no se deben plantearse nuevas hipótesis para los enfermos mentales sino ceñirse en la observación y desarrollo de los hechos. A partir de aquí se deja atrás los malos tratos a enfermos pasando a considerarles como personas. Este médico dividió la enfermedad mental en cinco formas: la melancolía, la manía sin delirio, la manía con delirio, la demencia y el idiotismo.

En la edad contemporánea según Pileño (2003), una de las propuestas que se hacen es mejorar las condiciones higiénicas de la población como remedio a prevenir las enfermedades mentales. Gracias a la Ley de la Beneficencia establecida en 1836, se estableció la existencia de hospitales públicos, que incluían servicios para tratar las enfermedades mentales.

En 1924 se crea la Escuela Nacional de Sanidad y 12 años después se crea una escuela de Psiquiatría para investigar con todo tipo de material necesario, al enfermo mental y su curación. Más tarde, en 1931 el Gobierno Provisional crea un nuevo decreto que va a afectar a este sector de la población. Este Decreto promulgaba que todo aquel enfermo psíquico debía recibir asistencia médica en España, de forma privada o pública. En aquella época existían tres formas de ingreso en hospitales psiquiátricos: por voluntad propia, por sentencia judicial o por indicación médica.

La desinstitucionalización ha ido avanzando de diferentes formas en los países a nivel mundial. EE.UU. cree que la coordinación de recursos y la incorporación de los enfermos mentales a empresas u organismos públicos y privados son necesarias para que surja eficientemente la desinstitucionalización. A nivel mundial, la aceptación social y el derecho a formar parte de una comunidad es la base del posible desarrollo de la desinstitucionalización.

### Trastorno Mental Grave:

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1948), “la **salud** es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o afecciones. A su vez, la salud es un derecho fundamental para todas las personas.”

La **salud mental** es:

Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS 2001, p.1) (Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. 14)

Según esta Organización, hay una gran variedad de **Trastornos Mentales**, cada uno de ellos con manifestaciones propias y distintas. En general, estos trastornos se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Por lo tanto, podemos afirmar que los **trastornos mentales graves** inciden en la salud de las personas, ya que influyen en varias áreas como por ejemplo la mental y la social.

Una definición amplia que nos proporciona la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002) sobre el **Trastorno Mental Grave**, “es aquel trastorno mental de duración prolongada y que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social”(pág. 5).

Diferentes autores nos ofrecen una amplia gama de definiciones de Trastorno Mental Grave, un ejemplo de ello, es la investigación realizada por Schinar (1990), “que encontró hasta 17 definiciones utilizadas en EE.UU entre los años 1972 y 1987 que aplicadas a una población de 222 adultos en Filadelfia, el resultado ofrecía una prevalencia del TMG que iba del 4% al 88% en función de que definición se aplicara en cada caso” (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002, pág. 5).

La definición más potente y que ha alcanzado un mayor consenso es la que emitió el Instituto Nacional de la Salud Mental de EE.UU (N.I.M.H.) en 1987, que incluye tres dimensiones para definir este concepto: diagnóstico, duración de la enfermedad y del tratamiento y presencia de discapacidad (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002).

Según la Guía de Práctica Clínica en intervenciones psicosociales en Trastorno Mental Grave (2009), existen múltiples formas de definir el Trastorno Mental Grave, pero contempla tres dimensiones fundamentales para poder definirlo: “diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar, laboral de la persona afectada”. Por lo tanto, podemos observar que coinciden las tres dimensiones en los dos casos expuestos.

Para poder entender qué es el Trastorno Mental Grave creemos importante tener en cuenta las tres dimensiones nombradas: **diagnóstico, duración del trastorno y presencia de la discapacidad**. Se necesita un diagnóstico clínico profesional para poder categorizar el tipo de trastorno mental grave que la persona presenta (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno esquizotípico, trastorno bipolar, depresión grave, trastorno obsesivo compulsivo...). También es importante tener en cuenta la duración del TMG, la mayoría son superiores a dos años, pero también influye a aquellas personas en las que haya existido un deterioro progresivo en los últimos 6 meses y por último se determinará por la presencia de la discapacidad o afectación disfuncional en diferentes áreas de la persona (laboral, social y familiar).

### Necesidades del colectivo:

Las personas que sufren un TMG no solo sufren problemas en el ámbito de su sintomatología sino que afecta a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad. A cada individuo de esta población el TMG le influye y recae de un modo particular en función de la interacción de **factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales** que inciden en la historia y vida de ellos, así mismo también influirán los servicios y recursos que reciben.

Basándonos en la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002), existen una serie de elementos comunes que pueden llegar a definir a las personas que padecen un TMG:

- Mayor **vulnerabilidad** al estrés, dificultades para afrontar las demandas del medio ambiente.
- **Déficit** en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- **Dificultades** para interactuar socialmente, pérdidas de redes sociales para apoyarse, en algunos casos sufren aislamiento social.
- **Dependencia** elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- **Dificultades** para acceder y mantenerse en el mundo laboral.

Una definición más concreta de este tipo de población sería que,

son aquellas que sufren trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos bipolares, psicosis orgánicas, etc) que conllevan un grado de deterioro en aspectos fundamentales para su desenvolvimiento laboral, social y personal (higiene, relaciones interpersonales, capacidades cognitivas, etc, mantenido en el tiempo y que se acompaña de un cierto nivel de minusvalía que le impide la integración en su entorno de forma normalizada y autónoma (Godman y cols, 1981).(Observatorio de la discapacidad, 2003, pág. 17)

“Sus características clínicas conducen a que con frecuencia se trata de pacientes con ingresos y reingresos frecuentes. (Bernardo y Forchuk, 2001)”(Observatorio de la discapacidad, 2003, pág. 17)

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, definió a este colectivo como,

un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social.(Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, pág. 21)

### **Estigma de las personas con enfermedad mental:**

Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la propia enfermedad y por otro al **estigma**. Ainara Arnaiz y J.J.Uriarte (2006) sostienen que la enfermedad mental no conduce sólo a dificultades derivadas de los síntomas de la enfermedad, sino también a desventajas a través de reacciones de la sociedad. Mala fama, desdoro, afrenta son algunas de las definiciones que nos ofrece el diccionario.

La conceptualización del estigma de la enfermedad mental combina dos conceptos, el de Corrigan (2006) y el de Link (1987).

Corrigan (2006) incide en los rasgos cognitivos y conductuales centrales del estigma de la enfermedad mental: los estereotipos, el prejuicio y la discriminación.

**Estereotipo:** lo define como la estructura de conocimiento cognitiva.

**Prejuicio:** es la consecuencia cognitiva y emocional de los estereotipos.

**Discriminación:** la consecuencia conductual del prejuicio.(Arnaiz & Uriarte, 2006, pág. 50)

Link (1987) aborda el problema desde una perspectiva más social, el estigma existiría siempre y cuando elementos como el etiquetado, estereotipo, separación, pérdida de status y discriminación ocurren juntos y esto permite que los procesos desfavorables se originen.(Arnaiz & Uriarte, 2006)

Para que la situación de estigma se dé tiene que originarse en unas condiciones premeditadas. Las diferencias entre las personas se tienen que notar para poder etiquetarlas y el grupo que vaya a estigmatizar tiene que estar en un nivel alto de poder con respecto al grupo estigmatizador.(Arnaiz & Uriarte, 2006)

El miedo al estigma como barrera para usar los servicios sanitarios tal y como señala el Libro verde (2005, pág. 11),

estas personas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basado en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y el empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete.

“El estigma afecta a todos los agentes implicados, desde las personas que sufren la enfermedad, sus familiares, hasta la población general, pasando por los profesionales que les atienden.” (Muñoz, Pérez, Crespo, & Guillén, 2009, pág. 9)

Los estereotipos, prejuicios y discriminaciones asociadas a la enfermedad mental pueden privar a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal (Corrigan y Kleinlein, 2005).(Muñoz, Pérez, Crespo, & Guillén, 2009, pág. 14)

La sociedad, en general, infiere que una persona tiene una enfermedad mental a partir de cuatro tipos de signos y tiende a reaccionar de forma estigmatizadora ante ellos (Corrigan, 2000):

Los **síntomas psiquiátricos**: comportamientos extraños, irregularidades en el lenguaje...

Los **déficits de habilidades sociales**: déficit en el contacto visual, lenguaje corporal, temas de discusión.

La **apariciencia física**: higiene personal, formas de vestir.

Las **etiquetas**: aquellas personas de las que se sabe que tienen una enfermedad mental, son víctimas del estigma asociado a la enfermedad mental.(Muñoz, Pérez, Crespo, & Guillén, 2009, pág. 14)

### Rehabilitación psicosocial:

En la atención a las personas con **trastorno mental severo**, el tratamiento farmacológico puede disminuir los síntomas de la enfermedad pero no elimina las discapacidades o dificultades que tiene el paciente para llevar una vida plena en la comunidad. Para ello, es necesario realizar una **rehabilitación psicosocial**,

un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan a las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas, se orientan fundamentalmente a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de esquizofrenia, así como de otras



enfermedades mentales graves y crónicas.(Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002, pág. 20)

La **rehabilitación psicosocial**, también llamada **rehabilitación psiquiátrica**, se centra en el paciente como punto central para trabajar en su reinserción en la sociedad ayudándole a superar las dificultades que se le presentan para que pueda mantenerse en su entorno social y llevar una vida lo más normalizada posible con el apoyo de su red familiar y/o social.

### Principios de la rehabilitación psicosocial:

Basándonos en diversos documentos como son la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002) o Gisbert (2003), la **rehabilitación psicosocial** se fundamenta en los siguientes principios:

- Toda práctica rehabilitadora debe apoyarse en los **Derechos Humanos**.
- **Implicación activa** del paciente en el proceso de rehabilitación.
- Debe dirigirse a la **integración** del paciente en su entorno natural.
- Se basa en el principio de **autonomía e independencia**.
- También en el principio de **normalización** adecuándose a las características del paciente y su entorno social.
- Se establece en el principio de **individualización**.
- Debe ofrecer **apoyo y soporte** durante todo el proceso.
- Regirse por una **actitud de esperanza**.
- Promover la importancia a la **evaluación** de resultados.

La **rehabilitación psiquiátrica** es un proceso único e individualizado que se adapta a las características y circunstancias de cada paciente para que éste consiga la autonomía suficiente para desenvolverse en su entorno social con normalidad.

### Programa Individualizado de Rehabilitación:

Este proceso se lleva a la práctica a través del **Programa Individualizado de Rehabilitación** (PIR), definido por Pinilla (2015) como,

un instrumento que permite definir los objetivos de rehabilitación e integración social para cada paciente, partiendo de la valoración previa de su situación psicosocial y la estrategia de intervención que se desarrollará. Esta estrategia será flexible, evaluable y revisable a lo largo del tiempo.(pág. 106)

## ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE

Es un programa individualizado para cada paciente en el que se fijan una serie de objetivos a corto, medio y largo plazo que se alcanzarán a través de diferentes actividades propuestas, y se coordina con los recursos en los que el paciente ha estado, está o sea posible que esté en un futuro.

### Fases de la rehabilitación psicosocial:

Apoyándonos en lo que dice la Fundación Socio - Sanitaria de Castilla - La Mancha para la Integración Socio - Laboral del Enfermo Mental (FISLEM) (2002), el proceso que sigue la rehabilitación se divide en tres fases las cuales se acomodan a las características del paciente y al momento de su rehabilitación. Éstas son:

- **Evaluación:** es la fase anterior a la realización del PIR, en la que se recogen y analizan los datos de la persona con trastorno mental severo. Es una fase abierta y continua en la que se recogen algunos datos como son el entorno familiar, la medicación, la historia clínica o las conductas problemáticas.
- **Planificación:** En esta fase se realiza el PIR, en el que se establecen los objetivos, generales y específicos, los cuales pueden ser modificados a lo largo de todo el proceso. Es importante que el PIR sea acordado con el paciente y su familia para que participen todas las partes implicadas.
- **Intervención:** Su objetivo es conseguir las metas fijadas en el Plan, algunas de las áreas de intervención en las que se centra son las relaciones sociales, las actividades de la vida diaria o la integración comunitaria.

### Programas de la rehabilitación comunitaria:

Siguiendo a Pinilla (2015), dentro de la rehabilitación existen diferentes programas desarrollados en sus correspondientes recursos. Dentro de éstos, podemos encontrar:

- Programa de Asistencia Ambulatoria del TMG desarrollado en el Centro de Salud Mental (CSM).
- Programa de dispositivos específicos:
- Programa de Seguimiento de Casos o Case management.
- Programa de Rehabilitación Intensiva Ambulatoria que se lleva a cabo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial o Centro de Día.
- Programa de Rehabilitación Intensiva Hospitalaria desarrollado en la Unidad Rehabilitadora de Media Estancia.

- Programa de Rehabilitación Extensiva Hospitalaria en la Unidad Rehabilitadora de Larga Estancia.
- Programas de apoyo comunitario.
- Programa de Alternativas residenciales.
- Programa de Mantenimiento Extensivo Ambulatorio en el Club Social.
- Programa de Integración Laboral en el Centro Ocupacional, Centro Especial de Empleo, etc.

Pero los dos programas que a nosotros nos interesan son los programas de rehabilitación intensiva y extensiva hospitalaria, que se realizan en las unidades de media y larga estancia, consecutivamente.

El **Programa de Rehabilitación Intensiva Hospitalaria** se destina a aquellas personas con trastorno mental severo entre 18 y 60 años que los programas comunitarios son ineficaces debido a su situación familiar u otras circunstancias. Las **Unidades de Media Estancia** se caracterizan por su régimen abierto de atención psiquiátrica durante todo el día. El tiempo que los pacientes permanecen ingresados es de seis meses a dos años según progrese el PIR.

El **Programa de Rehabilitación Extensiva Hospitalaria** se dirige a pacientes con trastorno mental severo menores de 65 años las cuales tienen graves problemas para permanecer en su entorno natural y ya han agotado todos los posibles programas de rehabilitación. Las **Unidades de Larga Estancia** se caracterizan por su rehabilitación a largo plazo y su atención psiquiátrica las 24 horas del día. Si la evolución del PIR es favorable, pueden derivarse a otros programas de rehabilitación.

### Papel del trabajador social en salud mental:

En la década de los 80, la concepción del enfermo mental cambia, y pasa a ser un paciente con necesidades no solo clínicas, sino también psicológicas y sociales. El papel del **trabajo social** cobra más importancia fijando su objetivo en intentar normalizar la vida del paciente en su ámbito social incorporándolo a la sociedad. (Fundación Socio - Sanitaria de Castilla - La Mancha para la Integración Socio - Laboral del Enfermo Mental (FISLEM), 2002)

Además de atender la problemática psiquiátrica de los pacientes, también es necesario atender las dificultades psicosociales y necesidades sociales que presentan, a través de la rehabilitación e integración social en la comunidad, lo cual compone la actividad profesional de los trabajadores sociales. (Garcés, 2010)

El trabajador social es el “profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud – enfermedad, así como el tratamiento de los factores psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas”. (Ituarte Tellaeche, A., 1995 b: 277) (Aroca, y otros, pág. 6)

Los tres **ejes principales** en los que el Trabajo Social se basa para producir el cambio en la situación del paciente son:

1. La relación interpersonal.
2. Los cambios en la situación Social.
3. Los cambios en las relaciones con las personas significativas en el espacio vital de los individuos.(Garcés, 2010)

### Funciones del trabajador social:

“El trabajador social forma parte del equipo interdisciplinar y como miembro de éste planifica y evalúa, conjuntamente con el resto de los componentes del equipo, el trabajo a todos los niveles, integrando las aportaciones de los diferentes profesionales.” (Aroca, y otros, pág. 6)

El profesional del trabajo social trabaja en equipo y debe coordinarse con todos los profesionales para poder realizar una intervención en todos los niveles, tanto el clínico como el social.

Los trabajadores sociales no tienen unas funciones fijas como profesionales, sino que las han ido desarrollando en los diferentes servicios de salud mental, las cuales varían según el centro, la finalidad de éste y los objetivos del equipo interdisciplinar.(Garcés, 2010)

Basándonos en Garcés (2010), podemos decir tres **funciones** básicas:

1. Función de atención directa: se dirige a individuos, familias y/o grupos que tienen o están en riesgo de tener problemas sociales en relación con un problema de salud mental.
2. Función preventiva, de promoción e inserción social: tiene el objetivo de obtener la adecuación del paciente a su medio social y familiar a través de su aceptación e integración.
3. Función de coordinación: el trabajador social es especialista en lo social y en las organizaciones y servicios sociales, por lo que debe conocer los servicios del entorno e informar tanto a los pacientes y familiares como a los demás profesionales del equipo.

## PRESENTACIÓN DE LAS ENTIDADES DE REFERENCIA

### Residencia Profesor Rey Ardid (UME):

La Residencia Profesor Rey Ardid fue el primer dispositivo que se creó de la Fundación Rey Ardid, teniendo su origen en 1991 como punto de atención a personas con problemas de salud mental. La Unidad de Media Estancia nace en el barrio de Juslibol, situado a 4 km del centro de Zaragoza y cuenta con 1492 habitantes.

La Fundación Ramón Rey Ardid gestiona esta Unidad Psiquiátrica de 39 camas, cuya titularidad corresponde al Servicio Aragonés de Salud. Trabajan 32 personas y se realizan diversas actividades y programas dirigidos a cubrir íntegramente todas aquellas necesidades de las personas que padecen un trastorno mental grave. Para satisfacer estas necesidades cuentan con un profesional muy variado: enfermeros, psiquiatras, médicos, psicólogos, trabajadora social, terapeuta ocupacional, monitores, técnicos administrativos y voluntarios.

Esta Unidad de Media Estancia ofrece distintos servicios: programa de ambulatorio, programa de psicoeducación con familias, programa terapéutico individualizado (acogida, evaluación multidisciplinar, revisión de casos), programas terapéuticos (educación para la salud, psicomotricidad, relajación...), actividades de rehabilitación psicosocial, subprograma residencial, acompañamientos y pisos asistidos (desde la residencia se atienden 4 pisos), subprograma de ocio y tiempo libre.

### Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. Del Carmen (ULE):

El centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen pertenece a las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y depende de la provincia canónica de Barcelona. Este centro, situado en la localidad de Garrapinillos (Zaragoza), fue creado en 1972 y se han ido ampliando sus infraestructuras siendo reconocido por su red de salud mental.

Es un centro privado el cual mantiene plazas concertadas con varias mutuas y aseguradoras, el Servicio Aragonés de Salud, el IASS y algunas comunidades autónomas. Está especializado en salud mental y la gran mayoría de sus plazas están dedicadas a larga estancia.

## **| ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE**

Está dividido en seis unidades diferentes en función de las patologías que presentan los pacientes:

- Unidad “A”: Enfermos mentales crónicos de edad adulta con independencia física.
- Unidad “B”: Enfermos con retrasos mentales profundos asociados a trastornos de conducta.
- Unidad “C”: Unidad de ingresos y corta/media estancia.
- Unidad “D” o geriatría: Enfermos mentales crónicos de edad adulta con un alto grado de dependencia física.
- Unidad “E” o psicogeriatría: Enfermos mentales crónicos de edad adulta con dependencia física.
- Unidad “F”: Enfermos mentales con trastornos de conducta y retraso mental leve, de menor edad que en el resto de las unidades.

Además, el centro cuenta actualmente con tres pisos supervisados situados en Zaragoza en los que pueden habitar hasta 4 personas. Dos de estos pisos están destinados a hombres y el otro a mujeres.

## RECURSOS SOCIALES EXISTENTES

En este punto nos vamos a centrar en los recursos que existen en la Comunidad Autónoma de Aragón en el ámbito de la salud mental.

Se define como red asistencial, compuesta por varios niveles de atención y diferentes dispositivos, en cuyo centro está el ciudadano, de forma que cuando sea necesario el paciente sea vea atendido a lo largo de toda la evolución de su enfermedad sin perder la continuidad.(Instituto de Información Sanitaria, 2011, pág. 9)

Basándonos en el Instituto de Información Sanitaria (2011) podemos decir que en Aragón existen:

### A) Dispositivos sanitarios:

- **Unidades de Salud Mental de Adultos (USM):** con un total de 18, estos centros se caracterizan por ofrecer una atención integral a los pacientes tanto en el propio centro como de manera ambulatoria. Las USM cumplen la función de derivación para aquellos pacientes que necesiten el ingreso en otro dispositivo, así como su seguimiento y control cuando hayan sido dados de alta.
- **Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ):** en total existen 8. “Se trata de un servicio diferenciado para la atención de la salud mental y a la asistencia psicológica de la población menor de 18 años de edad.”(Instituto de Información Sanitaria, 2011, pág. 10)
- **Unidad de Corta Estancia (UCE):** podemos encontrar 6 en Aragón. Atiende los enfermos que debido a la gravedad de sus síntomas agudos no pueden permanecer en su entorno habitual.
- **Hospital de Día (HD):** Sólo existen 2. Destinado a aquellos pacientes que “no precisan de un medio totalmente cerrado para la contención de su sintomatología”. (Instituto de Información Sanitaria, 2011, pág. 11)
- Dentro de las **Unidades Especiales (UE)** podemos encontrarnos con:
  - o **Unidad Gerontopsiquiátrica (UGP):** existen 3 en Aragón y están destinadas a los pacientes mayores de 65 años que tras largos de hospitalización en centros necesitan cuidados continuos.
  - o **Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA):**
- **Unidad de trastornos de la personalidad (UTP):** Recurso de régimen cerrado con 6 camas de duración aproximada de dos meses, con la principal característica de ser tratados los pacientes en una “inmersión terapéutica”, de carácter dinámico,

cognitivo, farmacológico, reeducacional social y de apoyo familiar. Una vez transcurrido este ingreso, el paciente pasa a un recurso de rehabilitación psicosocial durante un periodo de 2 años en régimen abierto.

### B) Dispositivos intermedios (de apoyo y rehabilitadores):

- **Centros de Rehabilitación Psicosocial o Centros de Día (CD):** existen 9 en todo Aragón. “Permiten la permanencia en su medio social y familiar de enfermos graves con importante deterioro pero que están estabilizados sintomáticamente y gozan de alguna autonomía o tienen algún apoyo familiar.”(Instituto de Información Sanitaria, 2011, pág. 11). El tiempo de permanencia oscila entre 1 y 2 años, reciben tratamiento psicoterápico, las familias reciben apoyo y orientación y se establecen unos programas individualizados para el paciente.
- **Unidad rehabilitadora de Media Estanca (UME):** Aragón cuenta con 5 dispositivos de estas características. Las UME son centros de internamiento de carácter abierto con una estancia de 6 meses a 18 meses, los pacientes se caracterizan por presentar un Trastorno Mental Grave de larga duración.(Instituto de Información Sanitaria, 2011, pág. 12) Según el Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia (2014):

Se definen como dispositivos rehabilitadores de carácter hospitalario. Es un recurso orientado al trabajado con pacientes generalmente refractarios a diversos tratamientos en numerosos dispositivos, en los que persiste durante largo tiempo una clínica tan severa que impide su adaptación a un entorno social normal. Los tratamientos se realizarán durante un periodo máximo de un año, prorrogable por seis meses más a criterio de la Comisión para Ingresos y Seguimiento de pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabitación. A estas unidades les será de aplicación la Orden de 27 de junio de 2008, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se regula, en el Sistema de Salud de Aragón, el Funcionamiento de la Comisión para Ingresos y Seguimiento de paciente en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabitación. Estas unidades cuentan con un diverso personal profesional: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería, terapeuta ocupacional, trabajador social, auxiliares de enfermería y auxiliar administrativo.

- **Unidad Residencial – Rehabilitadora de Larga Estancia (ULE):** La Comunidad Autónoma de Aragón cuenta con 5 dispositivos de larga estancia. Según (Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, 2014):



Son dispositivos hospitalarios destinados a pacientes con trastornos mentales graves en los que se hace necesaria una hospitalización más prolongada que permita un abordaje terapéutico más a largo plazo, para tratar alteraciones psicopatológicas refractarias y proporcionar terapéuticas rehabilitadoras de las funciones afectadas. Los tratamientos se realizarán durante todo el tiempo que sea preciso para asegurar la correcta atención a los pacientes, según los criterios se establezca la Comisión para Ingresos y Seguimiento de pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabitación. A estas unidades les será de aplicación la Orden de 27 de junio de 2008, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se regula, en el Sistema de Salud de Aragón, en Funcionamiento de la Comisión para Ingresos y Seguimiento de pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabitación.

Alternativas residenciales:

- **Mini-residencias o “Casas-hogar”:** “se trata de un servicio residencial abierto y flexible que recibe el apoyo y supervisión de la unidad de salud mental. La estancia en este dispositivo podrá ser temporal o definitiva”.(Instituto de Información Sanitaria, 2011, pág. 12)
- **Viviendas o pisos tutelados:** basándonos en el Instituto de Información Sanitaria (2011) estos dispositivos se utilizan para dar continuidad a programas que se han realizado en unidades rehabilitadoras de media estancia. Los participantes en estas alternativas residenciales tienen que tener cierta autonomía personal y habilidades sociales.
- **Pisos sociales protegidos:** esta alternativa residencial proporciona recursos necesarios para la incorporación a la sociedad de las personas con problemas de salud mental. Son pacientes derivados de unidades de salud mental en colaboración con los servicios sociales.

C) Dispositivos de rehabilitación e inserción socio-laboral:

- **Clubes sociales:** Dispositivo que se caracteriza por la creación de actividades de ocio en pacientes. Fomentan la integración social a partir del tiempo libre.
- **Centros ocupacionales:** “Son espacios terapéuticos que se establecen a través de actividades grupales de recreo, cultura, aprendizaje o para-laborales. Los objetivos básicos son la recuperación o el mantenimiento de habilidades y normas de convivencia y comunicación en grupo.” (Instituto de Información Sanitaria, 2011)

## | ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE

- **Taller-escuela o prelaboral:** sirve de vía entre el Centro Ocupacional y el Centro Especial de Empleo. Las personas tratan de aprender y recuperar una actividad laboral dirigida hacia la profesionalización.
- **Centros Especiales de Empleo:** como fin a la rehabilitación y aprendizaje se crean los centros especiales de empleo. Funcionan como una empresa de producción y rentabilidad.

## PRESENTACIÓN DE DATOS

A continuación, vamos a exponer los resultados del análisis del cuestionario para pacientes con trastorno mental grave realizado tanto en **UME** y **ULE**. Vamos a analizar las preguntas del cuestionario por separado comparando los resultados de los dos centros.

### 1. Sexo del paciente:

Tras la realización del cuestionario, hemos observado que por lo general, existe un **número similar** tanto de mujeres como de hombres en un centro de rehabilitación de tipo residencial, dado que en la muestra realizada en ULE existe el mismo número de mujeres que de hombres y en la muestra de UME existe una mínima diferencia de 4 hombres más que mujeres (17 hombres frente a 13 mujeres).

### 2. Edad del paciente:

A continuación vamos a analizar la variable edad.

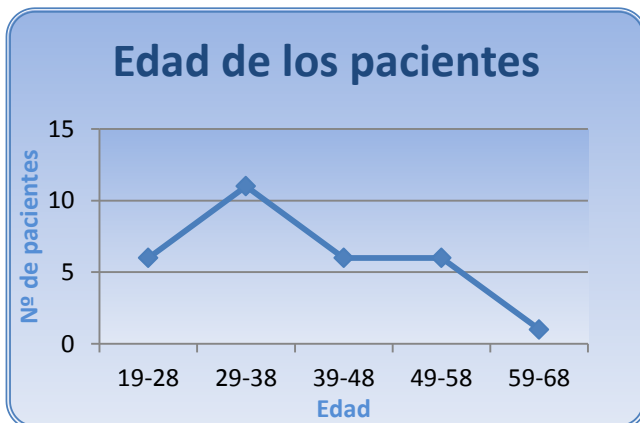


Ilustración 1. Edad de los pacientes de UME

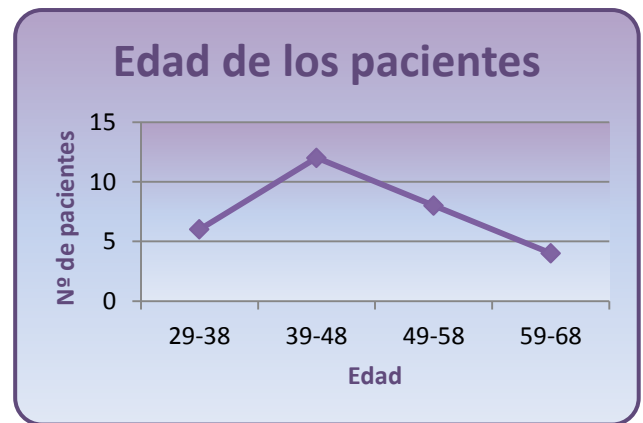


Ilustración 2. Edad de los pacientes de ULE

Respecto a la edad, existe una **gran diferencia** entre la media de cada centro. En el caso de la UME, la media de edad de los pacientes es de 39 años, en cambio, en la ULE es de 47 años. En la UME el mínimo de edad es 19 años y el máximo 62, frente a la edad mínima de la ULE que es 32 y la máxima 65. Como podemos observar, existe una diferencia de **13 años** en las edades mínimas de los dos centros, en cambio, la edad máxima apenas tiene una diferencia de 3 años.

El intervalo de edad en el que existe un mayor número de pacientes difiere de un centro a otro. Por una parte, en la UME la franja de edad es la de 29 – 38 años, con un número de 11 pacientes, mientras que en la ULE es la de 39 – 48 años con 12 pacientes.

# ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE

## 3. Evolución de la enfermedad:

La evolución de la enfermedad la hemos contabilizado en años, en el caso de la UME, ellos lo dividen en tres rangos, menos de 5 años, entre 5 y 10 años, y más de 10 años. En cambio la ULE, recoge la edad en la que se le diagnostica al paciente la enfermedad por primera vez, y nosotros hemos agrupado los años de evolución, desde que se le diagnostica hasta ahora, en intervalos de 5 años.

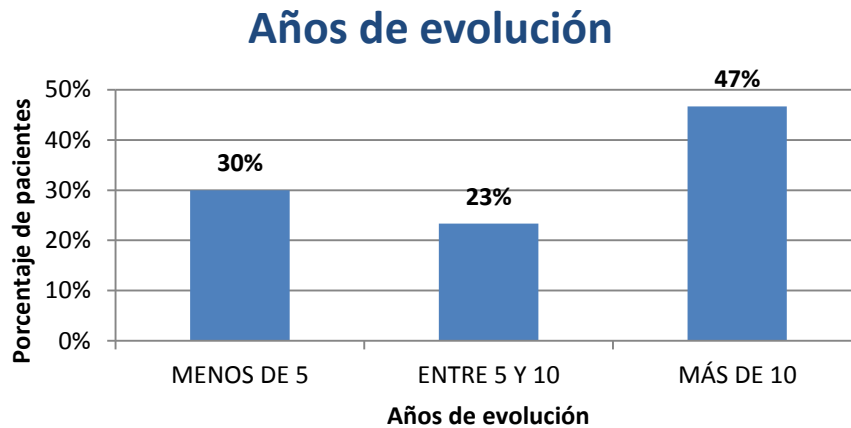


Ilustración 3. Evolución de la enfermedad UME

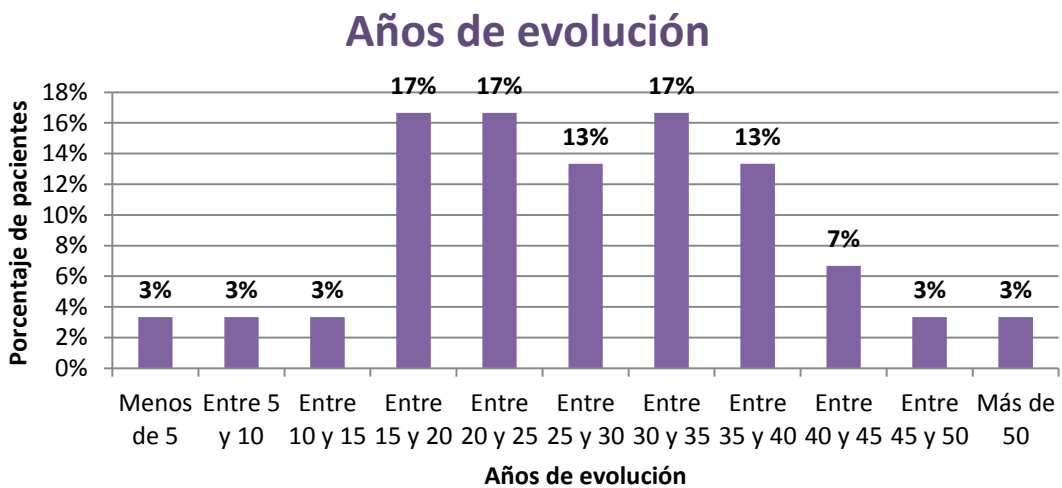


Ilustración 4. Evolución de la enfermedad ULE

Como podemos observar en los gráficos, en la UME, el porcentaje mayoritario de pacientes tiene una enfermedad con una evolución superior a los 10 años, aunque no existen grandes diferencias entre el número de pacientes de los tres rangos que establecen, lo que se explica con la edad media de los pacientes de los centros, en ULE (47 años) superior a UME (39 años).

Por otra parte, en la ULE, existen grandes diferencias entre los porcentajes de los diferentes rangos. Los de mayor porcentaje se encuentran entre los 15 años a los 39 años de evolución, con unos porcentajes similares en los rangos intermedios. En cambio, los rangos de los extremos, de 0 a 9 años y de 40 a 54 años, existen porcentajes mínimos en cada uno de ellos.

4. Estado civil del paciente:

El estado civil de los pacientes tanto en UME como en ULE es un perfil de residente **soltero/a**, puesto que en la UME equivale a un 73% y en la ULE es de un 67% del total. Siguiéndole a este, aunque con gran diferencia, en los dos casos, el perfil de **separado/a o divorciado/a** coincidiendo en ambos centros con un 20%.

5. Familia y apoyo del paciente:

En este apartado vamos a analizar las dos preguntas sobre la familia conjunta, si el paciente tiene familia y si tiene apoyo familiar.

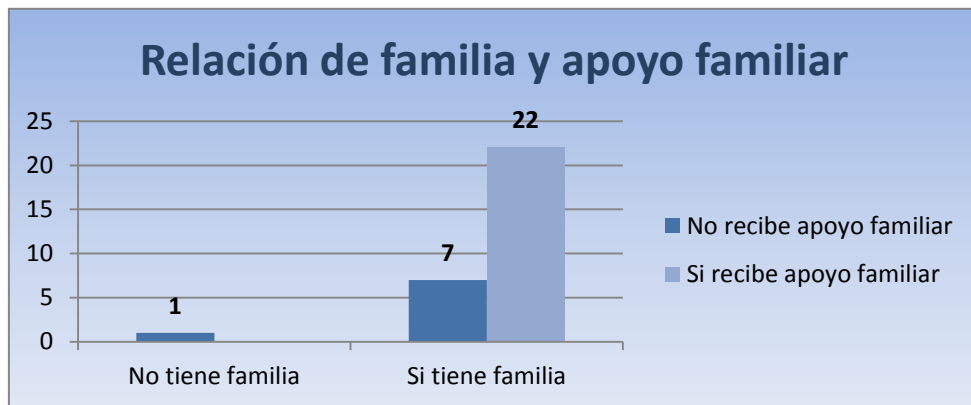


Ilustración 5. Relación de familia y apoyo familiar UME

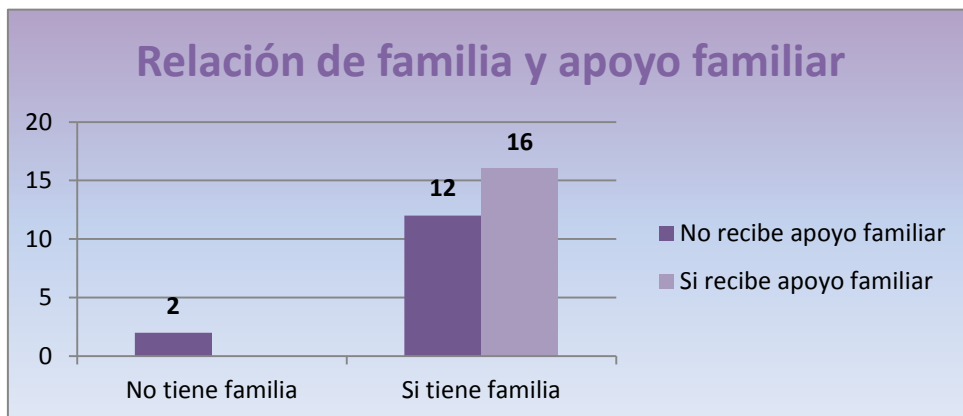


Ilustración 6. Relación de familia y apoyo familiar ULE

## ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE

Respecto a la pregunta de si los pacientes tienen **familia**, existe un gran porcentaje que sí tiene en los dos centros. Por otro lado, si nos fijamos en las diferencias que existen entre los pacientes que reciben **apoyo** por parte de sus familiares nos encontramos con que en el caso de la UME, el número de pacientes que recibe apoyo familiar es mucho mayor que el que no, pero en el caso de la ULE, esta diferencia se minimiza.

### 6. Nivel de estudios del paciente:

Nivel de estudios	% de pacientes
Estudios primarios	57%
Estudios secundarios	27%
Estudios universitarios	3%
Sin estudios	13%
<b>Total general</b>	<b>100%</b>

Tabla 3. Nivel de estudios UME

Nivel de estudios	% de pacientes
Estudios primarios	67%
Estudios secundarios	7%
Sin estudios	27%
<b>Total general</b>	<b>100%</b>

Tabla 4. Nivel de estudios ULE

Respecto al nivel de estudios de los pacientes, en los dos centros nos encontramos con que el porcentaje mayor es de personas con **estudios primarios**. Pero si podemos ver una gran diferencia en cuanto al segundo porcentaje mayoritario, el cual coincide en los dos casos en 27%, mientras que en la UME son las personas con **estudios secundarios**, en la ULE son las **personas sin estudios**.

Otro dato interesante es que en la ULE no existe porcentaje de personas con estudios universitarios, por el contrario de la UME, aunque el porcentaje sea mínimo.

### 7. Diagnóstico del paciente:

Para los diagnósticos, hemos utilizado dos manuales, el DSM-V (2014) y el CIE-10 (2000), ya que son los dos manuales utilizados por los centros de referencia, en la UME utilizan únicamente el CIE-10 mientras que en la ULE utilizan tanto uno como otro, según la preferencia del médico.

## ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE |

Diagnóstico	Porcentaje
Demencia sin especificación	3%
Esquizofrenia	57%
Otros episodios depresivos	3%
Psicosis de origen no orgánico no especificada	3%
Trastorno de la personalidad	7%
Trastorno esquizoafectivo	23%
Trastornos agudos y transitorios psicóticos	3%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 5. Diagnóstico UME

Diagnóstico	Porcentaje
Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado	10%
Trastorno por consumo de alcohol moderado	3%
Esquizofrenia	37%
Retraso mental moderado	37%
Trastorno de la personalidad	13%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 6. Diagnóstico ULE

Como podemos observar en las tablas, el diagnóstico con mayor porcentaje de pacientes, difiere de un centro a otro. En la UME es la esquizofrenia con un alto porcentaje por encima de las demás enfermedades, mientras que en la ULE es el retraso mental moderado y la esquizofrenia.

Este porcentaje tan alto de personas con retraso mental moderado en ULE se debe a que, en el pasado, cuando fueron ingresados en este centro, estas personas eran ingresadas en centros de larga estancia con un objetivo residencial y, ahora, tienen una red sociofamiliar frágil, están institucionalizados y este centro es su espacio de referencia vital, por lo que se considera más beneficioso para ellos mantenerlos en este dispositivo que trasladarlos a otro que se adecue más a su diagnóstico.

Hemos optado por analizar algunos datos descartando a los pacientes que padecen retraso mental moderado puesto que no son un tipo de pacientes que normalmente permanezcan ingresados en una Unidad de Larga Estancia.

DIAGNÓSTICO	Porcentaje
Esquizofrenia	58%
Trastorno de la personalidad	21%
Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado	16%
Trastorno por consumo de alcohol moderado	5%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 7. Diagnóstico ULE sin Retraso Mental Moderado

## ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE

Si analizamos el diagnóstico sin contar a los pacientes con retraso mental moderado nos encontramos que el porcentaje mayoritario es el de esquizofrenia, el cual aumenta considerablemente, al igual que en la UME.

### 8. Tiempo ingresado en el centro:

En cuanto al tiempo que los pacientes llevan ingresados en sus correspondientes dispositivos, hay una gran diferencia entre los dos centros, dado que uno es de larga estancia y otro de media estancia.

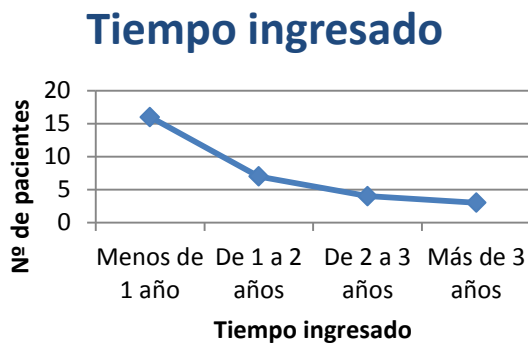


Ilustración 7. Tiempo ingresado UME

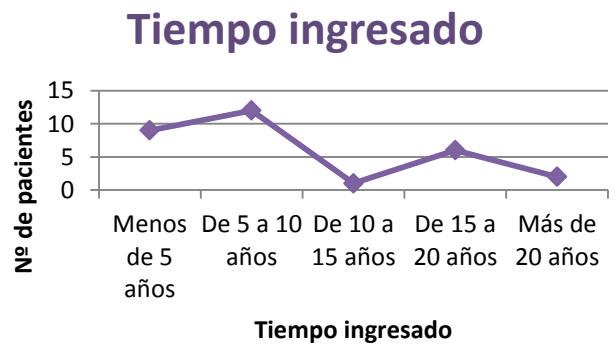


Ilustración 8. Tiempo ingresado ULE

Cabe decir que en el dispositivo de ULE, los tratamientos a los pacientes se realizarán durante todo el tiempo que sea preciso hasta llegar a una óptima mejora y rehabilitación. Mientras que en UME, los tratamientos se realizarán durante un período máximo de un año, prorrogable por seis meses más.

Conviene señalar que el número de pacientes en UME desciende constantemente conforme el tiempo ingresado aumenta, en cambio, en ULE se puede observar como fluctúa el número de pacientes a lo largo del tiempo ingresado.

También llama la atención que en el centro de UME haya residentes que lleven más de 2 años cuando la previsión de estancia media de en UME sería de 6 a 18 meses en Aragón<sup>1</sup>, lo que se debe a dificultades por no tener el alta adecuada.

<sup>1</sup> Según el Boletín Oficial de Aragón (Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, 2014)



9. Otros dispositivos en los que haya estado el paciente:

Respecto a los dispositivos, en los dos coincide el de mayor porcentaje de pacientes, el cual son las **Unidades de hospitalización breve**, aunque hay que añadir que en la UME existe un porcentaje mucho más elevado que en la ULE.

DISPOSITIVOS	Porcentaje
Unidades de hospitalización breve	97%
Hospitales de día	20%
Centros de día	50%
UME	10%
ULE	3%
Otros	50%

Tabla 8. Dispositivos UME

DISPOSITIVOS	Porcentaje
Unidades de hospitalización breve	73%
Hospitales de día	0%
Centros de día	10%
UME	37%
ULE	20%
Otros	50%

Tabla 9. Dispositivos ULE

Nos ha llamado la atención que en la ULE ningún paciente haya estado en un Hospital de día, lo que nos hace pensar que puede deberse a su larga estancia en el dispositivo y la reciente creación de los Hospitales de día en la Comunidad Autónoma de Aragón, puesto que el primero Hospital de día que se creó en Zaragoza fue en el año 2003 en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Si analizamos los dispositivos descartando los pacientes de Retraso Mental Moderado, por ser usuarios con un perfil diferente en cuanto al uso de servicios psiquiátricos, el porcentaje de pacientes que ha estado en Unidades de hospitalización breve, en Centros de día y en UME aumenta mientras que disminuye el número de pacientes que ha estado en ULE y en otros dispositivos.

DISPOSITIVOS	Porcentaje
Unidades de hospitalización breve	79%
Hospitales de día	0%
Centros de día	16%
UME	47%
ULE	16%
Otros	37%

Tabla 10. Dispositivos ULE sin Retraso Mental Moderado

Destacar también el alto porcentaje de pacientes que han estado ingresados anteriormente en UME y ULE, pues tras su paso por estos dispositivos y su creciente gravedad y deterioro cognitivo, han necesitado del dispositivo de larga estancia para su continua asistencia.

## ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE

### 10. Discapacidad del paciente:

En el caso de la discapacidad, en los dos centros, la mayoría de los pacientes, el 79% de los pacientes en UME y el 90% de los pacientes en ULE, tienen reconocido el **Certificado de Discapacidad**. Los pacientes que no tienen dicho Certificado se debe a que no se ha considerado necesario dado que tienen sus necesidades cubiertas.

GRADO DE DISCAPACIDAD	Porcentaje
33% - 64%	23%
65% - 74%	53%
Más de 75%	3%
En trámite	7%
No	13%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 11. Grado de discapacidad UME

GRADO DE DISCAPACIDAD	Porcentaje
33% - 64%	10%
65% - 74%	60%
Más de 75%	20%
No	10%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 12. Grado de discapacidad ULE

No existen diferencias significativas en el intervalo 65%-74% puesto que en los dos centros es el mayoritario, ni en el intervalo de personas que no están valoradas y/o reconocidas. Pero sí podemos observar grandes diferencias en cuanto a las personas con una discapacidad entre 33%-64% ya que en UME es más del doble de las personas que existen en ULE, al contrario sucede con las personas que tienen una discapacidad mayor del 75%. Por lo que podemos concluir que a mayor avance de la enfermedad y mayor deterioro, se produce una mayor discapacidad.

Además, en UME existe un pequeño porcentaje de personas que se encuentran en trámite de este reconocimiento, debido a que, por lo general, la UME es uno de los primeros procesos de rehabilitación en el que se identifican los déficits, mientras que los pacientes derivados a ULE, habitualmente, ya han sido valorados previamente en el transcurso de su enfermedad.

Si analizamos el grado de discapacidad de los pacientes de ULE descartando a los pacientes con Retraso Mental Moderado, el porcentaje superior sigue siendo el del rango de 65% - 74% aunque es inferior al de antes.

GRADO DE DISCAPACIDAD	Porcentaje
33% - 64%	11%
65% - 74%	53%
Más de 75%	21%
No	16%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 13. Grado de discapacidad de ULE sin Retraso Mental Moderado

11. Dependencia del paciente:

Respecto a la dependencia nos encontramos con grandes diferencias de un centro a otro, en la UME el 90% de los pacientes no están **valorados** y/o **reconocidos** como personas dependientes frente al 53% de los pacientes de ULE que sí están valorados como **personas en situación de dependencia**, esto se debe a que el baremo de valoración de la dependencia no identifica adecuadamente las dificultades que presentan las personas con trastorno mental grave.

**Dependencia de los pacientes**

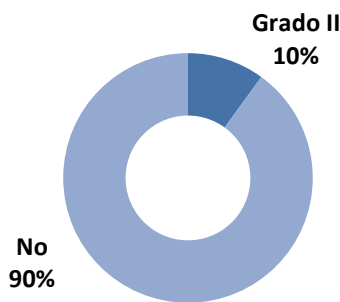


Ilustración 9. Dependencia de los pacientes de UME

**Dependencia de los pacientes**

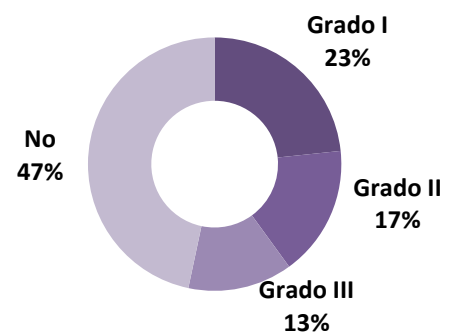


Ilustración 10. Dependencia de los pacientes de ULE

Como podemos ver en los gráficos, los pacientes de ULE tienen un mayor deterioro y una mayor limitación para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y, por tanto, son más dependientes que los pacientes de UME. Esto mismo explicaría el grado de dependencia, dado que como ya hemos hablado antes en la discapacidad, cuanto mayor es el deterioro de las personas, mayor es su dependencia.

Además, el pequeño porcentaje de personas en situación de dependencia en la UME, tienen todas grado II, y en el caso de la ULE, el porcentaje de personas dependientes está repartido entre los 3 grados.

Si analizamos la dependencia de los pacientes de ULE sin los que padecen retraso mental moderado, el gráfico sería así:

## Dependencia de los pacientes sin Retraso Mental Moderado

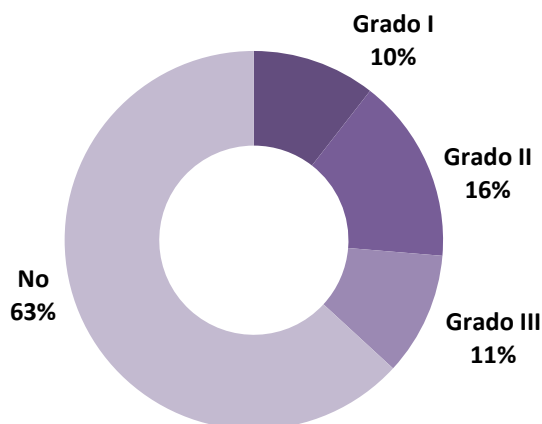


Ilustración 11. Dependencia de los pacientes de ULE sin Retraso Mental Moderado

Podemos observar como el porcentaje de personas que no están valoradas y/o reconocidas como personas en situación de dependencia aumenta del 47% al 63%, y el porcentaje de personas dependientes aparece más equitativo entre las personas con grado I y grado III. Lo que se deduce que las personas con retraso mental moderado son personas con un reconocimiento mayor de dependencia que las personas con trastorno mental grave.

### 12. Incapacitación judicial del paciente:<sup>2</sup>

El 83% de los pacientes de ULE son personas **incapacitadas judicialmente**, en contraste con el 43% de personas incapacitadas en UME. Lo que sí coincide en los dos centros es que, de las personas incapacitadas, la mayor parte tienen una **incapacitación total**, el 30% de las personas en UME y el 73% de las personas en ULE.

---

<sup>2</sup> La incapacidad total:

protege a las personas que carecen de capacidad para autogobernarse en ninguno de los aspectos de su vida. La incapacitación total no significa la pérdida de derechos, sino que éstos podrán ser ejercidos con el apoyo de otra persona. Tiene como objetivo la protección tanto personal como patrimonial del incapacitado. (La guía social, 2016)

La incapacidad parcial:

protege a las personas que carecen de capacidad para autogobernarse en determinados actos de la vida. El curador es la persona que ejercerá el apoyo que la persona incapacitada necesita en aquellos actos que el juez determine en la sentencia judicial. (La guía social, 2016)

### Incapacitación Judicial

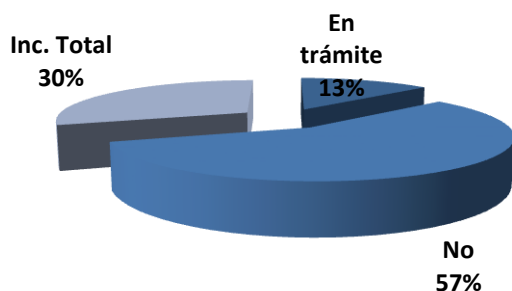


Ilustración 12. Incapacitación judicial UME

### Incapacitación judicial

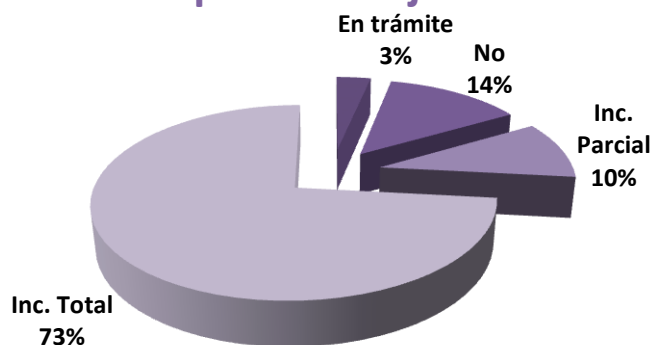


Ilustración 13. Incapacitación judicial UME

### 13. Datos económicos del paciente:

En cuanto a las prestaciones económicas que reciben los pacientes de un centro y otro, encontramos varias diferencias.

DATOS ECONÓMICOS	Porcentaje
No tiene ingresos propios	13%
Pensión Contributiva Jubilación	0%
Pensión Contributiva de Incapacidad Permanente Total	3%
Pensión Contributiva de Incapacidad Permanente Absoluta	23%
Pensión Contributiva de Incapacidad Permanente Gran Invalidez	0%
Pensión Contributiva de Viudedad	0%
Pensión Contributiva de Orfandad	13%
Pensión No Contributiva de Invalidez	20%
Pensión No Contributiva de Jubilación	0%
Prestación por hijo a cargo Paciente	10%
Prestación por hijo a cargo Padres	10%
Renta dineraria	3%
Renta alquiler	0%
Renta propiedad	0%
Rentas otras	0%
Otros	17%
Se desconoce	0%

Tabla 14. Datos económicos UME

DATOS ECONÓMICOS	Porcentaje
No tiene ingresos propios	0%
Pensión Contributiva de Jubilación	3%
Pensión Contributiva de Incapacidad Permanente Total	3%
Pensión Contributiva de Incapacidad Permanente Absoluta	3%
Pensión Contributiva de Incapacidad Permanente Gran Invalidez	0%
Pensión Contributiva Viudedad	0%
Pensión Contributiva de Orfandad	13%
Pensión No Contributiva de Invalidez	67%
Pensión No Contributiva de Jubilación	0%
Prestación por hijo a cargo Paciente	10%
Prestación por hijo a cargo Padres	3%
Renta dineraria	0%
Renta alquiler	0%
Renta propiedad	0%
Rentas otras	0%
Otros	0%
Se desconoce	10%

Tabla 15. Datos económicos ULE

## ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE

Si nos fijamos en la variedad de prestaciones de los pacientes de UME, esta es mucho mayor que la **variedad** de prestaciones que reciben los pacientes de ULE.

Si observamos la prestación que con mayor frecuencia perciben los pacientes, en el caso de la UME no existen diferencias significativas, en cambio, en el caso de la ULE, es la **Prestación No Contributiva por Invalidez** la que más destaca.

DATOS ECONÓMICOS	Porcentaje
No tiene ingresos propios	13%
Pensiones Contributivas	39%
Pensiones No Contributivas	20%
Prestación por hijo a cargo	20%
Rentas	3%
Otros	17%
Se desconoce	0%

Tabla 16. Datos económicos agrupados UME

DATOS ECONÓMICOS	PORCENTAJE
No tiene ingresos propios	0%
Pensiones Contributivas	22%
Pensiones No Contributivas	67%
Prestación por hijo a cargo	13%
Rentas	0%
Otros	0%
Se desconoce	10%

Tabla 17. Datos económicos agrupados ULE

Por otro lado, si analizamos los datos económicos agrupándolos, nos encontramos que en UME existe el mismo porcentaje de personas que reciben Pensiones Contributivas de las que reciben Pensiones No Contributivas, a diferencia de la ULE que el 71% de los pacientes reciben Pensiones No Contributivas mientras que sólo el 21% reciben Pensiones Contributivas.

Además, en los dos dispositivos coincide que, por lo general, los pacientes no tienen rentas de ningún tipo, por lo que sus ingresos económicos son únicamente a través de sus prestaciones.

## CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

**Hipótesis 1:** *Los pacientes con trastorno mental grave ingresados en ULE tienen mayor dependencia y discapacidad que los de UME.*

Respecto a esta primera hipótesis, como conclusión podemos señalar que la hipótesis que nos propusimos en un principio se verifica totalmente puesto que, como ya hemos visto, el porcentaje de pacientes con discapacidad y en situación de dependencia en ULE es mayor que el porcentaje de los pacientes en UME. Esto se debe a que con el transcurso de la enfermedad y el deterioro cognitivo, los pacientes presentan una mayor presencia de discapacidad y dependencia de otra persona para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

En la variable discapacidad podemos afirmar que los pacientes de ULE tienen un porcentaje más alto de reconocimiento del Certificado de Discapacidad (90%; 85% frente al 79% de UME) y son reconocidos con un mayor grado de discapacidad, en los intervalos de 65% - 74% y más de 75% de discapacidad que los pacientes de UME.

En la variable de dependencia, el porcentaje de personas en situación dependencia es mucho mayor en ULE (47%) que en UME (10%), además, los pacientes presentan una mayor dependencia en relación a los de UME.

Para el análisis de esta hipótesis no hemos distinguido entre los pacientes de ULE con y sin retraso mental moderado puesto que no se aprecian diferencias significativas que varíen la verificación de esta.

Nos gustaría señalar que, el baremo de la dependencia no valora correctamente a los pacientes que padecen trastorno mental grave pudiendo concluir que hay personas que no están reconocidas como dependientes a pesar de que sí lo sean en su funcionamiento, residiendo en un centro de rehabilitación en el que se ocupan de sus necesidades las 24 horas del día.

**Hipótesis 2:** *“Los pacientes de UME reciben más apoyo por parte de sus familiares que los de ULE”.*

En cuanto a esta segunda hipótesis, podemos ver como existe una clara diferencia en relación a las personas que tienen familia y reciben apoyo por parte de ésta. Tenemos que recalcar que la variable “recibe apoyo por parte de sus familiares” es una variable contestada por el trabajador social de cada centro por el conocimiento de la situación del caso.

## ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE

Si analizamos únicamente la variable “los pacientes tienen familia”, las diferencias son mínimas. En cambio, si observamos la variable “los pacientes reciben apoyo por parte de sus familiares” la diferencia es muy notoria. El dispositivo de UME cuenta con 22 personas que reciben apoyo familiar, en cambio en ULE 16 pacientes reciben apoyo familiar.

Por ello, la hipótesis “*Los pacientes de UME reciben más apoyo por parte de sus familiares que los de ULE*” **se verifica** puesto que nos encontramos con un número mucho mayor de pacientes que poseen familia y además reciben apoyo por parte de ésta en el dispositivo de UME que en el dispositivo de ULE. Lo que nos hace ver que la institucionalización del paciente influye negativamente a la red familiar del paciente.

**Hipótesis 3:** “*Los pacientes de la Unidad de Larga Estancia han utilizado más dispositivos previos al ingreso que los de la Unidad de Media Estancia*”.

Si nos fijamos en la variedad de dispositivos en los que los pacientes han estado previos al ingreso en el dispositivo actual, los pacientes de UME han estado en más dispositivos, como ejemplo tenemos los Hospitales de día en el que los pacientes de ULE no han estado dada su reciente creación en Aragón y el largo periodo de estancia que llevan en el centro.

Además, el porcentaje de pacientes de UME supera al de ULE en Unidades de hospitalización breve, Hospitales de día y Centros de día, en cambio, el porcentaje de pacientes de ULE solo es superior en UME y en ULE.

Lo que se deduce que, la hipótesis de “*Los pacientes de la Unidad de Larga Estancia han utilizado más dispositivos previos al ingreso que los de la Unidad de Media Estancia*”, **no se verifica** porque respecto a los dispositivos previos al ingreso, existe una mayor variedad en los pacientes de UME frente a los de ULE y los primeros superan el porcentaje de personas en mayor número de dispositivos que los segundos. Los pacientes de ULE se caracterizan por la grave cronicidad de su enfermedad, por lo que son derivados a centros ULE y no a otros dispositivos rehabilitadores de corto plazo o medio plazo.

**Hipótesis 4:** “*El tiempo de evolución del trastorno es mayor en los pacientes de ULE que en los de UME*”.

Basándonos en los datos obtenidos podemos decir que, en el caso de ULE existe un **93%** de pacientes que llevan más de 10 años conviviendo con su enfermedad, mientras que en UME, un



**47%** de pacientes llevan más de 10 años desde la aparición de su trastorno mental grave. Por lo tanto, el tiempo de evolución del trastorno es mayor en los pacientes de ULE que en los de UME.

Esto se debe a que en el dispositivo de ULE residen pacientes con un mayor deterioro y un mayor recorrido de evolución del trastorno ya que es un dispositivo rehabilitador que trabaja con usuarios de estas características. Por otro lado en UME, trabajan con pacientes, los cuales su trastorno mental se ha desarrollado hace poco tiempo, siendo este dispositivo uno de los primeros en su rehabilitación.

Un factor que debemos tener en cuenta en esta hipótesis es la variable de la edad. La edad media de los pacientes en UME es de 39 años y en ULE 47. Por lo que existe una relación entre la edad media de los pacientes ingresados y el tiempo que llevan conviviendo con la enfermedad. En el caso de ULE los pacientes presentan un mayor tiempo de evolución de la enfermedad porque influye la variable edad, ya que a mayor tiempo de enfermedad mayor longevidad de los pacientes.

## CONCLUSIONES

Respecto a los objetivos propuestos en este estudio de investigación y tras el análisis de los datos obtenidos, vamos a exponer, a continuación, las conclusiones que deducimos.

El primer objetivo específico que nos planteamos es, *conocer la situación social de los pacientes que se atienden en la unidad de media estancia y la unidad de larga estancia*, del que destacamos los siguientes aspectos:

- La edad media de los pacientes de Unidad de Larga Estancia es mayor que en Unidad de Media Estancia.
- El tiempo de estancia de los ingresos es mucho mayor en Unidad de Larga Estancia que en Unidad de Media Estancia.
- Los pacientes de Unidad de Larga Estancia son personas en situación de dependencia e incapacitados judicialmente, no teniendo esa consideración los pacientes ingresados en Media Estancia.
- Los pacientes ingresados en la Unidad de Larga Estancia reciben una pensión no contributiva, en el caso de Media Estancia, reciben tanto pensiones contributivas como no contributivas.

El segundo objetivo específico es, *identificar perfiles diferentes entre los dos dispositivos en cuanto a su situación social*.

- ❖ El perfil de los pacientes de UME es, un hombre con una edad comprendida entre 29 y 38 años y una evolución de la enfermedad de más de 10 años, soltero, con estudios primarios y una red familiar sólida que le proporciona apoyo, con un diagnóstico de esquizofrenia y una evolución de la enfermedad de más de 10 años, con un tiempo de estancia media en este dispositivo de menos de 1 año, habiendo ingresado con anterioridad en el recurso de hospitalización breve. Como consecuencia de su enfermedad, reciben una pensión por invalidez (contributiva o no contributiva) teniendo reconocida una discapacidad alta (entre 65% y 74%).
- ❖ El perfil de los pacientes de ULE es un paciente, indistintamente hombre o mujer, con una edad comprendida entre 39 y 48 años, soltero/a, con estudios primarios y una red familiar sólida que le proporciona apoyo, con un diagnóstico de esquizofrenia y una evolución de la enfermedad entre 15 y 40 años, con un tiempo de estancia media en este dispositivo de entre

5 y 10 años, habiendo ingresado previamente en el recurso de hospitalización breve. Como consecuencia de su enfermedad, recibe una pensión de invalidez no contributiva, tiene reconocimiento de discapacidad alta (entre 65% y 74%) y como persona en situación de dependencia así como una incapacidad judicial.

Por último, nuestro objetivo principal es *comparar el perfil de los pacientes con trastorno mental grave ingresados en la unidad de media estancia de la Residencia Profesor Rey Ardid y la unidad de larga estancia del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen*. Tras el análisis de los objetivos específicos podemos decir que lo hemos cumplido correctamente dado que hemos identificado el perfil de cada centro y las diferencias que existen entre ambos.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (Quinta edición ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arnaiz, A., & Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 49-59.
- Aroca, L., Arocas, A., Cebrián, A., Maltés, L., Pasqual, M., Pérez, C., . . . Zafra, M. E. (s.f.). *Generalitat Valenciana. Conselleria de sanitat universal/salut pública*. Recuperado el 30 de Enero de 2016, de [http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion\\_del\\_TSS\\_unidades\\_de\\_salud\\_mental.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion_del_TSS_unidades_de_salud_mental.pdf)
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid. Recuperado el 15 de 02 de 2016, de <http://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/CTecnicos6.pdf>
- Comisión de las comunidades europeas. (2005). *Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas.
- Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia. (18 de Julio de 2014). Orden por la que se regula la acción concertada en materia de prestaciones de servicios sanitarios. *Boletín Oficial de Aragón*(140), 23072-23074.
- Corbetta, P. (2007). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa. En P. Corbetta, *Metología y técnicas de investigación social* (Segunda edición ed., págs. 33-68). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Fundación Socio - Sanitaria de Castilla - La Mancha para la Integración Socio - Laboral del Enfermo Mental (FISLEM). (2002). *Curso en Salud Mental para profesionales de los Servicios Sociales*. Castilla - La Mancha.
- Garcés, E. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.
- Gisbert, C. (2003). *Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del Trastorno Mental Severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

- Grupo Rey Ardid.* (08 de 06 de 2016). Obtenido de <http://www.reyardid.org/contenido/residencia-profesor-rey-ardid-en-justilibol>
- Hermanas hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. (s.f.). *Hermanas hospitalarias. Provincia canónica de Barcelona.* Obtenido de [http://www.hospitalariasbarcelona.org/articulos-mostrado-2039-esp-centro-neuropsiquiatrico\\_ntra.\\_sra.\\_del\\_carmen.htm](http://www.hospitalariasbarcelona.org/articulos-mostrado-2039-esp-centro-neuropsiquiatrico_ntra._sra._del_carmen.htm)
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (Cuarta edición ed.). México: Mc Graw - Hill.
- Instituto de Información Sanitaria. (2011). *Atención a la salud mental. Organización en las comunidades autónomas.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- La guía social. (13 de Enero de 2016). *Cuestiones esenciales del procedimiento de Incapacitación.* Obtenido de <http://www.laguiasocial.com/index.php/dependencia-y-discapacidad2/proceso-de-incapacitacion/110-cuestiones-esenciales-del-procedimiento-de-incapacitacion>
- M.F. Bravo, J. Saiz, J. Bobes. (2010). *Manual del Residente en Psiquiatría.* Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave.* Ministerio de Ciencia e innovación.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental.* Madrid: Editorial Complutense, S.A.
- Observatorio de la discapacidad. (2003). *Población con enfermedad mental grave y prolongada.* Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- OMS. (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* Nueva York. Recuperado el 28 de 03 de 2016, de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental.* Ginebra.

## ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE

P., C. (25 de Abril de 2003). El Clínico crea un hospital de día para enfermos mentales . *El periódico de Aragón*.

Pileño, M. E., Morillo, F. J., Salvadores, P., & Nogales, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los cuidados*, 29-35.

Pinilla, M. Á. (2015). La rehabilitación psicosocial en trabajo social: la intervención en trastorno mental grave. En M. Miranda, *Lo social en la salud mental (I): Trabajo Social en Psiquiatría*. (págs. 97 - 120). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Edad de los pacientes de UME .....	23
Ilustración 2. Edad de los pacientes de ULE .....	23
Ilustración 3. Evolución de la enfermedad UME.....	24
Ilustración 4. Evolución de la enfermedad ULE.....	24
Ilustración 5. Relación de familia y apoyo familiar UME .....	25
Ilustración 6. Relación de familia y apoyo familiar ULE .....	25
Ilustración 7. Tiempo ingresado UME.....	28
Ilustración 8. Tiempo ingresado ULE.....	28
Ilustración 9. Dependencia de los pacientes de UME.....	31
Ilustración 10. Dependencia de los pacientes de ULE.....	31
Ilustración 11. Dependencia de los pacientes de ULE sin Retraso Mental Moderado .....	32
Ilustración 12. Incapacitación judicial UME .....	33
Ilustración 13. Incapacitación judicial UME .....	33
Ilustración 14. Estado civil UME.....	49
Ilustración 15. Estado civil ULE.....	49

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cronograma.....	4
Tabla 2. Variables .....	6
Tabla 3. Nivel de estudios UME.....	26
Tabla 4. Nivel de estudios ULE.....	26
Tabla 5. Diagnóstico UME .....	27
Tabla 6. Diagnóstico ULE .....	27
Tabla 7. Diagnóstico ULE sin Retraso Mental Moderado.....	27
Tabla 8. Dispositivos UME.....	29
Tabla 9. Dispositivos ULE.....	29
Tabla 10. Dispositivos ULE sin Retraso Mental Moderado .....	29
Tabla 11. Grado de discapacidad UME .....	30
Tabla 12. Grado de discapacidad ULE .....	30
Tabla 13. Grado de discapacidad de ULE sin Retraso Mental Moderado.....	30
Tabla 14. Datos económicos UME .....	33
Tabla 15. Datos económicos ULE .....	33
Tabla 16. Datos económicos agrupados UME.....	34
Tabla 17. Datos económicos agrupados ULE.....	34
Tabla 18. Sexo UME.....	49
Tabla 19. Sexo ULE.....	49



## ANEXOS

### Anexo 1: Cuestionario para pacientes con Trastorno Mental Grave

Sexo:

Femenino.

Masculino.

Edad: \_\_\_\_\_

Edad de comienzo de la enfermedad: \_\_\_\_\_

Estado civil:

Soltero/a.

Casado/a.

Separado/a o Divorciado/a.

Viudo/a.

¿Tiene familia?

Si.

Padre.

Madre.

Hermano/a.

Cónyuge o pareja.

Hijo/a.

Otros. \_\_\_\_\_

No.

## ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE

¿Tiene apoyo familiar?

Si.

No.

Nivel de estudios:

Sin estudios.

Estudios primarios.

Estudios secundarios.

Estudios universitarios.

Diagnóstico:

DSM – V. \_\_\_\_\_

CIE 10. \_\_\_\_\_

Tiempo ingresado en este centro: \_\_\_\_\_

Otros dispositivos en los que haya estado:

Unidades de hospitalización breve.

Hospitales de día.

Centros de día.

Centros de rehabilitación psicosocial.

Unidades de rehabilitación de Media Estancia.

Unidades residenciales – rehabilitadoras de Larga Estancia.

Otros. \_\_\_\_\_

¿Tiene discapacidad?

Si. \_\_\_\_\_%

No.

En trámite.

¿Tiene dependencia?

Si. \_\_\_\_\_

No.

En trámite.

¿Está incapacitado judicialmente?

Si.

Total.

Parcial.

No.

En trámite.

# ESTUDIO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME Y EN ULE

Datos económicos:

Concepto			Cuantía	
No tiene ingresos propios				
Prestaciones	Prestación Contributiva	Jubilación		
		Incapacidad permanente	Total	
			Absoluta	
			Gran invalidez	
		Viudedad		
		Orfandad		
	Prestación Contributiva	No	Invalidez	
			Jubilación	
	Prestación por hijo a cargo	Titular paciente		
		Titular padres		
Rentas	Dineraria			
	Alquiler			
	Propiedades			
	Otras:			
Otros:				
Se desconoce				

**Anexo 2: Otras tablas y gráficos**

Sexo	Nº de pacientes
Femenino	13
Masculino	17
<b>Total general</b>	<b>30</b>

Tabla 18. Sexo UME

Sexo	Nº de pacientes
Femenino	15
Masculino	15
<b>Total general</b>	<b>30</b>

Tabla 19. Sexo ULE

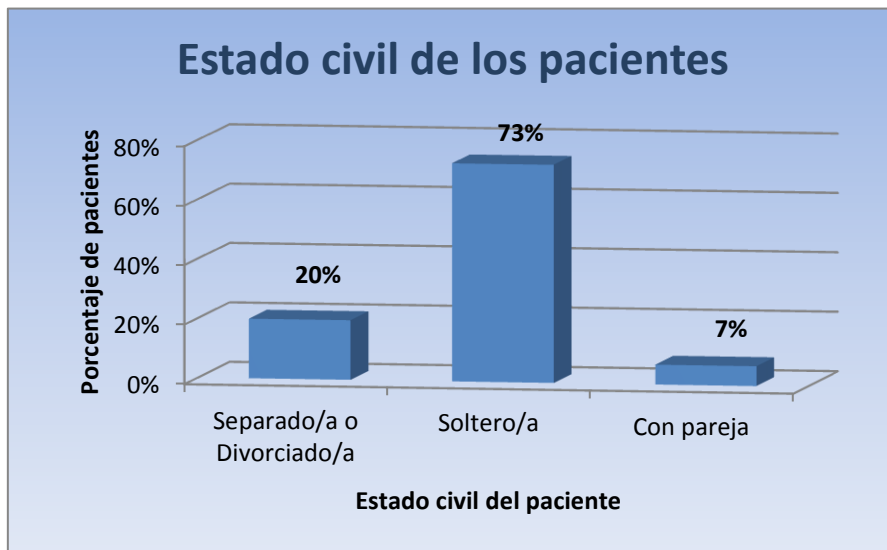


Ilustración 14. Estado civil UME

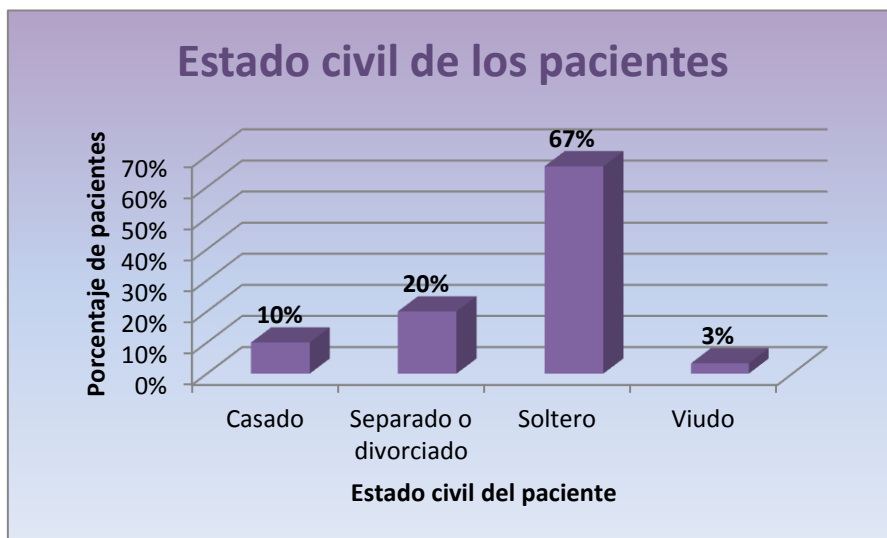


Ilustración 15. Estado civil ULE