

¿CÓMO VIVEN LAS PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL EL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA PSIQUIÁTRICA?

HOW DO PEOPLE WITH A MENTAL DISORDER LIVE THE HOSPITALIZATION IN A SHORT-STAY PSYCHIATRIC UNIT?



Ma Ángeles Pastor Montaña
Graduada en Terapia Ocupacional. Máster en Terapia Ocupacional en Salud Mental. Servicio Aragonés de Salud.
E-mail de contacto: m_a_pastor@hotmail.com



Luis Javier Márquez Álvarez
Graduado en Terapia Ocupacional. Doctorando en Ciencias de la Salud. Máster en Asistencia e Investigación Sanitaria.
E-mail de contacto: the.timer@gmail.com



Olga López Martín
Diplomada en Terapia Ocupacional. Doctora en Investigación Sociosanitaria. Máster en Rehabilitación Psicosocial. Vicedecana de Calidad y Terapia Ocupacional de la UCLM. Secretaria del Máster en Terapia Ocupacional en Salud Mental de la UCLM.
E-mail de contacto: Olga.lopez@uclm.es



Carmen Asensio Manero
Graduada en Enfermería. Especialidad en Salud Mental. Máster en Ciencias de la Salud. Licenciada en Historia. Supervisora de enfermería de la UCE y del Hospital de Día de Psiquiatría del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Profesora asociada de la Universidad de Zaragoza.
E-mail de contacto: nycam@hotmail.com

Objetivos: conocer y profundizar sobre la experiencia del ingreso en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica desde la perspectiva del propio ingresado. **Método:** estudio cualitativo de tipo fenomenológico con perspectiva descriptiva, realizado en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, mediante 12 entrevistas semi-estructuradas. **Resultados:** la hospitalización resultó un proceso difícil y determinante. En el proceso previo al ingreso, fue fundamental la percepción que la persona tenía sobre su salud mental, cuál consideraba el motivo del ingreso, o cómo era su manejo para las actividades cotidianas. Una vez ingresado en la unidad, la persona adoptaba un rol de paciente, precisando de un periodo de adaptación, donde aspectos como el significado que daba a las actividades propias de la unidad o el apoyo percibido por parte de la familia, del equipo de profesionales o de los otros ingresados fueron muy importantes. Cuando se aproximaba el alta, fue significativo conocer el valor que el usuario concedía a la experiencia del ingreso, en qué sentido se sentía preparado para el alta, y sus expectativas futuras. **Conclusión:** explorar la experiencia del ingreso puede contribuir a conocer necesidades y posibles mejoras que fomenten la implicación y adherencia al tratamiento, faciliten el alta y la posterior reinserción de la persona.

Objective: Know and deepen on the experience of admission in a Short-Stay Psychiatric Unit from the person admitted's perspective. **Methods:** Qualitative phenomenological study with a descriptive perspective, carried out in a Short-Stay Psychiatric Unit of the Miguel Servet University Hospital in Zaragoza, through 12 semi-structured interviews. **Results:** Hospitalization was a difficult and determining process. In the process prior to admission, it was fundamental the perception that the person had about their mental health, which considered the reason for admission, or how it was their management for daily activities. Once admitted to the unit, the person adopts a patient role and needs a period of adaptation, where were very important aspects such as the meaning given to the activities of the unit or the support perceived by the family, the professionals's team or other inpatients. When the medical discharge approaches, it was significant to know the value that the user gave to the income experience, in what sense he felt prepared for the discharge and his future expectations. **Conclusions:** Exploring the experience of admission can contribute to knowing needs and possible improvements that encourage involvement and adherence to treatment, facilitate the discharge and subsequent reintegration of the person.

DeCS Hospitalización; Intervención en la crisis (Psiquiatría); Investigación Cualitativa; Salud Mental; Terapia ocupacional.

MeSH Crisis Intervention; Hospitalization; Inpatients; Mental Health; Occupational Therapy; Psychiatry; Qualitative Research.

Texto recibido: 18/04/2019 Texto aceptado: 02/11/2019 Texto publicado: 30/11/2019

Derechos de autor



COTOGA
COLEGIO OFICIAL
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES
DE GALICIA

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La reforma de la Salud Mental en España del año 1986 trajo consigo una nueva estructuración de los recursos, de manera que se pasó de los internamientos de larga estancia para las personas con enfermedad mental en hospitales psiquiátricos a la creación de nuevos dispositivos asistenciales que fueron dejando la red psiquiátrica española conformada por recursos sanitarios actualmente normalizados ⁽¹⁻⁴⁾.

En términos generales, puede definirse a los recursos asistenciales de Salud Mental como a todos aquellos dispositivos integrados en el Área de Salud, tales como centros de Salud Mental, unidades de Corta, Media y Larga estancia y otras estructuras intermedias, cuya función es la prevención, asistencia y rehabilitación de las personas con problemas de salud mental.

Estado actual del tema

Actualmente, no hay unificación de criterios a nivel nacional en cuanto a recursos estructurales por población o recursos humanos por dispositivo, y otro reto importante es el incremento de los servicios que ocupan el espacio asistencial existente entre la red ambulatoria de centros de salud mental y las unidades de hospitalización psiquiátrica, donde se integren aspectos sociosanitarios y se asegure la continuidad de cuidados, ya que existe una demanda importante y en aumento de los mismos ⁽⁵⁾, en parte debido al aumento de toxicomanías y trastornos duales, sobre todo en población joven.

De hecho, estudios recientes vienen demostrando que la combinación del tratamiento farmacológico y rehabilitador (propio de este tipo de dispositivos) resulta más eficaz para mejorar el funcionamiento de las personas con enfermedad mental, además de fomentar su integración social y laboral y disminuir recaídas, lo que a su vez disminuye el número de ingresos hospitalarios ⁽⁶⁾.

Como ya se ha dicho, dentro de toda esta estructura se encuentran las Unidades de Corta Estancia (en adelante, UCE), las cuales están integradas en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales públicos. Se trata de dispositivos asistenciales que están concebidos para tratamientos especializados con supervisión de cuidados las 24 horas del día, con una estancia breve, y formadas por personal especializado. Están, por tanto, destinadas al ingreso temporal de usuarios que han de resolver la situación de crisis que presentan, siempre y cuando los beneficios del ingreso se prevean mayores que las consecuencias para su integridad y autonomía, que pudieran derivarse mediante otro tipo de intervención. El tiempo de hospitalización varía en función de la evolución de sus síntomas y de su correcta adaptación, aunque no se aconseja que supere las dos o tres semanas ⁽⁷⁾.

Suelen ingresar personas en situación de crisis aguda, personas cuyo estado actual puede suponer una amenaza tanto para sí mismas como para el entorno, aquellos casos en los que se da un entorno familiar adverso para la salud del usuario, casos de fracaso de tratamientos ambulatorios, de desintoxicación, para búsqueda de diagnósticos, procesos psicósomáticos, entre otros.

La UCE del Hospital Miguel Servet de Zaragoza es atendida hasta diciembre del año 2018 por 3 psiquiatras y 8 enfermeras especialistas en salud mental, y se acoge a un máximo de 19 usuarios que son remitidos desde las unidades de Salud Mental o desde las Urgencias hospitalarias. También se desarrolla psiquiatría de enlace con el resto de servicios del hospital, ya que posee una Unidad específica de Psicósomática. Este dispositivo está coordinado con los centros de Salud Mental, a donde se deriva a los usuarios dados de alta, y con el Hospital de Día, para mantener la continuidad de los cuidados.

A pesar de que estas unidades están concebidas, como se ha dicho, para usuarios con patología aguda con periodos de ingreso inferiores a tres semanas, ante la escasez de dispositivos alternativos de media estancia o residencias, parte de sus camas suelen inmovilizarse con usuarios graves, según el Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón ⁽⁸⁾, además de producirse el llamado ciclo de la puerta giratoria o de ida y vuelta ⁽⁹⁾.

Según los resultados del estudio de Gigantesco y colaboradores, del año 2009, realizado en 130 centros públicos y privados italianos, los principales factores predictores de larga estancia en las UCE son factores extraclinicos, no observándose diferencias globales debidas a la gravedad de los síntomas o al diagnóstico. Según las conclusiones del estudio, lo que conduce a una hospitalización prolongada (superior a 3 meses), es

una combinación de factores de comportamiento y funcionamiento, y no uno solo, de manera que aquellos usuarios que experimentan un deterioro funcional sumado a comportamientos no deseables suelen ingresar en las UCE con el fin de que les sea proporcionada la asistencia que precisan para reiniciar sus actividades de la vida diaria. Estos factores, a menudo provocan sin necesidad largas y costosas estancias hospitalarias, sumándose a factores de otra índole, como la falta de organización de servicios o la no disponibilidad de recursos comunitarios.

En cuanto a los beneficios de las UCE, un estudio revisó las características sociodemográficas y los datos médicos de 1463 pacientes que estuvieron ingresados allí entre 1986 y 1997, para evaluar cuáles de estas variables podían estar asociadas al éxito o fracaso de la hospitalización. Se identificaron tres factores asociados a peores resultados tras el ingreso (refiriéndose con esto a mal estado al alta y más larga estancia hospitalaria), y fueron los siguientes: edad mayor de 60 años, un pobre funcionamiento social, y el diagnóstico de trastorno mental orgánico. Dicho estudio explica que, aunque el 80% de los pacientes experimentó una mejoría sintomática considerable tras el ingreso, este pequeño grupo se beneficiaría más de las intervenciones psicosociales ⁽¹⁰⁾.

En el estudio de Setti & Waldo de 2002, sobre las expectativas de desempeño social de personas que habían ingresado en una UCE psiquiátrica meses antes, se observó que el ingreso había contribuido a la realización de actividades socialmente esperadas ⁽¹¹⁾.

Justificación del trabajo

La búsqueda y la lectura de literatura relacionada con las UCE, ha puesto de manifiesto la necesidad de llevar a cabo más estudios, especialmente de corte cualitativo, que versen acerca de las personas ingresadas en este tipo de unidades.

Ya en el año 1988, Breier realizó una revisión bibliográfica acerca de la investigación cualitativa en el campo de la psiquiatría, llegando a la conclusión de que este tipo de investigación, realizada con una muestra de población pequeña, tenía claras ventajas a la hora de examinar variables difíciles de cuantificar por su complejidad y/o sus características cambiantes e interactuantes, como conocer la naturaleza cambiante del curso de la enfermedad o cómo las relaciones sociales del paciente influyen en su sintomatología o su funcionamiento. Ponía también de manifiesto que esta clase de estudios podían llevar a una delimitación importante de nuevas variables y a la generación de preguntas de investigación significativas para futuros estudios con muestras mayores. Para los autores del texto, existían muchas cuestiones determinantes para el curso de los trastornos psiquiátricos que no eran susceptibles de ser investigadas mediante investigación cuantitativa ⁽¹²⁾.

Por ello, a este trabajo se le ha dado este enfoque cualitativo, ya que empodera el punto de vista de quienes viven en primera persona el ingreso, y a partir del análisis de los discursos de sus participantes, permite adentrarse en la vivencia y en el contexto, a la vez que se encamina hacia la búsqueda de una mayor eficiencia en el funcionamiento de este tipo de unidades.

En un estudio cualitativo, realizado en el año 2012 por Shepherd y colaboradores, que versaba sobre las perspectivas de las personas mayores con esquizofrenia a lo largo de la vida; se observó, tras el análisis de las entrevistas e interpretación de los datos, que había una gran heterogeneidad en la percepción de estas personas acerca de su funcionamiento ocupacional, y que ello variaba en función de características individuales. Este mismo estudio observó también que la mayor parte de ellos coincidían en que, tras el diagnóstico, sus síntomas habían ido mejorando a lo largo de su vida útil (atribuyéndolo en parte a un aumento de habilidades en la autogestión de los síntomas positivos) ⁽¹³⁾.

Todos estos aspectos que dependen de características individuales o que evolucionan a lo largo de la vida son difícilmente cuantificables, lo que demuestra la utilidad de los estudios cualitativos.

Otro ejemplo de este tipo de metodología es el de Noiseux y colaboradores del año 2010, donde se estudiaba desde tres perspectivas distintas (pacientes, miembros de la familia o amigos, y proveedores de cuidados) el proceso de recuperación de las personas con enfermedad mental, sugiriendo en sus conclusiones que dicha recuperación dependía de la construcción de significados en torno a las experiencias acerca de la enfermedad, y que estaba basado en el contexto dinámico de cada persona (red social, medio ambiente,...), además de las experiencias vividas y de otros factores sociales ⁽¹⁴⁾.

El ingreso en una UCE tras una crisis o por alguna otra causa es una vivencia que contribuye sin duda a



construir significados para la persona, por lo que esta experiencia debería resultar enriquecedora y lo menos traumática posible. De ahí la importancia de analizar el fenómeno a través de las propias personas ingresadas. Estas cuestiones explican, en parte, el potencial de la investigación cualitativa.

Objetivos

El objetivo de este estudio es profundizar en el proceso del ingreso en una Unidad de Corta Estancia, desde el punto de vista de cada participante y a través de la perspectiva construida colectivamente ⁽¹⁵⁾, en concreto; pretende explorar y describir el papel de la persona en el proceso, la experiencia vivida durante el ingreso, cómo se produce la adaptación al entorno y a la rutina de la unidad hospitalaria tras el impacto inicial, cuáles son las necesidades percibidas, cómo es su implicación, su nivel de participación y cuáles son sus expectativas con respecto al alta.

MÉTODOS

Se trata de un estudio de investigación cualitativo de tipo fenomenológico con perspectiva descriptiva. Se escoge la fenomenología porque el objetivo de este trabajo es describir el significado de la experiencia del ingreso dentro del contexto hospitalario de una UCE psiquiátrica desde la visión propia del actor que la ha vivido ^(15, 16).

El trabajo de campo se lleva a cabo en la UCE del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, que disponía hasta diciembre de 2018 de 19 camas. La duración del proceso de investigación ha sido de 5 meses.

Participantes

Los criterios tenidos en cuenta para definir la población de estudio de esta investigación son los siguientes. Como criterios de inclusión: estar ingresado en la UCE del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, tener más de 18 años de edad, con diagnóstico de enfermedad mental según los criterios del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición), haber firmado el correspondiente consentimiento informado y participar voluntariamente. Como criterios de exclusión: revocar el consentimiento informado, estar incapacitado legalmente, no estar en condiciones adecuadas a la hora de la realización de la entrevista y durante el desarrollo de la misma, tener asociado al trastorno mental una discapacidad intelectual tal que no permita entablar un diálogo coherente con el entrevistador.

La población del estudio queda conformada por las personas que cumplen dichos criterios, extendiéndose la muestra hasta alcanzar el criterio de saturación de datos. Cabe destacar que dos personas se niegan a participar, además de que una de las entrevistas resulta fallida porque la persona entrevistada se muestra desconfiada y delirante durante el desarrollo de la misma.

Se trata, por tanto, de una muestra intencionada de máxima variabilidad en cuanto a aspectos sociodemográficos, diagnósticos y experiencias previas de ingresos, con el fin de poder facilitar la comprensión del fenómeno.

En total, el estudio tiene 12 participantes, 4 mujeres y 8 hombres. Todos tienen edades comprendidas entre 22 y 64 años, siendo la media de edad del grupo 47 años. El número de días de ingreso de los participantes ronda entre 2 y 48 días, siendo la media de 14 días. De los 12 participantes, 4 de ellos nunca han ingresado en la UCE, los 8 restantes sí que han tenido ingresos anteriores. Se incluyen también datos sobre el estado civil, ocupación (nivel de estudios, situación laboral), además del diagnóstico, años de evolución de la enfermedad, conciencia de enfermedad y motivo del ingreso.

Procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo mediante una entrevista abierta con guion temático. La duración aproximada de las entrevistas fue de 45-60 minutos. Se realizan en la habitación del participante de modo que se sienta cómodo y para salvaguardar su intimidad y minimizar al máximo el efecto Hawthorne.

La revisión bibliográfica del fenómeno previa a las entrevistas se utiliza para la construcción del guion de preguntas, y únicamente a modo de un primer contacto con el contexto de las UCE psiquiátricas; realizándose una búsqueda más exhaustiva tras finalizar el trabajo de campo para no condicionar los discursos de los participantes. Se toma en consideración el manejo de la vulnerabilidad emocional de los participantes.

Análisis estadístico

El análisis y transcripción de los discursos obtenidos en este estudio se basó en las tres etapas propuestas por Taylor & Bodgan: descubrimiento, codificación y relativización; estableciéndose 4 categorías fundamentales y 10 códigos en torno al fenómeno del ingreso, que ayudarán al lector a comprender las perspectivas de los participantes dentro del contexto de una UCE psiquiátrica. Para facilitar la codificación de datos se utilizó el software Atlas-ti. 7. Con el fin de ampliar la perspectiva del estudio se empleó la triangulación entre investigadores, siendo analizados los datos por dos investigadores distintos. Junto con los resultados obtenidos, y dado el enfoque fenomenológico del estudio, se hace uso de nodos fenomenológicos, donde los testimonios de los protagonistas sobre sus vivencias facilitan nuevamente al lector profundizar en el fenómeno, a la vez que avalan la categorización realizada.

Aspectos éticos

La investigación se realizó tras el informe favorable por parte de la Comisión de Investigación del Sector Zaragoza II del Servicio Aragonés de Salud. Se siguieron las recomendaciones de los principios éticos de la declaración de Helsinki. Además, todos los participantes fueron informados y tuvieron la posibilidad de revocar su participación en cualquier fase del estudio. En esta misma línea, se ha respetado el anonimato y confidencialidad de todos los participantes en el estudio, atendiendo a la ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. Este estudio no dispone de soporte financiero o patrocinio alguno.

RESULTADOS

Los resultados de este trabajo reflejan cómo es vivido el ingreso desde la subjetividad de los propios participantes. El ingreso hospitalario en una UCE psiquiátrica es un proceso difícil y determinante, especialmente para quien lo vive en primera persona, tanto si se trata del primer ingreso o no, e independientemente de los factores sociodemográficos de cada individuo o del diagnóstico de su enfermedad. Se han hallado distintas percepciones acerca de la experiencia, en función de la voluntariedad en el ingreso y la conciencia de enfermedad.

La persona tiene un papel importante en todo el proceso. Previamente al momento del ingreso, varios factores son determinantes a la hora de vivir la experiencia de un modo u otro, tales como: de qué manera percibe su salud mental y su manejo diario, o cuáles son sus creencias en torno al motivo de ingreso.

Una vez dentro de la Unidad, la persona adopta un rol diferente y requiere necesariamente de un periodo de adaptación, donde aspectos como el significado que da a las actividades propias de la Unidad o el apoyo percibido por parte de la familia, del equipo de profesionales, o de los otros ingresados son fundamentales. Una vez se aproxima el alta, es importante conocer el valor concedido a la experiencia del ingreso, en qué sentido se siente preparado para el alta y qué expectativas tiene de volver. Así, es posible llegar a comprender qué visión conjunta tiene del fenómeno.

Todo esto se avala con las categorías descritas a continuación, siempre evidenciadas mediante los testimonios de los participantes, con el fin de aumentar la comprensión de la experiencia vivida. Se presentan en la Figura 1 los resultados en base a la red de códigos generada con el software ATLAS. ti.

Las 4 categorías y 10 códigos resultantes del análisis e interpretación de los datos son los siguientes:

Categoría 1: Papel de la persona en el proceso previo al ingreso

En el proceso que conlleva a un ingreso en una UCE psiquiátrica, sea o no voluntario, el papel de la persona es fundamental. Aspectos tales como la salud mental percibida, las creencias sobre la causa de su ingreso o cómo perciben su desempeño diario previo; todo ello tiene una influencia clara en cómo vive la experiencia, sobre todo en los primeros momentos.

Auto-percepción del estado de salud mental

De los discursos se extrae que aquellas personas que reconocen una mala salud mental previa al ingreso, tienen conciencia de su enfermedad y, además, su ingreso en la Unidad, en general, se produce de manera voluntaria, o bien, consensuada con la familia o el psiquiatra: *"Pues estaba físicamente bien, pero me encontraba que no... Que no me encontraba psíquicamente bien, lloraba mucho. Y también tengo mucha ansiedad y he tenido varios ingresos últimamente, y bueno... Tengo trastorno límite de la personalidad"*

también y eso pues me hace tener unos síntomas raros. En este último ingreso llamé inmediatamente al médico y le dije que estaba muy mal, y me dijo él que viniera aquí directamente, y ya me hizo el ingreso el mismo médico". (M45TP) En cambio, aquellas personas que expresan que su salud mental previa era buena, por lo general, tienen un ingreso forzado en la UCE, además de no demostrar conciencia de enfermedad a lo largo de su discurso.

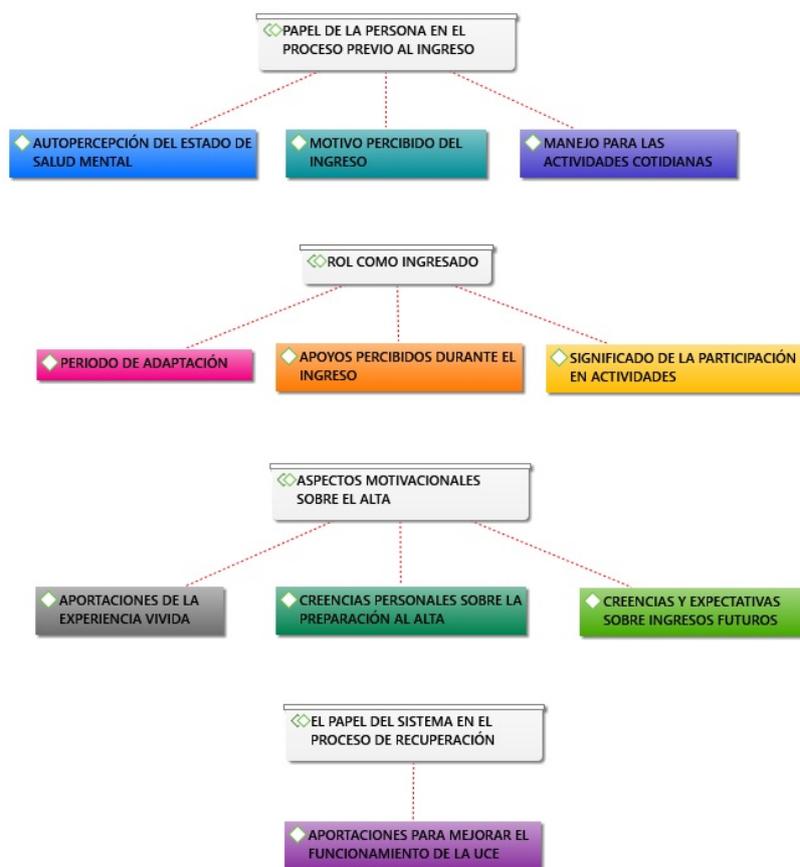


Figura 1. Red de códigos. Fuente: elaboración propia a partir del software ATLAS.ti.

amigo mío de toda la vida de alcohólicos anónimos y me dijo, estás fatal, tú porque no te ves, pero estás fatal, por dentro y por fuera. Vamos a hacerte un ingreso". (M62DA). Las personas que no muestran conciencia del problema, en general, no comprenden el motivo del ingreso y/o lo justifican con otra causa que es percibida por ellos como real.

Manejo para las actividades cotidianas

Aquellas personas en las cuales la crisis o el ingreso ocurre de un modo repentino no declaran, en general, fallos en su desempeño para las actividades de la vida diaria: "Me preparaba mis congelados. Me preparaba mi fruta y mi agua para evitar el laxante. Madrugaba y me tomaba mis cortaditos y... me manejaba. Antes de ingresar esto había cambiado, pero todavía me manejaba bastante bien. Salía a comprar mi comida, mi cena...". (H63EC)

En los casos en que el ingreso se produce tras un deterioro progresivo, reconocen no sentirse capaces de manejarse en su día a día, ni siquiera para lo más básico: alimentación, higiene, etc.: "Vivo solo pues... Normal. Ya empezaba a decaer. Me había pasado más veces. No podía con todo. Salía poco. Para las actividades cotidianas... (Comprar, ir al banco...) Poco. Quedar con gente, salir... Sí. Eso me ayudaba. Sobre todo, estaba en casa. Me había dejado en lo básico, comer, aseo... Todo con desgana". (H64DM) Sin embargo, cuando no hay conciencia del problema de salud, perciben que su desempeño es bueno: "Como una persona normal, cuando tengo dinero bajo al supermercado. Yo limpio mi casa, yo cocino... Todo. Como una persona normal". (M45EP)

Categoría 2: Rol como ingresado

El rol adquirido una vez dentro de la Unidad, requiere necesariamente de un periodo de adaptación. Es

Los participantes cuyo motivo de ingreso es un intento autolítico o de suicidio, entran en la Unidad de una manera involuntaria, pero por lo general muestran conciencia de su problema, aunque hay incongruencias en cuanto a la percepción de su estado de salud: "Mi salud buena", "Intenté suicidarme y entonces vine". (H64DM) "Mi salud mala, mala. Era un ludópata, jugaba y hacía daño a mis padres, por ese motivo". (H54LU)

Motivo percibido del ingreso

Los discursos muestran que, en cuanto a reconocer la crisis, el porqué del ingreso, casi todos los participantes conocen el motivo real: "Porque me falta calidad y suficiente sentido para volver a mi vida anterior". (H63EC) En algunos casos conocen el motivo del ingreso, pero éste tiene que deducirse del propio discurso: "No lo sé cariño. Francamente si te soy sincera no lo sé, no lo tengo claro. Mi marido se acababa de morir. No te lo puedo decir... Después de varios meses sin beber... A los dos o tres días vino un

amigo mío de toda la vida de alcohólicos anónimos y me dijo, estás fatal, tú porque no te ves, pero estás fatal, por dentro y por fuera. Vamos a hacerte un ingreso". (M62DA).

Las personas que no muestran conciencia del problema, en general, no comprenden el motivo del ingreso y/o lo justifican con otra causa que es percibida por ellos como real.

también importante conocer por quién se sienten apoyados durante este proceso para favorecer la comprensión del fenómeno, así como el significado que otorgan a las actividades que realizan durante el periodo del ingreso.

Periodo de adaptación

El periodo de adaptación se ve facilitado cuando la persona ingresada recibe apoyos y los percibe como tal, así como cuando realiza actividades significativas. La adaptación a la UCE va acorde, en la mayor parte de los casos, con la mejoría en el estado de salud percibido: *"En el primer momento muy mal, sentía que quería marcharme de aquí, que no me viera nadie, quería irme; claro, no me dejaron. Ahora, con el paso de los días y de estar en urgencias y subirme aquí... Al hablar con los doctores y todo eso, tomarme las pastillas para descansar... Al principio no descansaba mucho pero luego ya sí, ahora duermo 5 o 6 horas relajado sin preocuparme de nada, sin tener pesadillas". (H54LU)*

Para algunos participantes resulta difícil adaptarse a algo que difiere de sus principios o sus valores: *"Me sentí regular, me siento que me falta sentido, viabilidad para mis conocimientos. Mis conocimientos no están acordes con la vida que hago aquí. No me he adaptado, y encontrar viabilidad entre la medicación, los médicos, entre yo, entre los pacientes, entre la comida... No le encuentro suficiente salida", "No me encuentro a gusto". (H63EC)*

En otro sentido, la facilidad para adaptarse varía en función de si se trata de un primer ingreso o no. No parece guardar relación, en cambio, con el número de días de ingreso. Incluso las personas que han tenido ingresos anteriores hablan de su experiencia del primer ingreso sin necesidad de ser preguntados por ello: *"Al principio se teme a lo desconocido. El primer ingreso lo pasé un poco mal, pero luego ya bien". (M45TP)* *"La primera vez fue dura porque como vas a lo desconocido... Luego me tuvieron que poner mucha medicación para contrarrestar...". (H57TB)* Aquellos participantes que han vivido ya la experiencia de un ingreso expresan su vivencia, en otros términos: *"Aquí he tenido que ingresar por lo menos cinco veces, ya sabía cómo venía y dónde venía", "Sentí paz, tranquilidad". (H42AL)*

Apoyos percibidos durante el ingreso

En general, se sienten apoyados durante el proceso del ingreso tanto por los profesionales como por las familias o los compañeros, pero aportando cada uno significados únicos a dichos apoyos: *"Nos sentimos apoyados por todos. Para mí esta unidad es como una familia, nos ayudamos los unos a los otros. Hay compañeros que al principio entran muy mal, muy mal. Luego a los 4 o 5 días los ves que se han rehecho", "Me he sentido muy apoyado por el equipo médico tanto ATS como celadores. Es que hay que buscar esto en un contexto familiar, o sea; una gran familia, que somos 19 pacientes más el equipo, incluso auxiliares y técnicos", "el apoyo de la familia es fundamental". (H57TB)*

Significado de la participación en actividades

Las actividades que ofrece la Unidad que son transmitidas por los participantes son: sesión con el psiquiatra, sesión grupal con la psicóloga, técnicas de relajación dirigidas por el personal de enfermería, juegos por la mañana y por la tarde (cartas, parchís, pintar) y salidas por la tarde acompañado de algún familiar. Es interesante que varias personas hayan destacado la realización autónoma de las actividades básicas de la vida diaria, especialmente la higiene diaria, como un hábito importante y significativo, así como el hecho de colaborar en la limpieza de su habitación: *"Me adapté enseguida a la unidad, es más, la cama me la hago yo todos los días, ya en cuanto me la quiero cambiar les pido yo las sábanas limpias y me la hago". (H42AL)*

En general, las actividades a las cuales mayor aporte y significado otorgan son las ofrecidas por los psicólogos y la sesión con el psiquiatra, y especialmente la salida al exterior con la familia. Los juegos resultan poco significativos, en la mayor parte de los casos, suponiendo un mero entretenimiento: *"Son actividades de mantenimiento, es decir, que no hay ninguna que me guste más. Jugar al parchís, las cartas, taller de psicología... Yo creo que me van a ayudar todas a volver a mi vida anterior. Unas las seguiré haciendo, otras están en la cabeza ya. Por la tarde en las salidas acompañados ya sirven de ensayo para luego salir". (H64DM)*

Cada persona tiene la oportunidad de elegir cuándo y cuánto quiere involucrarse en las actividades voluntarias de la Unidad, una vez se siente preparado: *"Aquí cada uno lleva su vida dijéramos. Aunque es pequeño, cuando quieres te integras y cuando no, no te integras". (H64DM)*

Categoría 3: Aspectos motivacionales sobre el alta

Transcurren diversas circunstancias que influyen en la motivación de los participantes en relación con el alta. Por ello, en esta categoría se desarrollan temas acerca de: las aportaciones que el ingreso ofrece a la persona, las creencias acerca de su preparación para el alta, y las expectativas en cuanto a la posibilidad de un ingreso futuro en la UCE.

Aportaciones de la experiencia vivida

La experiencia vivida aporta algo a la mayor parte de ellos. En el análisis de los datos se observa que las distintas perspectivas sobre este aspecto descritas por los participantes no guardan relación con aspectos acerca de los días de ingreso, ni con respecto a si es un ingreso voluntario o no, o si se trata de un primer ingreso o hay ingresos anteriores.

Creencias personales sobre la preparación al alta

Concurren diversos factores que repetidamente expresan los participantes acerca de cómo de preparados se sienten para el alta. A la hora de expresarlo, destaca la contraposición que observan entre el mundo exterior y la UCE: *"No hay concatenación en las cosas de fuera con las de aquí dentro", "me preocupa un poco salir al exterior porque es volver a la realidad de la vida. Aquí estoy en una burbuja. Pero creo que me manejaré bien". (H64DM) "Esto no tiene nada que ver con el mundo real. El mundo real está fuera. La vida está fuera y los problemas están fuera. Aquí estamos como protegidos". (M45TP)*

Se expresan también desde la esperanza, y de planes futuros, aunque con cautela: *"Creo que va a ir todo bien", "Me adaptaré bien, ya sé cómo va a ser", "Yo lo que intento y pienso es en el día a día, por ejemplo, hoy no he bebido, he estado bien, no ha habido problemas en casa y tal, te echas a dormir contento. Al día siguiente, pues si sale igual, pues estupendo. No piensas, pues dentro de un mes, dentro de no sé qué, no, porque no sé lo que puede pasar. Pensar en otra cosa sería una tontada". (H42AL)*

Antes de recibir el alta médica, las responsabilidades propias de su vida les generan inquietud: *"Ahora me encuentro con fuerzas para poder intentar solucionar lo de los papeles y mis padres, que es lo más importante". (H54LU)* Por lo general, son conscientes de si realmente están preparados para el alta: *"No lo sé. Yo creo que no. Un poco más tranquilo sí. Pero es que yo no sé si la tranquilidad que tengo aquí es debida a la medicación que te ponen, o lo mismo que te he dicho antes, que estás como protegido". (H54DM)*

No se desprende de los discursos una relación significativa entre las creencias personales sobre la preparación al alta y el número de días de ingreso. Tampoco en cuanto al hecho de que haya o no ingresos anteriores ni con respecto a la voluntariedad del ingreso.

Creencias y expectativas sobre ingresos futuros

La idea de volver a ingresar alguna vez en una UCE genera en los participantes distintas reacciones. Para la gran mayoría, la resignación y aceptación de la propia enfermedad resumen sus expectativas acerca de ello. También surgen dudas con respecto al tema y manifiestan la esperanza de no volver a ingresar, unas veces por no repetir la vivencia en sí, otras por la creencia de que pueden mantener o mejorar su salud mental. En aquellos casos en que no hay conciencia de enfermedad, niegan con rotundidad que vayan a volver a ingresar alguna vez:

Categoría 4: El papel del sistema en el proceso de recuperación

Los participantes, a lo largo de su discurso, plantean ideas y realizan aportaciones acerca de posibles cambios o mejoras que puedan darse durante el ingreso para facilitar la adaptación, contribuir a una mejor estancia y fomentar la recuperación e incorporación al mundo exterior tras el alta.

Aportaciones para mejorar el funcionamiento de la UCE

En la categoría anterior se describe cómo los usuarios perciben una gran diferencia entre la UCE y "la vida real". Algunos de ellos aportan ideas para minimizar ese impacto: *"Las actividades tendrían que estar más enfocadas a algo que te sirviese fuera, no tanto a entretener. Deberían hacerse más actividades por la mañana, pintura... No sé. Me gustan las manualidades. A nivel de profesionales ya escogerían las actividades que hubiese que coger. Por ejemplo, la pintura sí le cogiera afición... Una vez fuera me diera por pintar y relajarme. Tener una actividad que en momentos que estás mal te sirviera, en lugar de no hacer nada. Las*

actividades tendrían que ser más terapéuticas, no para entretener, no sé cuáles más, eso lo tendría que valorar un especialista". (M45TP)

En relación a las actividades de ocio, ofrecen diversas ideas, y expresan que su fin debe ser más terapéutico y no suponer un mero entretenimiento. *"Aquí han venido voluntarios, unos chicos jóvenes un día a la semana. Yo no jugaba, pero la gente jugaba y me gustaba que la gente participara. A mí me gustaba mucho hacer puzles, se me pasaba el tiempo", "las enfermeras podrían hacer alguna actividad como yincana, por las tardes, o pasta con aceite y harina... La gente se lo pasó como enanos (recuerda)". (H42AL)*

Otras actividades que nombran son: estudiar o aprender (cocina, pintura), la práctica de deportes y talleres (prensa, masajes, manualidades), o voluntariado: *"Se podría hacer un taller, porque aún hay espacio aquí para hacerlo, allí en el Clínico (otro hospital) a mí me sirvió de poco porque eran talleres muy simples, pero bueno allí hacíamos talleres que se podría hacer aquí de leer un reportaje de la prensa y luego saber lo que has leído, estiramientos musculares...". (H57TB)*

En diversas ocasiones se repite la importancia del grupo y de relacionarse con otros: *"Todo es un poco molestia porque si yo digo que la gente se reúna y que cada uno cuente un poco de su vida y tal, a la gente no le va a gustar tampoco. Unas veces me gustaría, pero otras veces no, según donde fuera a desembocar el tema. Eso nos animaría mucho y nos llevaría un buen tiempo, unas tres horas o cuatro horas, y el tiempo se iría antes". (M45EP)*

Resulta llamativo que, de los 12 participantes, 2 hablen de Alcohólicos Anónimos como ejemplo de la gran cantidad de actividades enriquecedoras que se realizan allí, y de la importancia del asociacionismo en general. Un tercer caso habla precisamente de una asociación a la que pertenece. *"En Alcohólicos Anónimos... ¡Tú sabes la cantidad de actividades que hacía!... Y cuando salga de aquí lo primero que haré. Retomar el grupo". (M62DA)*

En ocasiones aparece alguna sugerencia en torno a la escasez de actividades ofertadas por la Unidad: *"Los fines de semana parece esto un velatorio, todo el mundo encamado". (H42AL)* *"Yo creo que tendría que haber un poquitín más. Por la mañana tenían que hacer algo más". (M45TP)*

Otro aspecto que toman en consideración es la falta de seguimiento tras el alta, tanto por falta de dispositivos como de profesionales, y lo reflejan de este modo: *"Me gustaría que hubiera más seguimiento tras esto. He cambiado de psiquiatra y le pediré que me haga un seguimiento. Que no me lo puede hacer, yo tengo la solución también, y es que si no puede la Seguridad Social y los seguimientos son largos, entre medio tengo un psiquiatra privado". (H57TB)*

DISCUSIÓN

El estudio pretende contribuir al conocimiento de las UCE desde la perspectiva de los propios ingresados, y sus resultados pueden enfocarse a una mejora en la calidad de la asistencia, de la atención recibida y el trato al usuario, así como hacia la mejor gestión de recursos, puesto que al analizar las necesidades percibidas por los propios ingresados es posible contribuir a su preparación para el alta. No se han hallado apenas estudios previos comparables, puesto que este trabajo está centrado en describir la experiencia subjetiva de la persona que ingresa en una UCE psiquiátrica, y las investigaciones encontradas se concentran en explicar el fenómeno del ingreso, comprobar el funcionamiento o la eficacia de este tipo de unidades, o realizar comparativas con otros dispositivos. Las pretensiones de este estudio son menores.

En cuanto al papel de la persona en el proceso previo al ingreso, es importante contribuir a aumentar la conciencia de enfermedad en estas personas, mejorar el reconocimiento del estado de salud propio y la observación del desempeño, evitando que tengan un declive tal que derive en un ingreso hospitalario. Además, resulta más traumático un ingreso involuntario que uno voluntario o consensuado con la familia o el psiquiatra, lo que podría evitarse tomando en consideración estos aspectos. Por otro lado, la falta de conciencia de enfermedad o in-sight, conlleva a desconocer el motivo real del ingreso. El hecho de que una persona considere que no tiene una enfermedad porque no se siente enfermo es una de las características de muchos trastornos mentales; cuando aparece la conciencia de enfermedad, surgen aspectos positivos en la recuperación.

En cuanto al rol como ingresado, este requiere de un periodo de adaptación necesario. Para Talavera ⁽¹⁷⁾, el periodo del ingreso reproduce una microsociedad y el acceso a un lugar que no es su hogar, donde el usuario convive durante un periodo de tiempo con personas que le son ajenas hasta que obtiene el alta terapéutica. Esta adaptación a la nueva situación también se ve influenciada según se hayan producido ingresos anteriores o no, así como por la percepción que la persona tiene de su propia salud; pero, además, aquí confluyen otras variables: apoyos percibidos por parte de otros, o la participación en actividades significativas, de modo que es sencillo facilitar esa adaptación desde los recursos propios de la Unidad.

El estudio español de Navarro y colaboradores, del año 2008, sobre calidad de vida, halló una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el apoyo social ofrecido por los profesionales, de tal modo que a mayor apoyo percibido se constató una mejor calidad de vida. Es interesante destacar también que, este mismo estudio, no halló relación alguna entre las variables de calidad de vida y número de ingresos psiquiátricos ⁽¹⁸⁾. Ha quedado patente, a través de los discursos, una determinada carencia de actividades motivantes y un excesivo tiempo libre desocupado en la UCE. Algunos participantes expresan que una cierta tranquilidad y un tiempo para la reflexión es positivo, pero también reflejan un exceso de falta de actividad. De igual modo, los participantes demandan que parte de las actividades de ocio estén dirigidas por los profesionales y tengan un enfoque más terapéutico, algo que los profesionales de la Unidad deben tener en cuenta.

De cualquier modo, no puede obviarse que el diagnóstico de una enfermedad mental conlleva un determinado grado de discapacidad y de disfunción social ⁽¹⁹⁾. Por ejemplo, en cuanto a la capacidad mental de los pacientes para tomar decisiones sobre su tratamiento, un estudio reciente, publicado por Owen y colaboradores, realizado a 350 personas ingresadas en una UCE, estimó que el 60% carecían de esta capacidad. Esta proporción variaba notablemente en función del diagnóstico, con tasas elevadas de incapacidad en personas con manía y esquizofrenia, y tasas bajas en personas con depresión y trastornos de la personalidad. Por otra parte, constató que la falta de capacidad para la toma de decisiones sobre el tratamiento era común en los pacientes que ingresaban de manera voluntaria en las UCE ⁽²⁰⁾.

Posiblemente, comenzar por la elección de actividades motivantes pero sencillas, como las que expresaron en sus entrevistas los participantes, sea un buen inicio. Según Talavera, este tipo de dispositivos tienden a anular los niveles de compromiso social básico de la persona debido, entre otras, al régimen de la estancia, al ambiente o a las limitaciones del entorno. Además, las actividades se desarrollan en un mismo espacio, con una rutina preestablecida y muchas veces de manera grupal. Esta programación prefijada de actividades u ocupaciones puede derivar en que no sean significativas o interesantes para el usuario ⁽¹⁾. La salida al exterior resulta muy motivante para la mayor parte de los participantes del estudio. Es percibida como un anticipo al alta, una situación intermedia entre el ingreso y el mundo exterior, donde además se tiene el apoyo de la familia.

Acerca de los aspectos motivacionales sobre el alta, de los discursos se ha desprendido la importancia que pueden tener las aportaciones de esta experiencia como una motivación más para desear la recuperación e incorporación al mundo exterior. Extraer una visión más positiva del ingreso puede contribuir a que los usuarios se sientan más preparados para el alta, y a través de la participación voluntaria en actividades significativas, esto puede verse facilitado.

La gran diferencia entre el mundo exterior y el aislamiento propio de la UCE complica el hecho de que las personas se sientan preparadas para el alta, puesto que son realidades muy distintas. Inicialmente, esa protección de la UCE puede ser conveniente e incluso necesaria, pero sería aconsejable progresivamente ir teniendo experiencias que se asemejen más al funcionamiento y los roles que persisten fuera de la Unidad en cada persona.

El equipo de profesionales debe llevar a cabo actividades encaminadas a la adaptación tras el alta, y deben ser tenidos en cuenta los dispositivos disponibles para facilitar ese cambio y la recuperación posterior. El Hospital de Día cumple esta función intermedia, pero no siempre estos recursos están disponibles. Es evidente que las experiencias de ingresos previos han influido e influyen en la motivación y preparación al alta, pues la idea de salir les genera dudas, y se sienten ilusionados, pero a su vez son cautelosos, prefiriendo evitar hacer planes a medio y largo plazo.

Sobre el papel del sistema en el proceso de recuperación, queda claro que es necesario escuchar las demandas del usuario y las aportaciones dadas. A lo largo de los discursos, todos fueron capaces de identificar actividades que les resultarían motivantes y serían significativas para ellos. Además, ninguna de

las propuestas tiene un coste económico elevado. Por otra parte, el equipo de profesionales tiene una gran relevancia en el proceso de recuperación. Diversas guías de Práctica Clínica, como la de la American Psychiatric Association, vienen demostrando la importancia de la alianza terapéutica, ya que esta permite al psiquiatra y al resto de profesionales adquirir información esencial sobre el usuario, generando un clima de confianza y un mayor deseo de cooperar en el tratamiento. Destacan, además, la necesidad de identificar los objetivos y aspiraciones del propio usuario para promover la adherencia al tratamiento ⁽²¹⁾. Para Cortés & Rascón, la relación médico-paciente es satisfactoria pero no logra formar conciencia de enfermedad ni propicia el apego al tratamiento ⁽²²⁾.

En la línea de las aportaciones ofrecidas por los participantes, una revisión sistemática de Taylor y colaboradores, realizada en 2009, identificó en sus resultados ocho ámbitos de atención institucional que eran clave para la recuperación de los usuarios con esquizofrenia: las condiciones de vida, las intervenciones, la salud física, la restricción y el aislamiento personal, la capacitación y el apoyo, la relación terapéutica, la autonomía y la participación de los usuarios de servicios y clínicas. La evidencia fue mayor en las intervenciones específicas para el tratamiento de la esquizofrenia (psicoeducación familiar, terapia cognitivo-conductual y rehabilitación laboral). Además, recomienda evitar la restricción y el aislamiento, siempre que sea posible, y apoyar la participación de los usuarios en la toma de decisiones. Así mismo, recomienda las relaciones terapéuticas positivas entre profesionales y usuarios ⁽²³⁾.

A lo largo del estudio ya se ha dicho que, para no incurrir en sesgos, los participantes desconocían en todo momento la profesión del investigador-entrevistador y que este aparcaba durante el trabajo de campo sus conocimientos y experiencia previos para evitar que ello pudiera influir en los resultados del estudio. Esto es así, pero tras el análisis e interpretación de los datos, y debido a que el discurso de los participantes así lo ha sugerido, el investigador principal ha creído conveniente en este apartado dar su punto de vista como terapeuta ocupacional, para enriquecer las aportaciones que pueda ofrecer el estudio, y porque algunos de los hallazgos identificados se relacionan con la ocupación.

Como se ha puesto de manifiesto anteriormente, no existe unificación de criterios en el territorio nacional en cuanto al tipo de profesionales que forman parte de la plantilla de las UCE, dándose la circunstancia que en Aragón la figura del terapeuta ocupacional no ha formado parte de estos equipos hasta diciembre de 2018. Sin embargo, basándose en la labor desempeñada por terapeutas ocupacionales que sí desempeñan sus funciones en UCE de otras comunidades autónomas, puede decirse que su trabajo va encaminado a promover la participación activa de los usuarios en la rutina de la unidad, a través de actividades y ocupaciones significativas, que les permitan promover su propia salud.

Por otra parte, ese trabajo de transición tan laborioso como productivo de adaptarse a la situación interna de la UCE y a la situación externa tras el alta, es trabajo del terapeuta ocupacional en colaboración con el resto de profesionales.

"La importancia de la intervención interdisciplinar dentro del contexto de la salud mental implica no seccionar al paciente en función del abordaje profesional, de forma que todos trabajen juntos para la promoción de su propia salud, como logro último e indispensable del tratamiento" ⁽²⁴⁾.

Desde el paradigma de la Ocupación, entendida esta como el equilibrio entre las áreas ocupacionales (Actividades de la Vida Diaria, Descanso, Trabajo, Educación, Ocio y Participación social), la estancia hospitalaria no puede centrarse únicamente en el "hacer por hacer" sino que, tras reconocer las verdaderas fortalezas y limitaciones del usuario, es este quien debe tomar parte activa en sus ocupaciones diarias. El papel que puede aportar la terapia ocupacional es sencillo de explicar y resumir, mejorar la salud desde la ocupación.

Un estudio de 1974 ya habla del papel de los terapeutas ocupacionales en las UCE ⁽²⁵⁾, aunque es más habitual encontrar a estos profesionales en los tratamientos prolongados ⁽²⁶⁾. La terapia ocupacional debe necesariamente llevar a cabo una práctica centrada en el usuario; como ejemplo, un estudio japonés llevado a cabo por Hoshii y colaboradores, en pacientes con esquizofrenia crónica, ha demostrado que las actividades elegidas por los propios usuarios resultan altamente significativas, en comparación con aquellas seleccionadas por los terapeutas ⁽²⁷⁾. Otro estudio del mismo año demuestra la eficacia de la terapia ocupacional en personas ingresadas con trastornos mentales ⁽²⁸⁾. Destaca también un estudio retrospectivo del año 2011 de Odes y colaboradores, en pacientes con esquizofrenia ingresados que tuvieron intervenciones de terapia ocupacional diarias; se demostró que mejoraron significativamente durante su

estancia hospitalaria, teniendo posteriormente una menor tasa de reingresos ⁽²⁹⁾.

Limitaciones del estudio

En este estudio puede darse un sesgo a causa de la estacionalidad de determinados trastornos mentales, tales como la depresión, debido a que la recogida de datos se llevó a cabo durante la estación veraniega.

En el análisis del discurso transcrito, se intenta discernir aquellos fragmentos influidos por el propio trastorno mental y los que realmente pertenecen al discurso, a través de un análisis en conjunto del resto de discursos.

Existe la posibilidad de que se haya producido el sesgo del investigador al realizar las entrevistas, es decir; que no se haya podido evitar la tendencia a buscar la evidencia que confirme la postura previamente adquirida del investigador-entrevistador. Para minimizar al máximo esta posibilidad, el investigador ha prescindido de sus creencias, valores, experiencia y formación previas; y se ha realizado una entrevista abierta con mínima intervención por parte del entrevistador.

Por otra parte, el tamaño de la muestra es limitado, por lo que es difícil establecer hasta qué punto es posible extrapolar las conclusiones del estudio a otras UCE psiquiátricas. Aunque la muestra sea pequeña, comparando algunos datos de este estudio con una investigación mayor llevada a cabo en UCEs australianas por Carr y colaboradores en 2008, los datos son muy similares: el promedio de días de ingreso de la muestra de este estudio es de 13,83 días, con respecto a 14,59 días del estudio de Carr. En este estudio el 66,6% habían tenido ingresos anteriores, mientras que en el de Carr el 60,4%; y en este estudio el 41,6% eran ingresos involuntarios, con respecto al 47% del otro estudio ⁽³⁰⁾. De todos modos, la generalización de resultados no es un objetivo de esta investigación, ni de la metodología cualitativa en general.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto cuál es la percepción de las personas con trastornos mentales que ingresan en una UCE. Conocer su punto de vista es imprescindible para poder mejorar la calidad de la asistencia social y sanitaria que reciben. Esto es así porque, al explorar las necesidades de los usuarios y tratar de cubrirlos, se puede llegar a acrecentar la implicación, cooperación y adherencia al tratamiento del usuario, y con ello facilitar el alta terapéutica y su reinserción social y familiar.

Al ingresar en una UCE, bien sea por vez primera tras el diagnóstico de un trastorno mental o no, se produce una desestructuración personal y social, y por ello la necesidad de un periodo de adaptación al ingreso, en el cual la persona adopta el rol de paciente y donde se genera una pérdida de rutinas y hábitos, por otra parte, inevitables, debidos al contexto de la propia Unidad. Es importante facilitar esa aclimatación al ingreso y la posterior adaptación al alta como parte de un proceso continuo. Este proceso será más rápido cuanto más implicación y participación activa y voluntaria exista por parte del usuario, y conforme vayan disminuyendo los síntomas que fueron la causa de su ingreso.

Es necesario incrementar los servicios intermedios entre los centros de salud mental y las UCE, tales como los hospitales de Día, para continuar con los cuidados y el seguimiento necesarios para evitar recaídas e ingresos hospitalarios y garantizar una atención sociosanitaria que facilite la integración sociolaboral de las personas que han ingresado en una UCE.

La percepción subjetiva del participante tiene un papel fundamental en el proceso del ingreso, y es importante que perciba el apoyo de los otros y que participe en actividades motivantes y significativas, en la medida que se sienta capacitado para ello; lo que va a facilitar el alta, contribuyendo asimismo a que el ingreso resulte una experiencia enriquecedora.

Es necesario que el equipo de profesionales y el sistema en general escuchen al usuario y comprendan sus vivencias para poder mejorar los tratamientos y la adhesión a los mismos, fomentando la participación activa y contribuyendo, sin duda, a la mejora de su salud mental de una manera más efectiva.

A pesar de que el énfasis de la investigación actual en psiquiatría sigue estando en el empleo de la metodología cuantitativa, deben tenerse en cuenta el valor y las contribuciones únicas ofrecidas por la investigación cualitativa. Ha de continuarse con la investigación acerca del funcionamiento de este tipo de



dispositivos y su efectividad, y especialmente deben crearse más líneas de investigación cualitativa en torno a las percepciones de los profesionales con el fin de comprender su perspectiva, puesto que son muy escasas pero, imprescindibles, para mejorar las intervenciones y el funcionamiento de este tipo de recursos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al equipo de la UCE del hospital, por facilitar este trabajo, y especialmente agradecidos a los participantes del estudio, por contar su experiencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Talavera Valverde MÁ. Terapia ocupacional en las unidades de hospitalización breve. El encuentro de las ocupaciones [Internet]. www.terapiaocupacional.com 2004. Recuperado de: http://www.terapiaocupacional.com/articulos/TO_unidades_hospitalizacion_breve.shtml
2. Márquez LJ. Salud mental y personas sin hogar. Estudio de detección para establecer pautas de actuación en intervenciones comunitarias. A Coruña; 2011. Recuperado de: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/8260/TFG.Luis.Marquez.pdf?sequence=5>
3. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Vol. 85, Revista Española de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2011. 427–436 p. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002
4. Juan Pastor A. Las unidades de corta estancia médicas. Rev Calid Asist. 2013 Jul;28(4):197–8. Recuperado de: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X13000651>
5. Vila Pillado L, Area Carracedo R, Ferro Iglesias V, González Domínguez-Viguera L, Justo Alonso A, Suárez Sueiro MJ, et al. Trastorno mental severo. TOG (A Coruña). 2007;5:15. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/REVISION1.pdf>
6. The University of York. Psychosocial interventions for schizophrenia. Eff Health Care. 2000;6(3):1–8. doi: 10.1177/1078345816635609
7. M.S.P.S.-Instituto de Información Sanitaria-Subcomisión de Sistemas de Información del SNS. Atención a la salud mental. 2009. Recuperado de: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/Salud_Mental_2009.pdf
8. Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón. Gobierno de Aragón. 2002.
9. Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MI, Almeida Gameiro M, Leite SO, McGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. Rev Saude Publica. 2000 Jun;34(3):280–5. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10920451>
10. Dalgarrondo P, Botega NJ, Banzato CEM. Pacientes que se benefician de internação psiquiátrica em hospital geral. Rev Saude Publica. 2003 Oct;37(5):629–34. doi: 10.1590/S0034-89102003000500013
11. Moreira MSS, Crippa JA de S, Zuardi AW. Expectativa de desempenho social de pacientes psiquiátricos internados em hospital geral. Rev Saude Publica. 2002 Dec;36(6):734–42. doi: 10.1590/S0034-89102002000700012
12. Breier A. Small Sample Studies: Unique Contributions for Large Sample Outcome Studies. Schizophr Bull. 1988 Jan 1;14(4):589–93. doi: 10.1093/schbul/14.4.589
13. Shepherd S, Depp CA, Harris G, Halpain M, Palinkas LA, Jeste D V. Perspectives on Schizophrenia Over the Lifespan: A Qualitative Study. Schizophr Bull. 2012 Mar 1;38(2):295–303. doi: 10.1093/schbul/sbq075
14. Hernández Sampieri R, Fernández Collado S, Baptista Lucio P. Fundamentos de metodología de la investigación. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007. Recuperado de: https://www.worldcat.org/title/fundamentos-de-metodologia-de-la-investigacion/oclc/774400926&referer=brief_results
15. Taylor R, Bogdan PS. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados. Ediciones. Barcelona; 2013. 301 p.
16. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. D, Corral Liria I. Enfermería intensiva. Vol. 21, Enfermería intensiva, ISSN 1130-2399, Vol. 21, No. 2, 2010, págs. 68-73. Editorial Garsi; 2010. 68–73 p. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3222711>
17. Talavera Valverde, MA. Terapia Ocupacional. La ocupación en las unidades de hospitalización psiquiátricas. [Ponencia]. En: II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del País Vasco; Vitoria Oct 28-29. 2004.
18. Navarro Bayón D, García-Heras Delgado S, Carrasco Ramírez O, Casas Toral A. Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. Interv Psicosoc. 2008;17(3):321–36. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n3/v17n3a08.pdf>
19. A E N Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo Situación actual y recomendaciones. Madrid; 2002. Recuperado de: www.pulso.com/aen/index.htm
20. Owen GS, Richardson G, David AS, Szukler G, Hayward P, Hotopf M. Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study. BMJ. 2008 Jun 30;337. Recuperado de:



- 10.1136/bmj.39580.546597.BE
21. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*. 2004 Feb;161(2 Suppl):1–56. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15000267>
 22. Cortés Padilla MT, Rascón-Gasca ML. Factores psicosociales relacionados con la rehospitalización de pacientes con psicosis orgánica. *Salud Pública Méx*. 2001;43(6):529–36. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000600003
 23. Taylor TL, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert TW, et al. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*. 2009;9(55):1–30. doi: 10.1186/1471
 24. Márquez Álvarez LJ. Desarrollo de una aplicación informática de valoración del equilibrio ocupacional en salud mental. A Coruña; 2012. Recuperado de: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/9926/MarquezAlvarez_LuisJavier_TFM_2012.pdf?sequence=2
 25. Corry S, Sebastian V, Cronin A. Acute short-term treatment in psychiatry. *Am J Occup Ther*. 1974;28(7):401–6. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4855515>
 26. Munro J, Palmada M, Russell A, Taylor P, Heir B, McKay J, et al. Queensland extended care services for people with severe mental illness and the role of occupational therapy. *Aust Occup Ther J*. 2007;54(4):257–65. doi: 10.1111/j.1440-1630.2007.00655.x
 27. Hoshii J, Yotsumoto K, Tatsumi E, Tanaka C, Mori T, Hashimoto T. Subject-chosen activities in occupational therapy for the improvement of psychiatric symptoms of inpatients with chronic schizophrenia: a controlled trial. *Clin Rehabil*. 2013 Jul 12;27(7):638–45. doi: 10.1177/0269215512473136
 28. Foruzandeh N, Parvin N. Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: A pilot randomized controlled trial. *Japan J Nurs Sci*. 2013 Jun;10(1):136–41. doi: 10.1111/j.1742-7924.2012.00211.x
 29. Odes H, Katz N, Noter E, Shamir Y, Weizman A, Valevski A. Level of Function at Discharge as a Predictor of Readmission Among Inpatients With Schizophrenia. *Am J Occup Ther*. 2011 May 1;65(3):314–9. doi: 10.5014/ajot.2011.001362
 30. Carr VJ, Lewin TJ, Sly KA, Conrad AM, Tirupati S, Cohen M, et al. Adverse Incidents in Acute Psychiatric Inpatient Units: Rates, Correlates and Pressures. *Aust New Zeal J Psychiatry*. 2008 Apr;42(4):267–82. doi: 10.1080/00048670701881520.

Derechos de autor

