



BUAP

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. RAFAEL SERRANO"

**DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
CRÓNICOS, UN ESTUDIO DESCRIPTIVO**

TESIS QUE PARA LA OBTENCIÓN DEL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA

PRESENTAN:

DRA. DIANA BERENICE CRUZ GARCÍA

DR. SERGIO ALEJANDRO TRUJILLO OSORIO

ASESOR DE TESIS:

DRA. MARÍA DEL CARMEN LARA MUÑOZ

H. PUEBLA DE ZARAGOZA, MÉXICO 2015

DEDICATORIA

*Para mi abuela que me inició en la medicina y que fue como
una madre.
A mis padres por su amor incondicional.
A mis tías (os) sobre todo a Raquel que desde el inicio de
ésta Especialidad me apoyó y a Óscar por ser un ejemplo.
A Fernando por su cariño y disposición.
A Hideko ayudarme a renacer.
A mis amigos y compañeros que hicieron más grato este camino.
A los profesores que además de sus enseñanzas mostraron
calidad humana.
Y a mis mejores maestros, mis pacientes.*

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y al Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, sobre todo a los directivos, al personal de enfermería y rehabilitación.

Agradecimiento especial merecen la Dra. María del Carmen Lara Muñoz que con su interés y compromiso con la Salud Mental nos impulsa a esforzarnos en pro de la misma.

A la Dra. Silvia Herrera García, Jefe de Enseñanza del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano y a la Dra. María Teresa Baez Merlo Profesora Titular de la especialidad por su dedicación y afabilidad con los residentes.

Así mismo queremos agradecer a nuestras familias por el incalculable apoyo moral durante este camino.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN.....	8
JUSTIFICACIÓN	21
OBJETIVOS	22
GENERAL	22
ESPECÍFICOS.....	22
MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
Sujetos.....	23
Variables e Instrumentos de medición.....	24
Procedimiento.....	27
RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	38
REFERENCIAS	44
ANEXO A. BAREMO	48

RESUMEN

Los mayores recursos en atención psiquiátrica se invierten en camas de hospitalización, la reorientación del financiamiento hacia servicios de base comunitaria, permitirá que las personas tengan mayor acceso a la salud mental, por lo que se propone la reorganización de los servicios y ampliar la cobertura poniendo en práctica la desinstitucionalización. Previo a ello se requiere conocer las características de los pacientes que han permanecido institucionalizados

Objetivo:

El objetivo general de este estudio es describir el grado de dependencia y discapacidad en los usuarios institucionalizados como un paso previo al planteamiento de cambios institucionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, comparativo, transversal y homodémico. Se evaluó a todos los pacientes que contaban con más de un año de hospitalización en pabellones de crónicos del Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano" del 1ero de Julio al 31 de agosto de 2014. Se excluyeron a

los usuarios que no se encontraban en el momento del estudio o que rehúsan ser evaluados.

Las variables fueron la dependencia y discapacidad, evaluadas mediante el Baremo de Valoración de los grados y niveles de Dependencia.

Se compararon los pacientes por pabellón y por sexo mediante la prueba de Kruskal Wallis y Chi².

RESULTADOS

Se evaluaron 207 pacientes, 89 hombres (49 de la sala sur y 40 de sala norte) y 118 mujeres (61 de la sala 1 y 57 de la sala 4). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad, estancia hospitalaria y el puntaje del Baremo entre los pabellones, pero al analizar por sexo solo permaneció significativa la diferencia de edades. Al comparar los puntajes obtenidos por tarea hubo diferencias significativas entre pabellones pero no entre sexos.

De acuerdo a las puntuaciones fueron clasificados de la siguiente manera: Sin dependencia (n=30,14.49%), Dependencia grado I (40.1%), II (28.5%) y III (16.91%). El diagnóstico más frecuente fue Retraso Mental moderado (n=120), la comorbilidad más encontrada fue epilepsia (n=56). Cabe destacar que 12 de los pacientes no tenían ningún tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES

No se justifica la estancia hospitalaria de 30 de los pacientes ya que a pesar de que tiene discapacidades leves no son dependientes. 84 pacientes tienen una dependencia moderada y podrían permanecer en centros residenciales de día, con un programa específico de rehabilitación. Y el resto requiere de cuidados especializados.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales representan una parte significativa de la carga de las enfermedades en todas las sociedades. En todo el mundo, 121 millones de personas padecen depresión, 70 millones padecen problemas relacionados con el alcohol, 24 millones padecen esquizofrenia y 37 millones demencia (OMS, 2003), sin embargo, los números no pueden hacer justicia al dolor y sufrimiento causado, pasando desapercibidos debido a otras prioridades sanitarias y a la ausencia de sistemas integrales de atención en salud.

En el continente americano los trastornos mentales constituyen un serio problema de salud pública con un alto costo social, que afecta a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socio-económico y cultural.

A finales del siglo pasado se introdujo el concepto de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) lo que ha permitido estimar la carga total de enfermedad, incluyendo los años perdidos debido a la discapacidad (Murray, López, 2000).

La carga global de las enfermedades mentales es de

aproximadamente el 12%, reflejándose en el 28% de los años vividos con discapacidad y constituye una de las tres principales causas de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años por el suicidio (OPS, 2011). Las evidencias mundiales dan cuenta que no hay salud sin salud mental.

A pesar de la importante carga de enfermedad que representan los trastornos mentales, los datos de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señalan que existe una baja utilización de los servicios por parte de la población que presenta este tipo de padecimientos. El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es también importante, entre 4 y 20 años según el tipo de padecimiento (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco-Jaimes et al., 2003).

Datos obtenidos con el "Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental OMS-IESM" (en inglés WHO-AIMS), indican que un alto porcentaje de la población en México carece de acceso a la atención psiquiátrica.

Esto también ha sido reportado en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, encontrando que solamente uno de cada diez sujetos con un trastorno mental ha recibido atención, sólo uno de cada cinco con dos o más

trastornos ha recibido atención y solo uno de cada diez con tres o más trastornos obtuvo atención médica específica (Medina_Mora y cols; 2003).

Además de la dificultad para el acceso a los servicios de salud mental se ha observado que solamente 50% de las personas que buscaron atención especializada en salud mental recibieron un tratamiento adecuado (Borges y cols; 2006).

Uno de los factores que dificulta el acceso a los servicios de salud mental es un presupuesto económico insuficiente para la atención en salud mental.

El costo de atención médica directa para los pacientes psiquiátricos es alto, debido, sobre todo, al costo que representan las continuas hospitalizaciones producto de recaídas, exacerbaciones y la gravedad y duración de éstas (Nevaréz A, Valencia E, et al. 2013).

Las camas de hospitalización constituyen uno de los componentes más caros de los sistemas de salud mental, lo que representa hasta tres cuartas partes de algunos presupuestos nacionales de salud mental (Mental Health Foundation, 1993).

En México, para el 2014 el presupuesto asignado al sector

salud fue del 2.83% del producto interno bruto, (a nivel internacional el promedio es de 8.7%) de este monto solamente el 2% es orientado a la salud mental; del cual, se destina el 80% a la operación de los hospitales psiquiátricos y con ello, las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven reducidas (IESM-OMS, 2011).

Otros factores, como las barreras geográficas, limitan el acceso a los servicios de salud mental ya que la mayoría de estos servicios se ubican en las grandes metrópolis o cercanas a ellas.

Un factor básico que limita el acceso a los servicios de salud mental es la perspectiva que aún prevalece en muchos países incluido México, el antiguo paradigma de los grandes hospitales psiquiátricos asilares, que no crea posibilidades de integración de la salud mental como un componente importante en la atención de la salud en general.

Partiendo desde este enfoque, la atención en salud mental se concentra en el tercer nivel, ejemplo de ello es que en nuestro país existen 46 hospitales psiquiátricos frente a 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y 8 establecimientos residenciales (IESM-OMS, 2011).

Existe evidencia de que la centralización de los recursos en salud mental disminuye la atención para la mayoría de la población, prueba de esto es que contamos con 544 establecimientos de salud mental ambulatorios que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes en contraste con los hospitales psiquiátricos que atienden a 47 usuarios por cada 100,000 (IESM-OMS, 2011).

Se ha observado que aproximadamente el 50% de los pacientes se atienden en servicios hospitalarios, siendo uno de los países donde un gran porcentaje de pacientes son atendidos en servicios especializados independientemente de la gravedad del trastorno (IESM-OMS, 2011). Esta condición aumenta los costos de tratamiento y amplía la brecha de atención.

Más aún, en este marco de una accesibilidad insuficiente a los servicios, se observan casos obvios de violación de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.

Ante esta problemática existe una estrategia para disminuir la brecha entre las necesidades y los servicios disponibles denominada "desinstitucionalización" que cambia las políticas concentradas en los hospitales psiquiátricos por otras basadas en la comunidad, la cual podría ayudar a optimizar los recursos en nuestro país (Cohen, 2009).

Bases de la desinstitucionalización

Algunos estudios han demostrado que los modelos de tratamiento en la comunidad son más eficaces que los de tratamiento hospitalario, logrando reducir el número de recaídas y hospitalizaciones así como disminuir el tiempo de estancia media hospitalaria (Stein, Test, 1978). Otros estudios también han identificado la importancia del monitoreo estrecho del estado del paciente y su adherencia al tratamiento como medios eficaces de ayudar a las personas con enfermedades mentales graves que se integran en la comunidad (Davison, Strauss, 1992).

En los últimos años la descentralización administrativa ha traído la necesidad de controlar recursos así como la de diseñar políticas socio-sanitarias congruentes con los recursos disponibles (CERMI, 2003).

Atendiendo esta problemática, la OMS propuso en su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 la reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura proponiendo prácticas científicamente contrastadas para la desinstitucionalización y la reorganización de los servicios (OMS, 2013).

Se han realizado diversos estudios que evalúan el proceso de transición de las políticas en salud mental, principalmente en países desarrollados desde finales del siglo XX, dentro de los cuales llama la atención por su impacto el estudio realizado por el "Team for the Assessment of Psychiatric Services" (TAPS), desde el año 1985, de corte longitudinal, el cual evaluó el proceso de cierre de dos Hospitales Psiquiátricos (Friern y Claybury) en Londres, comparando la situación de los residentes antes y después de su egreso. Se estudiaron 770 pacientes de más de un año de estancia, excluyendo aquellos diagnosticados con demencia y considerando los aspectos resumidos en la tabla 1 del anexo A.

Sus principales conclusiones fueron que el cambio de residencia no afectaba de forma significativa a la sintomatología positiva de las enfermedades psiquiátricas, mejoraba la sintomatología negativa y el funcionamiento social, incrementó las redes sociales así como la satisfacción percibida y permitió atender a distintos grupos de pacientes, incluso con graves problemas. Además, el costo medio fue razonable, si bien el grupo de pacientes más complejos tuvo un coste superior (Left, Trieman, Gooch, 1996).

Otro fenómeno importante para la región de América Latina fue la Declaración de Caracas en 1990, la cual promueve la sustitución gradual y progresiva de los hospitales psiquiátricos, alejados cultural y geográficamente de los usuarios, económicamente ineficientes y que con frecuencia violentaba los derechos humanos de las personas internadas, por servicios basados en la comunidad (González, Levav, 1991).

Tales estudios describen de forma objetiva como la reorientación de la financiación hacia servicios de base comunitaria, con integración de la salud mental en la atención sanitaria general, permite que más personas accedan a mejores intervenciones y con un mejor perfil costo-efectividad (OMS, 2013).

Sin embargo, en nuestra realidad continúa siendo práctica frecuente que personas afectadas por trastornos mentales de larga evolución permanezcan recluidas por tiempo indefinido en hospitales psiquiátricos, sin revisiones periódicas de su estado y, en el caso de personas hospitalizadas por orden judicial, sin actualización periódica de su situación legal (Cohen, 2009).

Estas personas internadas en hospitales psiquiátricos deberían tener garantizada su oportuna transferencia al medio familiar o a los servicios comunitarios. Para lograrlo es preciso identificar los recursos humanos y materiales en salud así como la funcionalidad de las personas en condición asilar para las distintas actividades de la vida cotidiana.

Al evaluar la funcionalidad de una persona conviene más basarse en sus aptitudes que en sus discapacidades, es preferible reforzar las competencias que concentrarse en sus déficits (González, Rodríguez, 2006). Sin embargo, es necesario conocer objetivamente el grado y tipo de discapacidad que presentan las personas de larga estancia de los hospitales psiquiátricos para poder formular estrategias de rehabilitación específicas para los pacientes con posibilidades de reinserción social así como estimar los recursos necesarios para el cuidado de los que no tendrían posibilidades de ser autosuficientes para las actividades de la vida cotidiana.

La OMS, a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento define el problema de la "Discapacidad" como un término genérico que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación,

describiendo los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales, ya sean ambientales y/o personales (CIF-OMS, 2001).

Suele ser frecuente solapar la dependencia y la discapacidad, confundiendo las deficiencias o las limitaciones para realizar una actividad concreta con la necesidad de ayuda para realizarla. Partimos, por tanto, de que la discapacidad es atributo inseparable de la dependencia, pudiendo existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia.

Por tanto, resulta imprescindible delimitar el concepto de Dependencia para el presente estudio, el cual definimos como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de la autonomía física, mental o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria (Ministerio de Sanidad, España 2011).

Así, como consecuencia de una gran discapacidad, una persona requerirá de ayuda o apoyo de alguien (o de algo) para poder realizar (o mejorar el rendimiento funcional) de ciertas actividades.

Habitualmente se tiende a considerar la dependencia como un hecho estático, lineal o progresivo y con un abordaje especialmente reduccionista como propio de personas mayores enfermas. En este sentido, uno de los problemas más graves es el de no identificar claramente la relación de la dependencia con la discapacidad, tendiendo a clasificarlas y valorarlas por separado, como si fueran cosas distintas y hay que darse cuenta que la dependencia a la que nos estamos refiriendo en este estudio, es la relacionada con las condiciones de salud alteradas que siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad (CERMI, 2003).

Para el uso de las escalas de dependencia se parte de la hipótesis de que es posible delimitar ciertos grupos homogéneos de personas dependientes en función de una serie de parámetros, tales como características de la deficiencia y tipo e intensidad de los cuidados prestados, y según éstos calcular el gasto que generan.

De esta forma se pueden delimitar los siguientes grupos:

1. Dependientes moderados
2. Dependientes severos
3. Gran dependientes

En función de estos grupos se calculan los costos de los sistemas de financiación, relacionados fundamentalmente con el consumo de recursos, dentro de la planificación de las políticas sociales.

Uno de los usos que se les da frecuentemente a estos instrumentos de evaluación es conformar los criterios de inclusión para la adquisición de espacios en centros residenciales de larga estancia, Centros de día de las redes públicas, ayudas domésticas, prestaciones económicas, desgravaciones fiscales, etc., en los países desarrollados.

En nuestro caso, el presente estudio pretende describir con objetividad el grado y tipo de dependencia de los pacientes de larga estancia de nuestro hospital para poder comenzar a estructurar la atención de la salud mental en el primer nivel de atención y con ello la redistribución de los recursos correspondientes a la salud mental de una forma congruente, con el objetivo de aumentar la calidad en la atención a la salud mental, con un enfoque predominantemente preventivo.

Una vez que se haya podido egresar a los pacientes sin dependencia, aunque con discapacidades considerables, debemos tener en cuenta el riesgo de una eventual recaída que amerite

una re-hospitalización temporal, la cual debería realizarse en los hospitales generales y debe practicarse cuando se hayan agotado todas las instancias terapéuticas posibles. La estancia en el hospital debería ser lo más corta posible y el pronto regreso al hogar debería también de estimularse con salidas periódicas (Cohen, 2009).

Con respecto a la rehabilitación social debe brindarse en el contexto habitual del individuo y debe proveerlo de las capacidades que le permitan mantenerse en la comunidad con el mayor grado de autonomía posible considerando siempre las preferencias de la persona, sus habilidades y experiencias previas (González et al., 2006).

JUSTIFICACIÓN

Debido a que el costo de la atención para los pacientes psiquiátricos en instituciones especializadas de tercer nivel es elevado y en vista que es necesaria una transición desde las instituciones a los alojamientos comunitarios, es importante conocer la situación actual de los residentes de larga estancia hospitalaria en cuanto al estado de dependencia funcional y grado de discapacidad que presentan como paso previo a la desinstitucionalización.

OBJETIVOS

GENERAL

El objetivo general del presente trabajo es describir el grado de dependencia o intensidad de la necesidad de ayuda de otra persona para realizar actividades básicas de la vida diaria de los pacientes crónicos del Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano".

ESPECÍFICOS

Describir:

- La edad de los usuarios institucionalizados
- El promedio de estancia hospitalaria
- Los diagnósticos psiquiátricos y médicos
- La medicación prescrita
- Nivel de discapacidad
- Dependencia, tipo y frecuencia de apoyo necesario en la realización de actividades de la vida diaria de los usuarios

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos

El Hospital "Dr. Rafael Serrano", se encuentra en la Ciudad de Puebla, edificado como un Psiquiátrico tipo granja y brinda atención desde 1967. Actualmente atiende a 15,314 pacientes al año en consulta externa.

Se encuentra dividido por pabellones, el 2 y 3 son para mujeres y hombres con padecimientos agudos, el 1 y la 4 para mujeres crónicas y el 5 para hombres crónicos.

Tiene un total de 331 camas censables, de las cuales 84 están asignadas para pacientes agudos, 50 para hombres y 34 para mujeres, 247 designadas para pacientes crónicos 140 para mujeres y 107 para varones. Para la unidad de medicina interna existen 8 camas, pero éstas no son censables.

Se contaba con una lista de 51 hombres de la sala 5 sur, se eliminaron 2 por no contar con el dato de estancia hospitalaria.

En la sala 5 Norte, se tenían en lista 45 hombres, 2 fueron excluidos por encontrarse en la Unidad de Medicina Interna y 3 fallecieron antes de que se les aplicara la evaluación.

De la sala 1 se tenían en lista 64 mujeres, de los cuales una falleció, otra se encontraba de permiso terapéutico y otra

fue trasladada al Hospital General del Sur por complicaciones de enfermedad médica.

En la sala 4, de 60 pacientes registradas se evaluaron 57: una falleció, otra tenía permiso terapéutico y una tercera estaba en la Unidad Médica del Hospital.

Variables e Instrumentos de medición

La discapacidad y la dependencia se evaluaron con el Baremo de Valoración de la Dependencia

La construcción del Baremo partió del análisis de la ley del Real Decreto 39/2006 del 14 de diciembre en la nación española (Boletín Oficial del Estado, 2011) para evaluar la creación de un sistema de protección de las personas en situación de dependencia con las siguientes características:

1. Tiene entre sus referentes a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), aprobada por la OMS en el año 2001.
2. Establece los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona y de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria.

3. Crea categorías para medir la severidad de la dependencia.
4. Cuenta con un protocolo y técnicas a seguir para la valoración de las aptitudes observadas.

Determinación de la situación de dependencia

Se obtiene a partir de la puntuación final obtenida en el BVD de acuerdo con la siguiente escala:

0 - 24 puntos	Sin dependencia
25 - 39 puntos	Grado I, Nivel 1
40 - 49 puntos	Grado I, Nivel 2
50 - 64 puntos	Grado II, Nivel 1
65 - 74 puntos	Grado II, Nivel 2
75 - 89 puntos	Grado III, Nivel 1
90 - 100 puntos	Grado III, Nivel 2

Grado I: 25-49 puntos [Dependencia moderada]

Necesita de apoyo intermitente para su autonomía personal, al menos una vez al día.

Nivel 1: 25-39

Nivel 2: 40-49

Grado II: 50-74 puntos [Dependencia severa]

Necesita de apoyo extenso sin ser permanente para su autonomía personal, dos a tres veces al día.

Nivel 1: 50-64

Nivel 2: 64-74

Grado III: 75-100 puntos [Gran dependencia]

Necesita apoyo indispensable y continuo de otra persona para su autonomía personal.

Pérdida total de autonomía física, mental o sensorial.

Nivel 1: 75-89

Nivel 2: 89-100

Discapacidad

- Discapacidad muy grave: Supone la dependencia de otras personas para realizar actividades esenciales de la vida diaria.
- Ésta se demuestra a partir de que se alcance en el BVD el grado I correspondiente a Dependencia Moderada (> 25 puntos).

Variable	Definición operacional	Escala de medición
Dependencia	BVD (Baremo)	Ordinal
Discapacidad	BVD (Baremo)	Ordinal

Procedimiento

1. Iniciamos acudiendo a las salas de pacientes crónicos identificándonos ante personal médico y de enfermería responsables de cada sala, solicitando el permiso y su cooperación para la realización de nuestro estudio, describiendo el objetivo y la justificación del mismo.
2. Posteriormente se realizó una revisión del informe de la historia clínica antes de la entrevista con el usuario, para conocer las condiciones previas de cada paciente, poniendo especial atención en las fechas de los diagnósticos que originan deficiencias permanentes y su tratamiento indicado, por tanto sin posibilidad de mejora.
3. Después conversamos brevemente con el cuidador primario (personal de enfermería con experiencia en las

necesidades del paciente a entrevistar) preguntando acerca de las circunstancias, la frecuencia y la intensidad de los apoyos que se requieren para que el usuario realice cada una de las actividades contenidas en el BVD, preguntando detenidamente por la iniciativa, la comprensión de las actividades, la calidad de la ejecución física así como la realización coherente de actividades.

4. Se procedió a la entrevista del usuario, realizando preguntas directas acerca de la competencia para realizar cada una de las actividades contenidas en el BVD, siempre con una escucha reflexiva y llevando una conversación consultativa. Solicitando pruebas de valoración de actividades como vestirse, calzarse, peinarse, aseo dental, etc.

5. Enseguida realizamos un reconocimiento de la sala de crónicos correspondiente, evaluando en esta fase las capacidades de desplazamiento para la realización de actividades como vestirse, lavarse, higiene personal, mantenimiento de la salud valorando con cada paciente su marcha, equilibrio, movilidad de brazos y manos, problemas de visión, audición, comprensión y coherencia, memoria, orientación, afecto, capacidad para

involucrarse en la comunicación interpersonal y expresión verbal.

RESULTADOS

Se evaluaron 207 pacientes, el rango de edades de los hombres fue de 20 a 84 años y de las mujeres de 24 a 85 años. El rango de tiempo que los pacientes han estado hospitalizados fue de 1 hasta 47 años para los hombres y de 2 hasta 51 años para las mujeres.

En la tabla 1 se muestran las características demográficas de los pacientes por sexo. Se encontró una diferencia significativa ($p = 0.0021$) en el promedio de edades, siendo las mujeres aproximadamente 6 años mayores que los hombres, no hubo diferencia entre el tiempo de estancia intrahospitalaria.

Tabla 1. Características sociodemográficas por sexo					
Sexo	Hombres		Mujeres		
n (207)	43% (89)		57% (118)		
	M	DE	M	DE	p
Edad	47.63	15.38	53.55	12.8	0.0021
E. Hosp.	18.94	13.61	20.3	11.35	0.2167
Baremo	48.42	25.14	50.5	21.99	0.4834

M= Promedio; DE= Desviación Estándar

En la tabla 2 se muestra el desglose de características por pabellón y podemos observar que hubo diferencias significativas entre las edades ($p = 0.0052$), siendo más marcada entre los pabellones de hombres (con una diferencia de 4.64 años) que entre los de mujeres (1 año de diferencia), la Estancia Hospitalaria ($p = 0.007$) ya que los pacientes de la sala 5 Sur han permanecido hospitalizados prácticamente 10 años más que los de la sala Norte, en cambio entre las salas de mujeres solo hubo una diferencia de 2.82 años.

Pabellón	5 Sur		Sala 1		Sala 4		5 Norte		
n	49		61		57		40		
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	p
Edad	49.72	14.41	54.52	12.25	53.51	13.39	45.08	16.31	0.0052
E. Hosp.	23.09	13.45	21.66	10.03	18.84	12.54	13.86	12.12	0.007
Baremo	37.1	22.77	47.11	21.86	54.14	21.73	62.3	20.72	<0.0001

- M= Promedio; DE= Desviación Estándar

Los diagnósticos se muestran en la tabla 3, el más frecuente fue Retraso Mental en un 61% de los casos, encontrándose en 72 hombres y 60 mujeres; el grado moderado fue el más común. Seguido por Esquizofrenia (19%) en 10 hombres y 28 mujeres. El resto de los casos de psicosis (15%) son en su mayoría por otras causas como Traumatismo craneoencefálico, epilepsia o residuales secundarias al uso de sustancias y se encontró en

9 de los varones y 20 de las mujeres. Existen 9 pacientes con trastorno bipolar (2 hombres y 7 mujeres), que representaron el 5%.

EL diagnóstico médico más frecuente fue la epilepsia presente en 27 hombres y 29 mujeres. Pero nuevamente con diferencia entre ambos géneros, en los hombres el diagnóstico de epilepsia fue seguido del de anemia (n=10) y ésta a su vez por la insuficiencia venosa periférica (n=7). En cambio en las mujeres la epilepsia fue seguida de la Hipertensión arterial (n=14) y de la Diabetes Mellitus 2 (n=10).

Otros diagnósticos muy particulares encontrados en la población del hospital que pueden condicionar discapacidad fueron: úlceras, hipotrofia/ atrofia, amputación, dismetría o deformidad de extremidades; ceguera, enucleación de un ojo; sordomudez y discinesia tardía.

En las cédulas de evaluación se anotaron también otros problemas que si bien no figuraban como diagnósticos eran importantes en la funcionalidad de los pacientes como: dificultades en la comunicación, falta de iniciativa o negativa para realizar las tareas, fecalismo al aire libre, auto-agresividad y "miedo a salir".

Tabla 3. Diagnósticos

DIAGNÓSTICO	Hombres (n=72)	Mujeres (n=105)
Retraso Mental	60	60
Leve	4	4
Moderado	45	44
Grave	6	5
Profundo	5	7
Esquizofrenia	10	28
Demencia	1	0
Psicosis orgánica	8	20
T. Psicót. por sustancias	1	1
Epilepsia	27	29
Anemia	10	0
Hipertensión Arterial	4	14
Insuficiencia Venosa Periférica	7	1
Hipotiroidismo	5	5
DM2	1	10

El manejo farmacológico de los pacientes (tabla 4) fue en gran medida a base de antipsicóticos, durante el periodo que se realizaron las evaluaciones, el más prescrito en los hombres fue trifluoperazina (n=54) y hubo un empate entre risperidona y haloperidol en las mujeres.

Notamos que 53 pacientes (30 hombres y 23 mujeres) toman una combinación de 2 a 3 antipsicóticos.

De la población 186 se encontraban tomando algún neuromodulador (80 hombres y 106 mujeres), el más indicado

fue valproato (n=101), seguido por la carbamacepina (n=61), solo 2 pacientes ingerían carbonato de litio.

La clase de antidepresivos más prescritos son los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina en especial la sertralina (n=11), seguida de la paroxetina (n=10) en los varones y en las mujeres fue paroxetina (n=13) seguida del tricíclico imipramina (n=10). En total 71 pacientes (28 hombres y 41 mujeres) toman algún antidepresivo.

109 pacientes se encuentran bajo tratamiento con alguna benzodiacepina (49 hombres y 59 mujeres)

44 pacientes están en tratamiento con anticolinérgico (15 hombres y 29 mujeres)

Fue muy interesante encontrar que 12 pacientes (2 hombres y 10 mujeres) no toman ningún psicofármaco.

Otro de los hallazgos fue que hay pacientes que únicamente toman una clase de medicamento, como el caso de los anticomociales (n=19), Inhibidores de la Recaptura de serotonina (n=2) y benzodiacepinas (n=5).

- **Tabla 4.** Tratamiento

Antipsicótico	Hombres 43% (n=89)	Mujeres 57%(n=118)
Aripiprazol	0 (0)	0.8 (1)
Risperidona	13.4 (12)	23.7 (28)
Quetiapina	2.2 (2)	5.9 (7)
Olanzapina	11.2 (10)	7.6 (9)
Haloperidol	4.4 (4)	23.7 (28)
Perfenazina	5.6 (5)	0.0 (0)
Trifluoperazina	38.2 (34)	22.0 (26)
Levomepromazina	30.3 (27)	5.9 (7)
Zuclopentixol depot	6.7 (6)	2.5 (3)
Risperidona depot	1.1 (1)	0.0 (0)
Antidepresivo		
Imipramina	1.1 (1)	8.4 (10)
Amitriptilina	2.2 (2)	1.6 (2)
Paroxetina	11.2 (10)	11.0 (13)
Fluoxetina	4.4 (4)	5.9 (7)
Sertralina	12.3 (11)	7.6 (9)
Citalopram	0.0 (0)	0.8 (1)
Venlafaxina	0.0 (0)	0.8 (1)
Benzodiacepina		
Clonazepam	47.1 (42)	46.6 (55)
Diazepam	7.8 (7)	3.3 (4)
Anticolinérgico		
Biperideno	16.8 (15)	24.5 (29)

Se encontró aún mayor significancia estadística ($p < 0.0001$) entre los puntajes obtenidos en el baremo con una diferencia de 25.2 puntos entre la salas de hombres y solo de 7.03 puntos entre los pabellones de mujeres.

En la tabla 5 se muestra la comparación de los puntajes obtenidos por grupo de tareas de los hombres y mujeres sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 5. Comparación de los puntajes obtenidos por tarea por sexo

Tarea	Hombres		Mujeres		p
	M	DE	M	DE	
Comer y Beber	2.01	3.38	1.72	2.98	0.6347
Micción y Defecación	2.21	2.73	2.54	2.54	0.2883
Lavarse	3.53	3.09	3.98	2.85	0.3633
Cuidados corporales	1.17	0.76	1.44	0.69	0.0259
Vestirse	3.30	4.48	3.99	4.54	0.7285
Mantenimiento de la Salud	7.22	4.31	6.97	3.40	0.0718
Posición del Cuerpo	0.04	0.10	0.04	0.09	0.6901
Desplazarse dentro del hogar	2.38	4.01	2.37	4.36	0.5697
Desplazarse fuera del hogar	6.11	4.02	5.40	3.71	0.4293
Tareas domésticas	7.09	1.75	7.45	1.31	0.3980
Tomar decisiones	13.21	4.03	14.13	2.44	0.7810

- M= Promedio; DE= Desviación Estándar

Cuando se comparan las puntuaciones del Baremo entre pabellones (Tabla 6), la diferencia fue estadísticamente significativa en casi todas las actividades, excepto en mantener la posición del cuerpo.

Tabla 6. Comparación de los puntajes obtenidos por tarea por pabellón

Tarea	5 Sur		Sala 1		Sala 4		5 Norte		p
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
Comer y Beber	0.88	2.51	1.77	3.00	1.68	2.98	3.52	3.73	0.0003
Micción y Defecación	1.57	2.40	1.92	2.30	3.20	2.63	2.98	2.94	0.0026
Lavarse	2.02	2.78	3.33	2.85	4.68	2.71	5.39	2.36	<0.0001
Cuidados corporales	0.83	0.78	1.31	0.74	1.58	0.61	1.59	0.48	<0.0001
Vestirse	1.60	3.66	3.31	4.24	4.72	4.78	5.38	4.54	<0.0001
Mantenimiento de la Salud	5.38	4.40	6.31	3.58	7.67	3.07	9.48	2.91	<0.0001
Posición del Cuerpo	0.02	0.08	0.04	0.10	0.03	0.09	0.06	0.12	0.3499
Desplazarse dentro del hogar	1.26	3.63	2.52	4.22	2.95	4.53	3.76	4.08	<0.0001
Desplazarse fuera del hogar	4.66	3.33	5.11	3.70	5.71	3.73	7.89	4.12	<0.0001
Tareas domésticas	6.66	1.80	7.38	1.34	7.51	1.29	7.62	1.54	<0.0001
Tomar decisiones	12.24	4.68	13.97	2.55	14.29	2.31	14.39	2.66	0.0062

- M= Promedio; DE= Desviación Estándar

Las diferencias en cuanto al grado de dependencia por sexo se puede observar en la tabla 7 y entre pabellones se encuentra en la tabla 8.

En total el 14% (n=30) obtuvieron un puntaje ≤ 24 siendo clasificados Sin Dependencia, de estos 19% (n=17) eran hombres y 11% (n=13) mujeres. El 86% (n=177) restante tuvo algún Grado de Dependencia, de los cuales 81% eran hombres (n=72) y 89% mujeres (n=105). En el Grado I se situaron el 40.1% (n=83) de los pacientes, en el Grado II el 28.5% (n=59) y en el Grado III el 16.9% (n=35).

Tabla 7. Clasificación de la dependencia por sexo		
Clasificación de la Dependencia	Hombres % (n)	Mujeres % (n)
Sin Dependencia	19.1 (17)	11.0 (13)
Grado I Nivel 1	21.3 (19)	22.8 (27)
Grado I Nivel 2	12.3 (11)	22.0(26)
Grado II Nivel 1	20.2 (18)	15.2 (18)
Grado II Nivel 2	8.9 (8)	12.7 (15)
Grado III Nivel 1	11.2 (10)	11.0 (13)
Grado III Nivel 2	6.7 (6)	5.0 (6)

Como se puede apreciar, el tipo de dependencia más frecuente en ambos sexos fue el Grado 1 Nivel 1, representando en los hombres el 21.3% (n=19) y en las mujeres el 22.8% (n=27); predominando este tipo en la Salas 5 sur en un 35% (n=17) y Sala 1 en un 29% (n=18); a diferencia de la sala 5 norte donde el tipo de dependencia más frecuente fue el Grado II, Nivel 1 en un 35 % (n=14) y en la Sala 4 el Grado I Nivel 2 en un 24% (n=14).

Tabla 8. Clasificación de la Dependencia por pabellón

Clasificación de la Dependencia	5 Sur % (n)	5 Norte % (n)	Sala 1 % (n)	Sala 4 % (n)
Sin Dependencia	30.6 (15)	5.0 (2)	13.1 (8)	8.7 (5)
Grado I Nivel 1	34.6 (17)	5.0 (2)	29.5 (18)	15.7 (9)
Grado I Nivel 2	12.2 (6)	12.5 (5)	19.6 (12)	24.5 (14)
Grado II Nivel 1	8.1 (4)	35.0 (14)	14.7 (9)	15.7 (9)
Grado II Nivel 2	6.1 (3)	12.5 (5)	9.8 (6)	15.7 (9)
Grado III Nivel 1	2.0 (1)	22.5 (9)	8.2 (5)	14.0 (8)
Grado III Nivel 2	6.1 (3)	7.5 (3)	4.9 (3)	5.2 (3)

Como lo requiere el Baremo se debe hacer mención de que las instalaciones del hospital no son adecuadas para el uso de sillas de ruedas ya que no existen rampas suficientes y las que hay están demasiado inclinadas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio nos muestran que a pesar de que los pacientes tienen discapacidades, esto no los convierte en dependientes de terceras personas, de hecho 14% (n=30) de ellos resultaron Sin Dependencia, por lo que su vida en comunidad es factible.

Fue evidente que la división empírica que se había hecho de los pacientes por sala de acuerdo a su funcionalidad no estaba tan errada ya que justamente la sala 1 y 5 sur fueron las que tuvieron el mayor porcentaje de pacientes con el Grado I Nivel 2 de dependencia (en un 29% y 35% respectivamente). En cambio en la Sala 5 norte predominó el Grado II Nivel 1, seguido del Grado III Nivel 1 y en la Sala 4 el Grado I Nivel 2.

Los pacientes que tienen una Dependencia moderada (Grado I Nivel 1) que solamente necesitan apoyo intermitente para su autonomía serían susceptibles a un programa de rehabilitación

para su mejorar su funcionalidad, lo cual de hecho se inició 2 años previos capacitando a los pacientes de la sala 5 sur en su higiene (el cepillado dental, lavado de manos, bañarse), limpieza de la vivienda (barrer, tender camas) y que seguramente influenció las puntuaciones obtenidas en el baremo. Estas personas podrían ser atendidas en Centros Residenciales de día dirigidos a posibilitar su reintegración social.

Los pacientes que obtuvieron puntuaciones a partir de 50 en el Baremo y que por lo tanto se les Clasifica en una Dependencia Severa (Grado II), requieren mayor atención pero sobre todo de índole asistencial.

En la mayoría de la actividades las mujeres fueron menos funcionales que los hombres, excepto en comer y beber y el cuidado de la salud, en los cuales fue a la inversa; y en mantener la posición del cuerpo y desplazarse dentro del hogar donde se igualaron los porcentajes.

Otros factores que tal vez también tengan un peso en los resultados son: 1) mayor longevidad de las mujeres (en promedio 6 años) 2) Mayor estancia hospitalaria (2 años)

El que los problemas mentales sean la causa de que no puedan desempeñar las actividades hace que el tipo de apoyo más frecuentemente requerido sea de tipo especial, ya que se requiere de personal capacitado para manejar a este tipo de personas.

De acuerdo al Diario Oficial de la Federación 2015, el Día Paciente en Hospitalización en Unidades de Tercer Nivel tiene un costo de \$6,731, tomando esto en cuenta, el costo por año por paciente es de \$2,456,815, si esto lo multiplicamos por los 207 pacientes de nuestro estudio tenemos un total de \$508,560,705 que se invierte únicamente en usuarios crónicos (sin contar las camas censables de agudos), a esto tenemos que agregar que los pacientes han pasado desde 1 hasta 51 años hospitalizados.

Sin contar que entre ellos existen 12 personas que no están sometidas a ninguna clase de manejo farmacológico, por lo que queda en duda la necesidad de su estancia en un hospital.

En promedio los usuarios han pasado la tercera parte de sus vidas (19.5 años) en el hospital y sería necesario deshabituarlos a que muchas de sus actividades sean realizadas por el personal de la institución.

El diagnóstico de retraso mental no debería ser equivalente a ser recluido en una institución mental, ya que con un manejo conductual y en ocasiones farmacológico (sobre todo en comorbilidad con epilepsia) debería ser suficiente. Proyectos piloto han evidenciado que es posible aumentar en gran medida los resultados alcanzados en personas con graves discapacidades (Mansell J, Ericsson K, 1996), hasta situarlos por encima del nivel alcanzado en cualquier entorno institucional.

Llama la atención que personas con trastorno bipolar permanezcan hospitalizadas por tiempo indefinido, ya que con tratamiento pueden ser totalmente funcionales e independientes.

A pesar de que se encuentran hospitalizados y la adherencia terapéutica debería estar asegurada, 10 pacientes (7 hombres y 3 mujeres) tenían dentro de su esquema terapéutico antipsicóticos de depósito.

El que algunos pacientes únicamente estén tomando benzodiazepinas, anticonvulsivantes, ISRS o ningún fármaco

nos hace cuestionar la necesidad de su estancia en un hospital psiquiátrico.

Además en una revisión se encontró que las tasas de prevalencia del uso de medicamentos psicotrópicos específicamente antipsicóticos entre las personas con retraso mental son extremadamente altos (en un 12-49%) y su uso es cuestionable. (Singh et. al 2005).

Por último se sugiere la considerar dentro del proceso de valoración una serie de revisiones periódicas o reevaluaciones después de cierto tiempo, bien sea después de realizar adaptaciones técnicas o cambios en el contexto ambiental como es el caso de la reciente instauración de las villas del "Modelo Hidalgo" de rehabilitación psicosocial.

La desinstitucionalización representa un modo neoliberal de la emancipación de la personas con Trastornos Mentales Graves de instituciones psiquiátricas, y el apoyo a sus medios de vida en la comunidad (Shen G., Snowden L, 2014)

El objetivo de la atención comunitaria es permitir a las personas con discapacidades intelectuales utilizar la misma gama de alojamientos, medidas de convivencia y formas de vida

que el resto de la población, y que tengan una buena calidad de vida (Mansell J, Beadle-Brown J, 2011).

La transición desde las instituciones a los alojamientos comunitarios es una condición necesaria, pero no suficiente para el logro de mejores resultados en todos los residentes. Además de cambiar el alojamiento, es necesario cambiar la clase de apoyo prestado por terceros (Mansell J, Beadle-Brown J, 2011)

REFERENCIAS

Cohen H. *Salud Mental y Derechos Humanos: vigencia de los estándares internacionales*. OPS/OMS. Buenos Aires. P.p. 17-24. 2009.

Comité Español de Representantes de *Personas con Discapacidad*. *Atención a personas con graves discapacidades*. Área 1 del Plan de acción para las personas con discapacidad. CERMI, 2003- 2007.

Davison L, Strauss JS: Sense of self in recobre from severe mental illness, *Br J Med Psychol*, 1992.

Diario Oficial de la Federación. Costos Unitarios por Nivel de Atención médica para el ejercicio 2015.

Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia (2011) *Boletín Oficial del Estado*. Extraído de <https://www.boe.es/boe/dias/2011/02/18/pdfs/BOE-A-2011-3174.pdf>

González JC, Rodríguez A. *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica:*

programas básicos de intervención. Coordinación y Apoyo Técnico. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. 2006.

González Uzcátegui R, Levav I. *Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1991.

Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud mental de la Organización Mundial de la Salud 2011

Leff J, Trieman N, Gooch C. *Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS) Project 33: prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals.* Am J Psychiatry. 1996 Oct;153(10):1318-24.

Mansell J, Beadle-Brown J, *Desinstitucionalización y Vida en Comunidad.* Declaración del Grupo de Investigación sobre Política y Práctica Comparativas de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales IASSID, Ekaina, 2011.

Mansell J, Ericsson K, Deinstitutionalization and Community Living: Intellectual Disability Services in Britain, Scandinavia and the USA, Londres, Chapman and Hall 1996.

Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Fleiz-Bautista C, et al. *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental.* 2003;26(4):1-16.

Mental Health Foundation: Mental Illness: The Fundamental Facts. London Mental Health Foundation, 1993.

Murray CJ, Lopez AD. Global health statistics. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, (Global Burden of Disease and Injury Series, vol. II), 1996.

Murray CJL, Lopez AD. Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics* 2000; 9: 69-82.

Nevaréz A, Valencia E, et al. Costo-Efectividad de dos esquemas de atención hospitalaria psiquiátrica. *Rev Med Inst Seguro Soc*, 2013.

Organización Mundial de la Salud, Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020.

Organización Mundial de la Salud. *El contexto de la Salud Mental*. Editores Médicos, S.A. EDIMSA, 2003.

SCHALOCK, R. L. ET AL. Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), 2007.

Shen G, Snowden L. Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. *International Journal of Mental Health Systems*, 2014.

SINGH, A.N. ET AL. The use of risperidone among individuals with mental retardation: clinically supported or not? *Research in Developmental Disabilities* 2005; 26: 203-218.

Stein LI, Test MA: *Alternatives to Mental Health Treatment*. New York Plenum Press, 1978.

ANEXO A. BAREMO

	Grupos de edad			
	3-6	7-10	11-17	18 y más
Comer y beber	15,1	10,9	10,9	10,0
Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	0,35	0,25	0,25	0,25
Cortar o partir la comida en trozos	NA	0,20	0,20	0,20
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,30	0,30	0,30	0,30
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0,35	0,25	0,25	0,25
Higiene personal relacionada con la micción y defecación	10,6	7,6	7,6	7,0
Acudir a un lugar adecuado	0,31	0,20	0,20	0,20
Manipular la ropa	0,23	0,15	0,15	0,15
Adoptar o abandonar la postura adecuada	0,46	0,30	0,30	0,30
Limpiarse	NA	0,35	0,35	0,35
Lavarse	12,1	8,7	8,7	8,0
Abrir y cerrar grifos	0,43	0,15	0,15	0,15
Lavarse las manos	0,57	0,20	0,20	0,20
Acceder a la bañera, ducha o similar.	NA	0,15	0,15	0,15
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	0,25	0,25	0,25
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	0,25	0,25	0,25
Realizar otros cuidados corporales	NA	2,2	2,2	2,0
Peinarse	NA	0,35	0,30	0,30
Cortarse las uñas	NA	NA	0,15	0,15
Lavarse el pelo	NA	0,30	0,25	0,25
Lavarse los dientes	NA	0,35	0,30	0,30
Vestirse	17,5	12,6	12,6	11,6
Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado	0,15	0,15	0,15	0,15
Calzarse	0,10	0,10	0,10	0,10
Abrocharse botones o similar	0,15	0,15	0,15	0,15
Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo	0,30	0,30	0,30	0,30
Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo	0,30	0,30	0,30	0,30
Mantenimiento de la salud	NA	12,0	12,0	11,0
Solicitar asistencia terapéutica	NA	0,30	0,15	0,15
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	NA	0,20	0,10	0,10
Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio	NA	0,50	0,25	0,25
Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio	NA	NA	0,25	0,25
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	0,25	0,25
Cambiar y mantener la posición del cuerpo	3,0	2,2	2,2	2,0
Cambiar de tumbado a sentado en la cama	0,10	0,10	0,10	0,10
Permanecer sentado	0,15	0,15	0,15	0,15
Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	0,10	0,10	0,10	0,10
Permanecer de pie	0,15	0,15	0,15	0,15
Cambiar de estar de pie a sentado en una silla	0,10	0,10	0,10	0,10
Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado	0,10	0,10	0,10	0,10
Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado	0,10	0,10	0,10	0,10
Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado	0,20	0,20	0,20	0,20

	Grupos de edad			
	3-6	7-10	11-17	18 y más
Desplazarse dentro del hogar	18,3	13,2	13,2	12,1
Realizar desplazamientos para vestirse	0,25	0,25	0,25	0,25
Realizar desplazamientos para comer	0,15	0,15	0,15	0,15
Realizar desplazamientos para lavarse	0,10	0,10	0,10	0,10
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	0,25	0,25	0,25	0,25
Realizar desplazamientos entre estancias no comunes	0,10	0,10	0,10	0,10
Acceder a todas las estancias comunes del hogar	0,15	0,15	0,15	0,15
Desplazarse fuera del hogar	NA	14,0	14,0	12,9
Acceder al exterior	NA	0,29	0,25	0,25
Realizar desplazamientos alrededor del edificio	NA	0,29	0,25	0,25
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	NA	0,24	0,20	0,20
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	NA	0,18	0,15	0,15
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	NA	NA	0,10	0,10
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos	NA	NA	0,05	0,05
Realizar tareas domésticas	NA	NA	NA	8,0
Preparar comidas	NA	NA	NA	0,45
Hacer la compra	NA	NA	NA	0,25
Limpia y cuidar de la vivienda	NA	NA	NA	0,20
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	0,10
Sólo en los casos de personas con una condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales	Grupos de edad			
	3-6	7-10	11-17	18 y más
Tomar decisiones	23,4	16,6	16,6	15,4
Decidir sobre la alimentación cotidiana	0,40	0,21	0,20	0,20
Dirigir los hábitos de higiene personal	0,20	0,11	0,10	0,10
Planificar los desplazamientos fuera del hogar	NA	0,11	0,10	0,10
Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas	0,40	0,21	0,20	0,20
Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas	NA	0,10	0,10	0,10
Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano	NA	0,10	0,10	0,10
Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas	NA	0,16	0,15	0,15
Resolver el uso de servicios a disposición del público	NA	NA	0,05	0,05

COEFICIENTES DEL TIPO DE APOYO DE OTRA U OTRAS PERSONAS

SUPERVISIÓN	0.90
FÍSICA PARCIAL	0.90
SUSTITUCIÓN MÁXIMA	0.95
APOYO ESPECIAL	1.00

CLAVES DE VALORACIÓN

Nivel de desempeño (D)		Problema en dependencia (P)	
P1	Positivo	F	Físico
N1	Negativo, por dependencia	M	Mental
N2	Negativo, por otras causas	A	Ambos
NA	No aplicable		

Tipo de apoyo personal (TA)		Frecuencia de apoyo personal (FR)	
SP	Supervisión	0	Casi nunca
FP	Física parcial	1	Algunas veces
SM	Sustitución máxima	2	Bastantes veces
AE	Apoyo Especial	3	Mayoría de las veces
		4	Siempre