

## Título

Atención Domiciliaria de Enfermería en Salud Mental

## Subtítulo:

“Evaluación de la efectividad de la Atención Domiciliaria de Enfermería administrada a pacientes afectos de TMS mediante la aplicación del modelo de intervención basado en la gestión de casos” .

## Autores:

M<sup>a</sup> Teresa Lluch Canut, Francisco Checa Peña, Josefina García Morales, m<sup>a</sup> Isabel Márquez Romero, Xavier Camarena Pelegri, José Julio Beltrán Megias, Lourdes Ayllón Ortega, Montserrat Sabadell Gimeno, Maite Alonso Eguileta, Tatiana Díaz Bouza, Sandra Martínez Fenollar, Asunta Rigor Cuadra y M<sup>a</sup> Pilar Sabater Mateu.

## RESUMEN

La investigación se planteo para abordar el problema que presentan las personas afectas de un Trastorno Mental Severo (TMS) tras ser dados de alta hospitalaria. El objetivo general fue evaluar la efectividad de un Programa de Atención Domiciliaria de Enfermería (PADE), administrado desde una Unidad de Atención Domiciliaria, a pacientes con TMS que eran dados de alta después de una hospitalización psiquiátrica y que habían tenido diversos reingresos a lo largo del último año. Se aplico un diseño quasi-experimental con Grupo Experimental (GE) y Grupo Control (GC) y mediciones pre-post intervención. La muestra estuvo compuesta por 52 pacientes afectados por un TMS atendidos y vinculados a centros asistenciales de salud mental, seleccionados según criterios de inclusión/exclusión a partir de una población de TMSs de una zona geográfica determinada y distribuidos de forma aleatoria a los grupos experimental o control. El PADE (Intervención) se llevo a cabo durante un año y para evaluar su efectividad se utilizaron los siguientes instrumentos: DAI-*Drug Attitude Inventory* (Hogan, 1998); Juicio Clínico Global (Ad Hoc); GAF-*Global Assessment of Functioning* (Endicott y Spitzer, 1976); QLS-*Quality of Life Satisfaction* (Heinrichs, Hanlon y Carpenter); Cuestionario de Grados de *Insight* en Pacientes Esquizofrénicos I-II (González de Chávez y Capilla, 1991). Los datos fueron analizados mediante pruebas estadísticas no paramétricas. Los resultados mostraron que, a un nivel de significación estadística del 95%, en el grupo experimental se había logrado: a) aumentar la adherencia al tratamiento ( $p=0,001$ ); b) incrementar el grado de vinculación a los CSM ( $p=0,00098$ ); c) reducir el número de reingresos y los días de reingreso ( $X= 14$  días por año en el GE frente a  $X=74$  días por año en el GC); d) aumentar el nivel de calidad de vida de los pacientes, en los aspectos intrapsíquicos ( $p=0,02$ ), relacionales ( $p=0,02$ ) y de actividades cotidianas ( $p=0,021$ ). Asimismo, incidió favorablemente en la capacidad funcional de los pacientes. Los resultados permiten concluir que la Atención Domiciliaria de Enfermería administrada a pacientes con TMS es efectiva.

## INTRODUCCIÓN

La atención domiciliaria de enfermería en salud mental puede enmarcarse desde tres apartados diferenciados pero a la vez complementarios. En primer lugar, es necesario considerar el estado actual de la atención en salud mental en España, centrada en la desinstitucionalización del mayor número posible de pacientes y la

apuesta por la asistencia extrahospitalaria en el ámbito comunitario (1,2). Se han realizado valoraciones de los avances que la reforma psiquiátrica supuso en el abordaje integral del enfermo mental (3,4) pero, desde que esta política se implantó, se ha venido produciendo lo que algunos autores han denominado "el fenómeno de la puerta giratoria", que hace referencia a las frecuentes recaídas de un grupo de pacientes (los TMS- Trastornos Mentales Severos) que presentan un alto nivel de deterioramiento personal y una escasa o nula conciencia de enfermedad (3,4,5,6). Se señalan como principales factores causales: las dificultades de adherencia al tratamiento farmacológico, la escasa vinculación a los centros de salud mental comunitarios y la baja conciencia de enfermedad. Consecuencia de ello se da una disminución de la capacidad funcional, un deterioro en la calidad de vida y un aumento en el número y días de reingreso en los centros hospitalarios (7,8,9,10). Por tanto, parece recomendable que en este espacio comunitario se potencie la creación de recursos extrahospitalarios entre los que debería constar la atención domiciliaria de enfermería. Asimismo, la evaluación de su efectividad y de su utilidad tendría que ser tema prioritario de investigación.

En segundo lugar, hace falta hablar de la gestión de casos (*case management*) como un modelo de intervención que puede dar respuesta a las necesidades de atención que plantean los pacientes con TMS desde el ámbito comunitario. Los países anglosajones fueron pioneros en su aplicación y, aunque existen diversos modelos, el propósito común de todos ellos es el de ayudar a los pacientes a optimizar su vida en la comunidad (11). Son diversos los estudios que han evaluado los resultados de la gestión de casos con pacientes mentales y, en general, la mayoría han encontrado diferencias significativas relevantes entre los pacientes atendidos mediante la gestión de casos y la asistencia habitual (12,13,14,15,16). A pesar de que algunos estudios de metanálisis alertan de la necesidad de interpretar los resultados con cierta prudencia (17).

Para nuestro propósito hay un hecho que es importante y es que la figura del gestor de casos recae en el ámbito anglosajón en un/a enfermero/a especialista en salud mental. En este sentido, son diversos los estudios que describen y evalúan la vinculación de la enfermería a la gestión de casos en salud mental (18,19,20). En nuestro contexto, algunas autonomías han elaborado Planes de Servicios Individualizados (PSI) para personas con TMS inspirados en el modelo anglosajón

de gestión de casos y algunos centros asistenciales han desarrollado proyectos de aplicación que se han llevado a cabo desde los Centros de Salud Mental (CSMs) comunitarios o a través de Unidades específicas de Atención Domiciliaria (UAD), cuya ubicación física puede estar en el hospital o en la comunidad (21,22,23). Existen planteamientos enfermeros de la atención domiciliaria en salud mental e inclusive se han formulado algunos planes de enfermería desde la gestión de casos (22,24,25). Pero desde la perspectiva enfermera, no se han localizado investigaciones empíricas sobre el tema.

En tercer lugar, y vinculado a la atención en salud mental y a la gestión de casos, conviene resaltar la importancia de la atención domiciliaria de enfermería que, desde diferentes ámbitos, se viene reforzando como un espacio de trabajo imprescindible para atender determinadas necesidades de salud de sectores específicos de población, con problemáticas concretas (24,26,27,28,29). En este sentido, se perfila la atención domiciliaria de enfermería como un reto de futuro que ha de permitir a la enfermería ofertar una atención holística que integre actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación dentro de un contexto interrelacional y con participación de todas las personas implicadas: pacientes, familias y profesionales (30,31,32). Para ello será necesario aportar evidencias científicas de la atención domiciliaria de enfermería, demostrando que es efectiva y que contribuye a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y las familias.

El trabajo que presentamos es el resultado de conjugar los tres aspectos planteados (estado actual de la atención en salud mental, uso creciente de la metodología de gestión de casos y necesidad de potenciar la atención domiciliaria de enfermería en poblaciones concretas) defendiendo la idea de que las personas afectas de un TMS que realizan múltiples reingresos hospitalarios precisan una atención domiciliaria de refuerzo al ser dados de alta en el hospital. Asimismo, se asume la propuesta de que los profesionales de enfermería son los gestores más idoneos para realizar esta atención domiciliaria. Y, por último, se refuerza la creencia en la necesidad de aportar datos empíricos que avalen la contribución de la enfermería de salud mental a la salud general de la población a la que atiende. Si bien existen algunos estudios que evalúan la efectividad de determinadas intervenciones de enfermería no se ha localizado ningún estudio empírico que haya evaluado nuestra perspectiva global de intervención en salud mental.

El objetivo general del trabajo que se presenta fue el de valorar la efectividad de un Programa de Atención Domiciliaria de Enfermería (PADE) administrado desde una Unidad de Atención Domiciliaria (UAD) a pacientes dados de alta después de una hospitalización psiquiátrica aplicando el modelo de gestión de casos (*case management*). Los objetivos específicos se centraron alrededor del objetivo principal y fueron: 1) Evaluar y comparar la adherencia al tratamiento farmacológico entre pacientes incluidos y no incluidos en el PADE de la UAD; 2) Evaluar y comparar la vinculación a los Centros de Salud Mental entre pacientes incluidos y no incluidos en el PADE de la UAD; 3) Evaluar y comparar la capacidad funcional entre pacientes incluidos y no incluidos en el PADE de la UAD; 4) Evaluar y comparar la calidad de vida entre pacientes incluidos y no incluidos en el PADE de la UAD; 5) Evaluar y comparar los días y el número de reingreso entre pacientes incluidos y no incluidos en el PADE de la UAD; 6) Evaluar y comparar la conciencia de enfermedad entre los pacientes incluidos y no incluidos en el PADE de la UAD.

Entorno a los objetivos planteados y después de operativizar las variables, las hipótesis que tratamos de contrastar fueron las siguientes: 1) Los pacientes incluidos en el PADE de la UAD presentan *mejores adherencias al tratamiento farmacológico* después del alta hospitalaria que los pacientes no incluidos; 2) Los pacientes incluidos en el PADE de la UAD presentan *mejor vinculación a los CSM* después del alta hospitalaria que los pacientes no incluidos; 3) Los pacientes incluidos en el PADE de la UAD presentan *mejor capacidad funcional* después del alta hospitalaria que los pacientes no incluidos; 4) Los pacientes incluidos en el PADE de la UAD presentan *mejor calidad de vida* después del alta hospitalaria que los pacientes no incluidos; 5) Los pacientes incluidos en el PADE de la UAD presentan *menos días y número de reingresos* después del alta hospitalaria que los no incluidos; y 6) Los pacientes incluidos en el PADE de la UAD presentan *mayor conciencia de enfermedad* después del alta hospitalaria que los no incluidos.

## METODOLOGÍA

Diseño. Se llevo a cabo un estudio longitudinal, de dos años de duración, aplicando un diseño quasi-experimental con grupo experimental (GE) y grupo control (GC) y mediciones pre-post intervención. Desde la perspectiva clínica de investigación, el diseño utilizado es equivalente al Ensayo Clínico Aleatorio (ECA).

Sujetos de estudio. La muestra inicial estuvo compuesta por 60 sujetos afectados por un TMS, seleccionados según criterios de inclusión/exclusión, a partir de una población de TMSs de una zona geográfica determinada (en concreto, un centro hospitalario donde se ubicaba la Unidad de Atención Domiciliaria, y dos CSM). El método para obtener la muestra fue: contacto inicial por teléfono o en consulta y entrevista concertada, especificando en todo momento las cuestiones éticas de confidencialidad e inocuidad del estudio. Los sujetos fueron distribuidos de forma aleatoria a GE o GC y se les pidió que firmaran un documento de consentimiento informado. Algunos pacientes del GC renunciaron al estudio y finalmente la muestra quedó configurada por 52 sujetos (30 en el GE y 22 en el GC).

Criterios de inclusión y exclusión/eliminación. Para ser incluidos en la muestra los sujetos tenían que cumplir los siguientes criterios: a) diagnóstico médico/psiquiátrico según DSM IV y siguiendo los criterios de TMS de: esquizofrenia, trastorno delirante y otras psicosis, trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno límite de personalidad, b) presencia del cuadro de forma continua o esporádica durante más de dos años, c) haber realizado dos o más hospitalizaciones en el transcurso del último año antes de iniciar el estudio o haber permanecido más de 50 días de hospitalización en el último año y e) haber dado el consentimiento informado. Se excluyeron/eliminaron los sujetos que su diagnóstico primario no coincidía con los definidos en los criterios de inclusión y todos aquellos sujetos que, aún cumpliendo criterios de inclusión: a) asistían a grupos terapéuticos o a cualquier otro recurso terapéutico complementario al seguimiento habitual en el CSM, b) no dieron su consentimiento informado para ser incluidos en el grupo de estudio, c) estaban incluidos en otros estudios de investigación.

VARIABLES A EVALUAR Y MATERIAL. Las variables referidas a características sociodemográficas de la muestra fueron: sexo, edad, convivencia (solo/acompañado), nivel de estudios (analfabeto/primarios/secundarios/universitarios), CSM de referencia (CSM I/ CSM II) y diagnóstico médico/psiquiátrico. La variable independiente fue la Intervención operativizada a partir de dos valores: Atención habitual / Programa de Atención Domiciliaria de Enfermería (PADE), además de la atención habitual. El programa se llevó a cabo durante un año y para su aplicación, el gestor de cada caso (una enfermera especialista en salud mental)

dedicó un mínimo de una visita domiciliaria por semana, de una hora de duración, a cada sujeto/familia. Las variables dependientes que se consideraron fueron:

a) Adherencia al tratamiento: evaluada a través de dos instrumentos: a.1) el Juicio Clínico Global, una entrevista semiestructurada diseñada “ad hoc” para este estudio con el objetivo de evaluar la adherencia del paciente al tratamiento, con tres niveles de puntuación: excelente, buena o mala adherencia y a.2) La adaptación española (33) de la escala DAI (*Drug Attitude Inventory*) de Hogan (1998) en su versión de 10 ítems (DAI-10) (34). La puntuación total oscila entre 10 y 20, pero no existen puntos de corte definidos. A mayor puntuación, efecto percibido de la medicación más potente y, por tanto, mayor adherencia al tratamiento.

b) Vinculación al Centro de Salud Mental: evaluado mediante un índice de proporción resultante de dividir el número de visitas realizadas por el número de visitas asignadas. Cuanto más pequeño es el cociente menor es el grado de vinculación. Se contabilizaron las visitas asignadas/ cumplidas con todos los profesionales del centro (psiquiatra, psicólogo/a, enfermero/a, trabajador/a social).

c) Capacidad funcional: se evaluó a través de la *Global Assessment of Functioning* (GAF) de Endicott y Spitzer (1976) (35). El rango de la escala es de 1 a 100 con definiciones para cada intervalo de 10 puntos. A mayor puntuación mayor nivel de salud psíquica.

d) Calidad de vida: se utilizó la escala QLS (*Quality of Life Satisfaction*) de Heinrichs, Hanlon y Carpenter (1982) (36), considerando las aportaciones de autores españoles en la estructuración factorial (9, 37). La QLS posee 21 ítems distribuidos en 4 factores: Relaciones interpersonales (F1), Rol instrumental (F2), Fundamentos intrapsíquicos (F3), Objetos comunes y actividades cotidianas (F4). Los rangos de los factores son: F1 de 0 a 48; F2 de 0 a 24; F3 de 0 a 42; y F4 de 0 a 12. A mayor puntuación mayor calidad de vida.

d) Recidivas/Reingresos. Las recidivas se operativizaron a partir de dos valores: el número de días de reingreso y el número de reingresos en el hospital.

e) Conciencia de enfermedad: para su evaluación se utilizó el Cuestionario de Grados de Insight en Pacientes Esquizofrénicos I & E-II diseñado por González de Chávez y Capilla (1991). Se consideraron sólo los ítems del grado 0 (Ausencia de insight. Insight psicótico. No conciencia de enfermedad). El rango va de 0 a 10. A más puntuación menos conciencia de enfermedad.

Procedimiento de evaluación. Las variables b y d fueron evaluadas tomando datos de un año antes de entrar en el proyecto (mediciones pre) y durante el año en que duró la intervención –PADE (mediciones post). Mientras que las variables a, c, e y f se evaluaron antes de iniciar la intervención (mediciones pre) y al finalizar el PADE (mediciones post). Todas las mediciones se aplicaron a ambos grupos (GE y CC).

Análisis de datos. Para analizar los datos se utilizó el programa estadístico SPSS-X 11.0. El tamaño de la muestra (grupo control n=22; grupo experimental n=30), una cierta asimetría en algunas variables y el hecho de que alguna no pasaba la prueba de la homocedasticidad hizo aconsejable utilizar pruebas estadísticas no paramétricas. En concreto, para comparar la existencia de diferencias entre grupos se aplicó la prueba U de Mann-Withney (en variables continuas) y la prueba de X Cuadrado (para variables categóricas). Asimismo, para comparar las diferencias pre-post intragrupos se aplicó la prueba de Wilcoxon y cuando se analizaron correlaciones se aplicó la r de Spearman. A pesar de optar por la opción más conservadora de análisis con pruebas no paramétricas y conscientes de que las condiciones de nuestro estudio permitían en muchas hipótesis aplicar estadística paramétrica, se realizaron pruebas paralelas aplicando la t de Student. No se obtuvieron diferencias significativas en los resultados por lo que mantuvimos y reforzamos, si cabe, el criterio de aplicar pruebas estadísticas no paramétricas. Todas las relaciones estuvieron analizadas en un nivel de significación estadística del 95% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

Los resultados referidos a las variables de la muestra se presentan en la tabla 1, en la que podemos observar que la media de edad fue de 39-40 años, con una presencia ligeramente superior de hombres (55,8%) que de mujeres (44,2%). La mayoría de los pacientes vivían acompañados (92,3%) y prácticamente la mitad tenía el diagnóstico de esquizofrenia (48,1%). Si agrupamos las tres categorías de trastornos de tipo psicosis (Esquizofrenia, Trastorno Delirante y otras psicosis y Trastorno Esquizoafectivo) representan un porcentaje sobre la muestra total del 73,1% (en el GC un 63,6% y en el GE un 80%). Estos datos son prácticamente iguales en ambos grupos (GE y GC). En el nivel de estudios, la muestra se distribuyó de forma mayoritaria en el nivel de estudios primarios (76,5% de los pacientes). Esta tendencia fue igual en ambos grupos pero superior en el GE



(83,3%) frente al GC (66,7%). Asimismo, se observó que el 10% de la muestra era analfabeta y que no había ningún paciente que tuviera estudios universitarios. En relación a la variable CSM de procedencia, hubo una mayor presencia de sujetos del CSM II (61,5%) que del CSM I (38,5%).

Los resultados de las diversas hipótesis planteadas se presentan de forma separada para cada una de ellas. Todos los datos fueron analizados para un valor de significación estadística del 95% ( $p < 0,05$ ).

H1-Los pacientes incluidos en un PADE presentan mejores adherencias al tratamiento farmacológico que los pacientes no incluidos. Tal y como se ha señalado anteriormente, esta variable se evaluó mediante dos instrumentos: el DAI-10 y el Juicio Clínico Global. Aplicando la prueba U de Mann-Whitney, las puntuaciones obtenidas en el DAI-10 post intervención fueron mejores en el GE que en el GC. La diferencia no fue estadísticamente significativa pero estuvo muy próxima a serlo, con una  $p=0,079$ . Los resultados de la prueba de X Cuadrado para la variable Juicio Clínico pusieron de manifiesto que después del PADE, el GE mostró una mejor adherencia al tratamiento ( $\chi^2=8,93$ , g.l.=2,  $p=0,011$ ) que el GC y esta mejoría fue altamente significativa. Asimismo, los resultados indicaron que ambas variables (DAI-10 y Juicio Clínico) correlacionaban, aunque de forma moderada ( $r=-0,32$ ).

H2-Los pacientes incluidos en un PADE presentan mejor vinculación a los CSM después del alta hospitalaria que los pacientes no incluidos. El análisis confirmó que el grupo que recibió el PADE (GE) cumplió más visitas (con todos los profesionales) que el GC ( $U=156$ ,  $p=0,00098$ ), siendo el tamaño del efecto de  $-0,87$ , lo cual indica una elevada diferencia entre los grupos. Comparando la evolución de cada grupo (1 año antes y durante la intervención), el GE incrementó su vinculación global (77 % pre y 85% post) mientras que en el GC disminuyó (82% pre y 74 % post).

H3-Los pacientes incluidos en un PADE presentan mejor capacidad funcional después del alta hospitalaria que los pacientes no incluidos. La capacidad funcional (evaluada con la escala GAF) mejoró ligeramente en el GE tras la intervención, pero ambos grupos (GE y GC) tuvieron niveles bajos de funcionalidad, tanto pre como post (GC:  $X=45,91$  pre y  $X=45,50$  post; GE:  $X=40,00$  pre y  $X=45,00$  post). Analizando las puntuaciones medias por intervalos, la mayoría de pacientes estuvieron entre los intervalos 41-50 ("alteración que requiere atención") y 51-60 ("síntomas moderados"). Las diferencias encontradas fueron muy pequeñas y

estadísticamente no significativas. Sin embargo, estos resultados son acordes a las características de la evolución clínica de los TSM.

H4-Los pacientes incluidos en un PADE presentan mejor calidad de vida después del alta hospitalaria que los pacientes no incluidos. Aplicando la prueba U de Mann-Whitney por factores, los análisis confirmaron la existencia de diferencias significativas en el GE, entre el pre y el post en los tres primeros factores de la escala QLS (ver gráfico 1). En el cuarto factor únicamente hubo una tendencia. Esto indica que los pacientes que recibieron el Programa de Atención Domiciliaria de Enfermería (PADE) mejoraron en las relaciones interpersonales ( $T=0,63,5$ ,  $p=0,02$ ,  $d=-0,36$ ), en el rol instrumental ( $T=38$ ,  $p=0,021$ ,  $d=-0,24$ ) y en los fundamentos intrapsíquicos ( $T=55$ ,  $p=0,02$ ,  $d=-0,35$ ) si bien los tamaños de los efectos ( $d$ ) fueron moderados.

H5-Los pacientes incluidos en un PADE presentan menos días y número de reingresos después del alta hospitalaria que los no incluidos. Aplicando la prueba U de Mann-Withney, los resultados pusieron de manifiesto que, los pacientes que recibieron el PADE (GE) estuvieron menos días ingresados que los del GC con una diferencia estadísticamente muy significativa ( $U=163,50$ ,  $p=0.001$ ). En concreto, durante el año que duró la intervención los pacientes del GE estuvieron ingresados una media de  $X=14,8$  días mientras que los pacientes del GC ingresaron una media de  $X=78,68$  días. Por otro lado, al analizar el nº de reingresos, se confirmó que los pacientes del GE presentaron un menor número de reingresos durante el año de intervención siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $U=199$ ,  $p=0,0147$ ). En concreto, durante el año de intervención, los pacientes del GE tuvieron una media de reingresos de  $X=0.90$  mientras que los pacientes del GC reingresaron una media de  $X=2.05$  veces. Ambas variables (número de reingresos y número de días) mostraron una correlación significativa y de signo positivo ( $r$  de Spearman  $=0.81$ ,  $p=0,000$ ).

H6-Los pacientes incluidos en un PADE presentan mayor conciencia de enfermedad después del alta hospitalaria que los no incluidos. En los análisis realizados no se encontraron diferencias significativas en la conciencia de enfermedad entre el GE y el GC ni en el periodo pre intervención (un año antes) ni en el periodo post intervención (un año después).

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos fueron valorados, de forma global, como muy favorables, aportando datos significativos sobre la efectividad de la Atención Domiciliaria de Enfermería en pacientes con un TMS. Como se ha indicado en la introducción, no se ha localizado ninguno estudio empírico donde se evalúe la Atención Domiciliaria de Enfermería, con todos los criterios planteados en nuestra investigación. Sin embargo, contrastando los resultados obtenidos con los trabajos publicados sobre variables vinculadas a la efectividad de la gestión de casos y el abordaje de los TMS, nuestros resultados están en la línea de los encontrados en otros estudios (7,8,10,12,13,14,15,23). Por otro lado, las conclusiones están limitadas por el tamaño de la muestra (N=52 pacientes) aunque la mayoría de estudios clínicos que se han localizado también trabajan con muestras relativamente pequeñas: García y cols. N=40, Holloway y Carson N=70, Chan et al. N=62, Balsera y cols, N=30, Cibanal y cols. N=14 (7,16,19,23,37).

Algunos resultados acerca de las características de la muestra pueden ser de gran utilidad, especialmente para configurar un perfil de las personas afectas de TMS que pueda, en un futuro, ayudar a enfermería a realizar planes de cuidados cada vez más individualizados y acordes a las características propias de cada paciente (elementos esenciales en la gestión de casos). Destacamos, por ejemplo, el hecho de que la mayoría de pacientes vivan acompañados (92,3%), y por tanto, es la familia (o pareja en algún caso) la encargada principal de su cuidado. Esta situación genera nuevas hipótesis sobre el coste emocional y el papel que tienen las familias en el cuidado de las personas con un TMS. Otra característica importante es la edad ya que, según los resultados, la mayoría de personas afectas de TMS de nuestro estudio son personas adultas (tienen alrededor de 40 años). Estos datos coinciden con estudios similares, tanto de nuestro contexto (7,23,33) como en otros países (16,19). Planteamos la necesidad de reflexionar entorno a la hipótesis se si la intervención precoz en este tipo de enfermedades podría reducir la cronicidad de la misma. Por último, los resultados han indicado que el nivel de estudios de la muestra es muy bajo (un 76,5% tienen solo estudio primarios y el 10% es analfabeta) lo cual orienta hacia la necesidad de adaptar adecuadamente las intervenciones de enfermería, especialmente las de carácter formativo y de asesoramiento.

Las hipótesis planteadas en la investigación han permitido confirmar la efectividad del PADE. Y, aunque para la investigación se planteen las hipótesis y sus

correspondientes variables de forma separada, los efectos de la intervención inciden de forma interrelacionada en la salud general de los pacientes. Así se demuestra, por ejemplo, en los estudios realizados con el DAI, en donde se relacionan positivamente los resultados favorables en esta escala con otras variables: menor tiempo de hospitalización, mayor motivación por la vida, mejor funcionamiento global, relaciones sociales y familiares más estables y mejor calidad de vida (7,33). Esto confirma el marco conceptual que guía los cuidados de enfermería, es decir, la necesidad de cuidar de forma integral y holística a la persona ya que sus componentes son indivisibles.

A pesar de que es necesario disponer de un mayor número de estudios, especialmente de carácter longitudinal, si se mantiene la tendencia de los resultados obtenidos en relación a la efectividad del PADE sobre el nivel de vinculación de los pacientes al CSM podemos reivindicar la conveniencia de instaurar la Atención Domiciliaria de Enfermería como un recurso complementario entre el hospital y el centro de salud aceptando la hipótesis de que si los pacientes se desvinculan de la red, las probabilidades de recaídas aumentan. Los datos obtenidos en nuestro estudio en relación a las recaídas/reingresos siguieron la tendencia detectada en estudios similares (23) pero en nuestro caso los resultados favorables fueron mucho mejores. En estudios posteriores será necesario profundizar en la correlación entre la vinculación al CSM y las recaídas y, seguramente, serán también buenas variables para realizar estudios sobre los costes económicos directos de la Atención Domiciliaria de Enfermería.

La calidad de vida de los pacientes que recibieron el PADE incremento significativamente pero para poder conseguir un tamaño del efecto mayor sería necesario prolongar la intervención más tiempo y realizar estudios a más largo plazo. En este mismo sentido, interpretamos los resultados poco significativos obtenidos en la capacidad funcional (evaluada con el GAF) ya que el incremento que se puede conseguir en la capacidad global de funcionamiento de personas afectas de TMS es muy lento y limitado. Estos resultados y esta reflexión también la plantean de forma más o menos explícita otros autores que han investigado la capacidad funcional a partir del GAF (7,23,33). Por último nos queda comentar acerca de la variable “conciencia de enfermedad” en la que no se encontró ninguna diferencia significativa entre el GE y el GC. El hecho de que esta variable aparezca como significativa en algunos estudios realizados con este tipo de pacientes (7) nos

hace pensar que el instrumento utilizado no fue el adecuado y, por tanto, para futuras investigaciones se podría plantear la posibilidad de utilizar uno diferente.

Pensamos que los resultados de este estudio deberán tener una trascendencia favorable en el ámbito asistencial de la atención de enfermería en salud mental comunitaria, especialmente en la línea de instaurar los cuidados domiciliarios como un recurso necesario para pacientes con un TMS. Asimismo, aportar evidencia científica sobre la efectividad del trabajo de enfermería ha de ser valorado como una contribución relevante para el avance global de la profesión y para el fin último de la misma que es: el incremento en la calidad del cuidar.

## CONCLUSIONES

Los resultados del estudio realizado permiten concluir que el Programa de Atención Domiciliaria de Enfermería (PADE) fue efectivo especialmente en relación a las siguientes variables: a) adherencia al tratamiento, b) recidivas, c) vinculación al Centro de Salud Mental, d) calidad de vida. Es decir, cuando los pacientes con TMS recibieron el PADE: presentaron menos ingresos hospitalarios, cumplieron más las visitas programadas de seguimiento, ya fuera con la enfermera, el médico, el trabajador social y/o el psicólogo. Así mismo, tuvieron una mejor adherencia al tratamiento y mejoraron su calidad de vida, especialmente en relación a las relaciones interpersonales, las actividades ocupacionales tanto dentro como fuera del domicilio, el nivel de satisfacción sobre la actividad, el tiempo de inactividad, el nivel de motivación y la implicación en la actividades de la vida cotidiana.

A lo largo de todo el trabajo se ha venido hablando de la intervención de enfermería a domicilio -donde la enfermera actúa como la figura de referencia en la gestión de casos- y es el profesional que lleva a cabo la atención integral del paciente afecto de un TMS y su familia. Sin embargo, esta perspectiva de cuidado global ha de ser contemplada como el resultado de un trabajo de equipos multidisciplinares trabajando de forma unidireccional y donde la enfermería a domicilio sea el eje visible de la intervención profesional conjunta. Asimismo, se plantea la necesidad de trabajar de forma interconectada entre el centro hospitalario y el centro de salud mental (CSM) de referencia en la comunidad pero será igualmente necesario instaurar la Atención Domiciliaria de Enfermería, en modalidad de Unidades de Atención Domiciliaria, y mediante metodología de gestión de casos, como un recurso comunitario más, independientemente del lugar físico donde se

ubique este recurso. Se recomienda que la atención domiciliaria a pacientes con TMS se lleve a cabo por profesionales de enfermería especializados y/o con un buen nivel de experiencia en salud mental ya que la efectividad de la intervención requiere el establecimiento de un vínculo afectivo para el que se necesita manejar adecuadamente las habilidades terapéuticas de intervención.

Siguiendo la línea de investigación planteada en nuestro estudio será necesario por un lado realizar estudios más prolongados en el tiempo para evaluar la efectividad de la Atención Domiciliaria de Enfermería a largo plazo. Por otro lado, será necesario explorar factores relacionados con la estructura familiar para identificar cual es el valor terapéutico de la familia. Asimismo, puede ser de interés conocer cuanto tiempo aproximadamente es necesario mantener la visita domiciliaria en cada paciente, cuales pueden ser los criterios de alta y cual debe ser el procedimiento más idóneo. Por último, no podemos obviar la necesidad de calcular los costes que conlleva la Atención Domiciliaria de Enfermería. En este sentido deberán realizarse estudios de coste-efectividad donde se podrá demostrar científicamente, no sólo la utilidad del profesional de enfermería sino también la rentabilidad. Si a ello le añadimos una valoración de los niveles de satisfacción del usuario y familia seguramente, el trabajo de la enfermería de salud mental en los domicilios de las personas afectas de un TMS quedará colocado en un podium significativo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 1985.
2. Gracia-Guillen D. El enfermo mental y la psiquiatría española de la postguerra. *Informaciones psiquiátricas* 1990;120 (2):161-171.
3. García J, Espino A, Lara L. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental. Madrid: Diaz de Santos; 1998.
4. Villalbí J. Farrés J. La reforma de la atención primaria de salud: una valoración crítica. *Cuadern CAPS* 1998;27:14-22.
5. Hernández M. La salud mental en atención primaria. *Realidades y controversias. Archiv Neurobiol* 1997;60(3):201-206.

6. Pichot P. El concepto de cronicidad. En Gutiérrez M, Ezcurra J, Pichot P eds. Cronicidad en psiquiatría. Barcelona: Rubes Ediciones Neurociencias; 1997. p.21-40.
7. García I, Sánchez E, Sanz M, Gutiérrez M, González de Chavez M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. Actas Esp Psiquiatr 1999; 27(4):211-216.
8. Estévez GJ, Marrero CD, López O, Santana R. ¿Qué conduce a la rápida rehospitalización de los pacientes psiquiátricos?. Enf Clín 2001; 230:35-41.
9. Bobes J, González MP, Bousoño M. Calidad de Vida en las Esquizofrenias. Barcelona: Prouts; 1995.
10. Saarento O, Christiansen L, Göstas G, Hakko, H, Lönnerberg O, Muus S, et al. El estudio comparativo nórdico sobre psiquiatría sectorizada: hospitalizaciones repetidas de urgencia durante un seguimiento de un año. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (ed. española) 1999; 6:227-235.
11. Surver RW. Clinical case management. A guide to comprehensive treatment of serious mental illness. London: Sage Publications; 1994.
12. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnik SG. Models of Community Care for Severe Mental Illness: A review of research on case management. Schizophr Bull 1998; 24(1):37-74.
13. Gorey KM, Leslie DR, Morris T, Carruthers WV, John L, Chacno J. Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. Community Ment Health J 1998; 34(3):241-250.
14. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr Serv 2000; 51:1410-1421.
15. Byford S. Cost-effectiveness of intensive v. Standar case management for severe psychotic illness. Br J Psychiatry 2000; 176:537-543.
16. Holloway F, Carson J. Intensive care management for the severely mentally ill. British J Psychiatry 1998; 172:19-22.
17. Marshall M, Lockwood A, Gath DH. Social services case-management for long term mental disorders: a randomised controlled trial. Lancet 1995; 345:409-412.
18. Bowers L. Monitoring the outcomes of case management and community care: the care programme approach support system (CPASS). J Psychiatr Ment Health Nurs 1997; 4:37-44.
19. Chan S, Mackenzie A, Tin-fu D, Ka-y J. An evaluation of the implementation of case management in the community psychiatric nursing service. J Adv Nurs 2000; 31(1):144-156.
20. Lock A, Marshall M. Can a standardized needs assessment be used to improve the care of people with severe mental disorder ? A pilot study of "needs feedback". J Adv Nurs 1999;130(6):1408-1415.
21. Centres Assistencials Torribera. Programa de seguimiento domiciliario de personas afectas de TMS. Barcelona: Diputació 1999. (documento interno)

22. Bertrán JJ, Ayllon L. El Programa de Atención Domiciliaria de Enfermería: una alternativa de "enlace" en la comunidad. *Psiquiatria.com* [en línea] 2004. [fecha de acceso 15 de diciembre de 2004]. URL disponible en (<http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?14691>)
23. Balsera J, Rodríguez C, Caba R, Vega R, Ruiz H, Berruezo L, et al. La implantación y evaluación del modelo de gestión de casos (*case management*) en Cataluña: el programa PSI-TMS. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30(6):350-357.
24. Martínez S, Díaz T, Bertrán JL, Márquez I, Ayllón L, Checa F. El domicilio familiar como espacio de encuentro terapéutico. Comunicación oral presentada al XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental, Alicante 10-12 abril del 2003.
25. Foix A, Farreras P, Sánchez A, Marti A, Santacreu M, Alirangues E, et al. Gestión de casos y planes de cuidados. *Rev ROL Enf* 1998; 235 (3), 23-26.
26. Klebanoff NA. Atención psicosocial domiciliaria. En: Johnson BS ed. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Tomo II, 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana de España; 2000. p. 883-902
27. Miller M, Duffey J. Psychosocial assessment and intervention with the home care patient and family. En: Barry PD dir. *Psychosocial nursing. Care of physically ill patients and their families*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott; 1996. p.525-544
28. Frías A, Prieto MA, Hederle C, Aceijas C, Calzada M.L, Alcalde AI. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. *Aten Primaria* 2002; 29(8), 495-501.
29. Cossette S, Frasure-Smith N, Lespérance F. Nursing approaches to reducing psychosocial distress in men and woman recovering from myocardial infarction. *Int J Nurs Stud* 2002; 39:479-494.
30. Antón MV. Las enfermeras entre el desafío y la rutina. Una mirada al siglo XXI. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
31. Lluch MT. *Enfermería psicosocial y de salud mental. Marco conceptual y metodológico*. [manual en e-Book y CD-ROM]. Barcelona: Edicions i Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2004.
32. Martínez JR. *Enfermería y Europa*. *Rev ROL Enf* 2004; 27(5): 360-366.
33. García I, Hormaechea JA, Arango C, Sanz M, González de Chávez M. El Cuestionario de Actitud hacia la Medicación (*Drug Attitude Inventory: DAI-30*) en población española. *Archiv Psiquiatría* 2001; 64(3): 261-272.
34. Hogan TP, Award AG, Eastwood RA. Self report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and predictive validity. *Psicol Med* 1983; 13:177-183.
35. Endicott J, Soitzer RL, Fleiss JL, Cohen G. The Global Assessment Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33:766-771.
36. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The Quality Life Scale; an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizop Bull* 1982; 10:338-398.
37. Cibanal L, Pol E, Neipp RM, Rodríguez M. Calidad de vida en personas con esquizofrenia en un Centro de Día. *Psiquis* 2000; 21(1):40-46.



## Anexos

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de las variables referidas a la muestra, en grupo experimental, grupo control y total

		GRUP CONTROL	GRUP EXPERIMENTAL	TOTAL
V1 Sexo	Mujeres	N=12 (54,5%)	N= 11 (36,7 %)	N=23 (44,2%)
	Hombres	N=10 (45,5%)	N=19 (63,3%)	N=29 (55,8%)
V2 edad	edad	X=37.81 (15.01 DS)	X= 40.96 (10.63 DS)	X=39,63 (12.63 DS)
	Rango	21-80	21-66	21-80
V3 Convivencia	Solos	N= 2 (9,1%)	N= 2 (6,7%)	N= 4 (7,7%)
	Acompañados	N= 20 (90,9%)	N= 28 (93,3%)	N= 48 (92,3%)
V4 Estudios	Analfabetos	N= 2 (9,5%)	N= 3 (10%)	N= 5 (9,8%)
	Primarios	N= 14 (66,7%)	N= 25 (83,3%)	N= 39 (76,5%)
	Secundarios	N= 5 (23,8%)	N= 2 (6,7%)	N= 7 (13,7%)
	Universitarios	-	-	-
V5 Centre SM	CSM I	N= 10 (45,5%)	N= 10 (33,3%)	N= 20 (38,5%)
	CSM II	N= 12 (54,5%)	N= 20 (66,7%)	N= 32 (61,5%)
V6 Diagnóstico	Esquizofrenia	N= 9 (40,9%)	N= 16 (53,3%)	N= 25 (48,1%)
	Trastorno Delirante y otras psicosis	N= 2 (9,1%)	N= 3 (10%)	N= 5 (9,6%)
	Trastorno Esquizoafectivo	N= 3 (13,6%)	N= 5 (16,7%)	N= 8 (15,4%)
	Trastorno Depresivo Mayor	N= 1 (4,5%)	N= 2 (6,7%)	N= 3 (5,8%)
	Trastorno Bipolar	N= 3 (13,6%)	N= 1 (3,3%)	N= 4 (7,7%)
	Trastorno Límite de Personalidad	N= 3 (13,6%)	N= 1 (3,3%)	N= 4 (7,7%)
	Otros	N= 1 (4,5%)	N= 2 (6,7%)	N= 3 (5,8%)

Gráfico 1.

Calidad de Vida por Factores, pre-post, grupo experimental-grupo control.

