

Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo

Opinions of healthcare professionals on the definition of severe mental illness. A qualitative study

S. Conejo Cerón¹, P. Moreno Peral¹, J.M. Morales Asencio², A. Alot Montes³, J.M. García-Herrera³, M.J. González López³, C. Quemada González³, J. Requena Albarracín³, B. Moreno Küstner⁴

RESUMEN

Fundamento. Aunque a lo largo de los años se han propuesto diferentes definiciones de trastorno mental grave (TMG), aún existe una gran controversia a la hora de obtener una definición consensuada. El objetivo de este trabajo fue analizar la opinión de un grupo de profesionales de la red pública de servicios sanitarios sobre cuáles son los criterios que se deben tener en cuenta en la definición de TMG.

Método. Estudio cualitativo en el cual se llevaron a cabo 5 grupos focales con profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, médicos de familia, monitores y trabajadores sociales) relacionados con la atención a la salud mental del área de la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga (España). Se codificaron las transcripciones mediante un análisis de contenido llevado a cabo por tres investigadoras de forma independiente.

Resultados. Los profesionales entrevistados estuvieron de acuerdo en que debe tenerse en cuenta un cierto grado de disfuncionalidad para la definición de un TMG. Sin embargo, existía cierta discrepancia en función de la profesión en la inclusión de dimensiones como el diagnóstico, el soporte familiar y social, el uso de recursos sanitarios y la duración de la enfermedad como criterios necesarios y suficientes para la definición de TMG. En el discurso de los profesionales emergieron variables personales de los pacientes como la edad de comienzo de la enfermedad, la falta de *insight* y el nivel de formación, como relevantes para la definición del TMG.

Conclusión. Además de las dimensiones propuestas por la literatura, los profesionales de salud mental entrevistados consideran otros criterios a tener en cuenta en la definición del TMG. Los discursos difieren en función de la profesión y ámbito laboral al que pertenecen.

Palabras clave. Trastorno mental grave. Estudio cualitativo. Servicios de salud mental.

ABSTRACT

Background. Over the years, a number of definitions of severe mental illness (SMI) have been proposed and substantial controversy about the definition still remains. The aim of this study was to evaluate the views of a group of mental health professionals on the appropriate criteria for defining SMI.

Methodology. This was a qualitative study, based on five focus groups with mental health professionals (psychiatrists, psychologists, nurses, general practitioners, monitors and social workers) from Carlos Haya Hospital in Malaga, Spain. A content analysis was performed on the transcriptions by three independent researchers.

Results. The professionals agreed that a certain degree of dysfunctionality must be present for a definition of SMI. There was some disagreement between the different categories of professionals regarding the inclusion of dimensions such as diagnosis, family and social support, use of healthcare resources and duration of the illness as necessary and sufficient criteria for the definition of SMI. From the professionals' discourse, some personal patient variables such as age of onset of illness, lack of insight and level of education emerged as relevant for the definition of SMI.

Conclusions. Apart from the dimensions considered in the literature, the interviewed mental health professionals discussed other criteria that could be taken into account in the definition of SMI. Perceptions differ between categories of professional and work settings in which they operate.

Keywords. Severe mental illness. Qualitative research. Community health services.

An. Sist. Sanit. Navar. 2014; 37 (2): 223-233

1. Fundación IMABIS. Unidad de Investigación del Distrito de Atención Primaria de Málaga (redIAPP, grupo SAMSERAP).
2. Departamento de Enfermería. Universidad de Málaga.
3. Unidad de Salud Mental Comunitaria Centro, Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.
4. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Málaga (Grupo GAP; CTS-945).

Recepción: 23 de marzo de 2014

Aceptación provisional: 5 de mayo de 2014

Aceptación definitiva: 12 de junio de 2014

Correspondencia:

Berta Moreno Küstner
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
Facultad de Psicología
Campus Universitario Teatinos, s/n
29071 Málaga
email: bertamk@uma.es

INTRODUCCIÓN

El concepto de trastorno mental grave (TMG) surge, en el ámbito de la atención comunitaria en salud mental, para intentar trascender la limitada perspectiva del diagnóstico clínico como base para organizar la atención sanitaria. La literatura especializada en salud mental viene utilizando el término TMG para referirse principalmente a trastornos mentales de duración prolongada que conllevan la presencia de discapacidad y disfunción social como consecuencia de los síntomas de la enfermedad. Sin embargo, desde que comenzó a acuñarse este término, a finales de 1970, ha existido una gran variedad de definiciones que han versado principalmente en tres dimensiones: Diagnóstico, Discapacidad y Duración (DDD), siendo Goldman y col¹, los primeros que aplicaron estos términos. Posteriormente, el Instituto Nacional de Salud Mental americano (NIMH) presentó la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso². Dicha definición incluye las tres dimensiones anteriormente mencionadas: 1) Diagnóstico referido a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad; 2) Duración de la enfermedad y del tratamiento considerando un tiempo superior a los dos años; 3) Presencia de discapacidad referida a una afectación del funcionamiento laboral, social y familiar de moderada a severa. La revisión más importante llevada a cabo sobre este tema fue efectuada por Schinnar y col³ donde recogieron 17 definiciones de TMG que habían aparecido en la literatura entre 1972 y 1987. Estas definiciones se utilizaron tanto para formular los programas de atención en los servicios de salud mental como para estimar la prevalencia de este trastorno en la población. En un amplio estudio llevado a cabo en Inglaterra, Slade y col⁴ encontraron poca consistencia acerca de la definición del TMG en la práctica clínica. Estos autores incluyeron dos categorías más: la seguridad hacia sí mismo y los demás y, el apoyo social y familiar. Posteriormente, Ruggeri y col y Lora y col^{5,6}

han modificado los criterios operativos que estableció el NIMH, pero siempre en torno a las tres dimensiones, aunque variando lo que se incluye dentro de cada categoría. En conclusión, hasta el momento no se han establecido criterios sólidos y uniformes, ni existe acuerdo internacional que definan un TMG^{7,8}.

Independientemente de los criterios operativos utilizados, padecer un TMG supone un enorme deterioro personal, además de generar un alto nivel de sufrimiento entre las personas del entorno del paciente y una alteración importante de la dinámica familiar. Por otro lado, la atención a estos trastornos conlleva un importante coste económico para el sistema sanitario y social que se concreta en el uso frecuente de recursos sanitarios como ingresos hospitalarios, rehabilitación, derivaciones y un alto consumo farmacéutico⁸.

El Sistema Sanitario Público Andaluz, al igual que ocurre en otras comunidades autónomas de España, establece que los pacientes con TMG deben ser considerados prioritarios y se les ha de aplicar un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT). La idea subyacente en este enfoque es que los servicios prestados estén en función de las necesidades de la población, dedicando más recursos a la atención sanitaria de los pacientes más graves y necesitados. Para alcanzar este objetivo se ha elaborado el Proceso Asistencial Integrado del Trastorno mental grave de la Junta de Andalucía⁹, según el cual, los pacientes con TMG serían *“aquellas personas que presentan una sintomatología de características psicóticas y/o prepsicóticas que generan problemas de captación y comprensión de la realidad; distorsionan la relación con los otros y supone o puede suponer riesgo para su vida. Además, esta sintomatología debe tener repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales) y presentar una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa”*. Aunque estos criterios son apropiados y se ajustan bastante bien a los citados en la literatura

científica sobre el TMG, algunos de los aspectos mencionados del Proceso Asistencial Integrado del Trastorno mental grave no están definidos de forma operativa o consensuada, lo cual tiene repercusiones a la hora de estimar la prevalencia y de proponer tratamientos adecuados para este tipo de patología⁷.

En este estudio se pretende analizar la opinión de un grupo de profesionales de la red pública de Andalucía, sobre cuáles son los criterios que se deben incluir en la definición del TMG.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio cualitativo de tipo descriptivo exploratorio mediante grupos focales. Se utilizó esta técnica como forma de recoger información de varias personas al mismo tiempo^{10,11} y examinar no solo lo que la gente piensa, sino por qué lo piensan. Además, esta técnica permite generar un material adicional ya que las respuestas o intervenciones que surjan lo pueden hacer como respuesta a otros miembros del grupo¹².

El ámbito del estudio fue el área de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Esta unidad cubre un área geográficamente delimitada de Málaga con una población de 346.504 habitantes y cuenta con una red completa de dispositivos de salud mental compuesta por 2 Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC): Centro y Norte, 1 Unidad de Salud Mental en Hospital General (45 camas) (USMHG), 1 Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMIJ), 1 Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (USMR), 1 Comunidad Terapéutica (CT) y 1 Programa de Intervención Social en Personas con Exclusión Social (PISMES). En este área están situados 13 centros de atención primaria y alojamientos protegidos de la Fundación Andaluza para la Integración Social al Enfermo Mental (FAISEM). La atención a la salud mental se realiza con un modelo de colaboración entre los dispositivos de salud mental y atención primaria¹³.

PARTICIPANTES

Se realizaron cinco grupos focales, dos de ellos formados por profesionales de ambas USMC (Centro y Norte) y un médico de atención primaria, uno con profesionales de la USMHG, otro formado por profesionales de varios dispositivos como la URSM, CT y PISMES, ya que estas unidades cuentan con un menor número de profesionales que las USMC y, por último, un grupo formado por profesionales de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM). Aunque esta Fundación no depende de los servicios sanitarios públicos, atiende principalmente a personas con trastornos mentales graves, llevando a cabo funciones de rehabilitación laboral y cubriendo necesidades de alojamiento protegido.

La selección de los participantes se llevó a cabo entre los profesionales que en su práctica clínica diaria tienen contacto con pacientes con problemas de salud mental. Esta selección fue intencional y variada, con el objetivo de obtener el mayor número de perspectivas posibles¹⁴. Los criterios de segmentación utilizados para seleccionar a los participantes fueron los siguientes: sexo, tipo de profesional y años de experiencia (Tabla 1). El único criterio de exclusión que se tuvo en cuenta en el estudio fue tener menos de un año de experiencia profesional. El hecho de formar los grupos con profesionales de los diferentes dispositivos sanitarios y de FAISEM tenía la intención de tratar de captar los factores subyacentes comunes a cada sitio, pero también las diferencias organizacionales y referentes al tratamiento y cuidados que los pacientes reciben en cada dispositivo. También hemos considerado de utilidad contar con la opinión de un médico de atención primaria, ya que en esta área sanitaria existe mucha coordinación entre los dos niveles de atención (salud mental y atención primaria). Sin embargo, ya que la mayoría de estos pacientes están en tratamiento en salud mental no hemos considerado necesario invitar a más médicos de familia.

Tabla 1. Características de los profesionales que participan en el estudio

Dispositivos	Sexo (V/M)		Años de experiencia			Tipo de profesional						
	V	M	<5	5-15	>15	1	2	3	4	5	6	7
Unidad de Salud Mental Comunitaria Norte	4	5	2	3	4	3	3	2				1
Unidad de Salud Mental Comunitaria Centro	6	4	3	3	4	4	3	1	2			
Unidad de Salud Mental Hospital General	3	7	2	4	4	2			6	2		
URA*/CT**/PISMES***	2	4	2	2	2	2	2	1		1		
Alojamientos Protegidos de FAISEM****	4	6										10

* Unidad de Rehabilitación de Área

** Comunidad Terapéutica

*** Programa de Intervención Social en Personas con Exclusión Social

**** Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

(1) Enfermería (DUE y auxiliares); (2) Psiquiatras; (3) Psicólogos; (4) Residentes (PIR, MIR); (5) Trabajadores sociales (6) Médicos de familia. Este profesional participo en el grupo del dispositivo de la Unidad de Salud Mental Comunitaria Norte (7) Monitores de FAISEM

Procedimiento

Todos los grupos focales se llevaron a cabo entre los meses de enero y marzo del 2011. Tuvieron una duración aproximada de cincuenta minutos a una hora. Los moderadores de los grupos fueron formados previamente en habilidades de conducción de grupos de discusión. Previo consentimiento de los participantes, los grupos fueron grabados en audio y después fueron transcritos literalmente para su posterior análisis. En los grupos se usaron guiones temáticos diseñados para recabar, de forma no directiva, la máxima información posible. Estos guiones se es-

tructuraron en una pequeña introducción, una pregunta general, y tres preguntas más de apoyo, para no olvidar tocar determinados aspectos considerados esenciales para el estudio (Tabla 2). Estas preguntas se basan en aquellas definiciones que han adquirido mayor consenso en la literatura científica y que contemplan principalmente tres dimensiones (DDD): diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada^{2,3,8,15,16}. Por tanto, estas preguntas son unidades de sentido prefijadas por las personas que realizan la investigación cuyo destino es provocar el discurso de los participantes¹⁷.

Tabla 2. Guión temático de los grupos focales

Introducción temática
<p>Las dimensiones sobre las cuales se ha definido el TMG han creado una gran controversia a lo largo de los años. Estas dimensiones hacen referencia al tipo de diagnóstico o a la ausencia o presencia de un diagnóstico de entrada para definir el TMG, al nivel de funcionalidad y al criterio de duración de la enfermedad o tratamiento.</p> <p>a) Pregunta general: Según vuestra opinión, ¿qué elementos deberían ayudar a la definición de Trastorno Mental Grave?</p> <p>b) Preguntas más específicas: Según vuestra experiencia como profesionales clínicos: 1) ¿Qué opináis de la necesidad de incluir un diagnóstico de entrada para definir el TMG? 2) ¿Qué opináis sobre el nivel de funcionamiento que debe tener un paciente con TMG? 3) ¿Qué opináis sobre los criterios de duración de enfermedad/tratamiento que aparecen en la literatura?</p>

TMG: Trastorno Mental Grave

Para maximizar la familiaridad de los investigadores con las narraciones se realizó una primera lectura de los discursos con la intención de descubrir los temas emergentes mediante el examen de los datos desde múltiples perspectivas. A partir de los temas emergentes, se construyeron códigos de análisis. El proceso fue realizado de forma independiente por la investigadora principal y dos investigadoras, mediante el cual elaboraron un listado final de códigos que fue evaluado conjuntamente por las tres investigadoras, de cara a mejorar la credibilidad del análisis final. Después se codificaron todas las transcripciones y a continuación se revisó el material no codificado para identificar posibles fragmentos significativos del discurso que estuvieran sin codificar. Posteriormente, se llevó a cabo una reducción de datos mediante la búsqueda de relaciones entre los mismos. De este modo, se realizó el proceso esencial de análisis del contenido manifiesto de los discursos para obtener, mediante su interpretación, el contenido latente y a partir de él elaborar los resultados.

La reflexividad se analizó mediante la relativización de los datos, considerando la posible influencia de los investigadores en la emergencia de los mismos y de las expectativas de los informantes acerca de su discurso. La credibilidad se sustentó en el proceso de triangulación de códigos entre los investigadores, así como en la devolución de los resultados a los moderadores de los grupos para que retroalimentasen a los analistas con sus comentarios. Estas aportaciones fueron integradas en los resultados.

RESULTADOS

Un total de 45 profesionales participaron en los 5 grupos focales. Tres grupos estuvieron formados por 10 profesionales, uno por 9 y otro por 6. Las características de los profesionales que intervi-

nieron en los grupos focales se muestran en la tabla 1.

Definición de TMG

Los participantes opinaron sobre las tres dimensiones planteadas en los guiones temáticos y recogidas por la literatura: a) el diagnóstico: las opiniones oscilaron desde la importancia y/o necesidad de incluir un diagnóstico para poder definir un TMG, hasta otorgar escaso valor a este criterio; b) la funcionalidad: en general, los profesionales asignaron una gran relevancia al grado de autonomía e interferencia del trastorno en la vida diaria de los pacientes como criterio imprescindible para considerar un TMG; y c) duración de la enfermedad: para algunos de los participantes el tiempo de evolución de los pacientes no es un factor fundamental, mientras que para otros es necesario tenerlo en cuenta pero en relación también a otro tipo de criterios (Tabla 3).

Además de estas tres dimensiones, de forma espontánea, emergieron del discurso de los profesionales: d) uso de recursos sanitarios e ingresos hospitalarios: los participantes dieron respuestas polarizadas, encontrándose opiniones que otorgaban una gran importancia al mayor uso de recursos como criterio de gravedad y opiniones que defendían que a mayor uso de recursos, menor gravedad; sin embargo, en cuanto al número de ingresos hospitalarios, hubo acuerdo en considerarlos como una señal de gravedad; e) apoyo familiar y social: se observaron respuestas discrepantes al considerar una pobre red familiar y social como un criterio determinante para considerar si un paciente padece TMG; f) variables personales: los participantes percibieron la edad de comienzo de la enfermedad, el nivel de formación, los recursos económicos, las necesidades de atención y la conciencia de enfermedad como criterios útiles a tomar en consideración para catalogar a los pacientes de TMG (Tabla 3).

Tabla 3. Resumen de las principales opiniones sobre la definición de trastorno mental grave

Dimensiones	Posicionamiento	Ejemplo de opiniones
Diagnóstico	Importante	Grupo focal USMC. P27: <i>Hombre, yo creo que el diagnóstico sería importante. Saber qué diagnósticos son los que entran en el trastorno mental grave, es decir, acotar esos diagnósticos.</i>
	No necesario	Grupo focal FAISEM. P28: <i>Yo en un TMG no incluiría a una persona que tiene esquizofrenia si hace su vida normal.</i> Grupo focal URA/CT/PISMES. P29: <i>Yo creo que no es el diagnóstico en sí lo que marca.</i> Grupo focal USMC. P30: <i>Yo personalmente estoy en contra de los diagnósticos, aunque si es verdad después la mayoría de los TMG son pacientes psicóticos pero de entrada no descartaría a nadie porque te puedes encontrar con diagnósticos donde va a haber una prevalencia muy pequeña de TMG como por ejemplo la agorafobia.</i>
Disfuncionalidad	Importante	Grupo focal FAISEM. P31: <i>Sobre todo cómo está afectado... si está afectando a su rol como madre, a su rol laboral, la consecuencia que tiene en la vida de la persona.</i> Grupo focal FAISEM. P32: <i>Yo pienso que tiene mucho que ver con la falta de funcionalidad de la persona, la incapacidad que tengan para desarrollar su potencial.</i>
Duración de la enfermedad	Necesario pero no exclusivo	Grupo focal USMC. P33: <i>Yo creo que sí es importante pero no es exclusivo. Importante en el sentido, cuando tú tienes un paciente con el que estás interviniendo de forma continuada durante mucho tiempo, directamente es que tiene que estar incluido, no hay más discusión. Ahora, es verdad que tú no puedes estar dos años para incluir a alguien y eso yo no sé cómo se resuelve.</i> Grupo focal FAISEM. P34: <i>Se te puede quedar fuera gente que a lo mejor tiene esas necesidades aunque el tiempo de evolución no haya sido exactamente el mismo que el de otra persona; P18: En ese sentido el tiempo de evolución tampoco sería uno de los puntos principales.</i>
	Menos importante	Grupo focal URA/CT/PISMES. P35: <i>El tiempo de duración no lo tendría tanto en cuenta.</i> Grupo focal URA/CT/PISMES. P36: <i>De los tres aspectos que has mencionado, la funcionalidad, el diagnóstico y el tiempo, el criterio menos importante para mí es el tiempo.</i>
Uso de recursos sanitarios	Importante	Grupo focal USMHG. P37: <i>Sí que es verdad que el tema de reingreso y de consumo de diferentes recursos es lo que te habla de la gravedad, yo creo que el consumo de recursos es muy importante a la hora de definir la gravedad.</i>
	Menos importante	Grupo focal USMC. P38: <i>Yo tampoco veo bien que por ejemplo en el trastorno mental grave, cuando... se usan muchos recursos, ya no es un trastorno mental grave.</i> Grupo focal URA/CT/PISMES. P39: <i>Por el consumo de recursos, ahí discrepo yo... no es el que más consumo de recursos hace que sí que se considera como un punto de gravedad sino más bien al revés.</i>
	Ingresos hospitalarios	Grupo focal USMHG. P40: <i>Que tenga mucho número de ingresos en la unidad de agudos...</i> Grupo focal USMHG. P41: <i>Sí que es verdad que el tema de reingreso... es lo que te habla de la gravedad...</i>
	Criterio económico	Grupo focal USMHG. P42: <i>El término trastorno mental grave hace más referencia a un término economicista que realmente clínico.</i> Grupo focal USMHG. P43: <i>Tendríamos que tener en cuenta el gasto de los recursos que hace el paciente, ir sumando puntos para el trastorno mental grave.</i> Grupo focal USMHG. P44: <i>Sí hemos tenido muy en cuenta para considerar a los pacientes con trastorno mental grave no, si hacen un uso abusivo de todos los recursos. Abusivo, que estén haciendo un uso continuo de todos los recursos y a mí eso me parece que es un criterio más economicista que clínico.</i>
Apoyo familiar y social	Importante	Grupo focal FAISEM. P45: <i>Si una persona tiene un soporte familiar o no lo tiene, yo creo que eso también sería importante incluir. P46: Yo creo que es muy importante lo que ella está diciendo, el apoyo social que pueda tener.</i> Grupo focal URA/CT/PISMES. P47: <i>Una serie de características que definen bastante la gravedad y es que no tienen apoyo de los padres, de la familia... ni su familia los atiende.</i>
	Menos importante	Grupo focal USMC. P48: <i>Yo tampoco veo bien que por ejemplo en el trastorno mental grave, cuando tienen apoyo familiar o..., ya no es un trastorno mental grave. P49: Pues lo veo fatal. La familia ahí hecha pedazos y tú claro, como no puede tener un trastorno mental porque tiene apoyo familiar... pues mira, tener familia está muy bien.</i>

Dimensiones	Posicionamiento	Ejemplo de opiniones
Otras variables personales	Edad de comienzo enfermedad	<i>Grupo focal FAISEM. P50: El momento que aparece el determinado brote, determinadas circunstancias, la edad, o el momento de abordar esa circunstancia hace que llegue a ser un trastorno más grave o más severo que una persona que se haya cogido esa problemática en un momento adecuado, con unos mecanismos de funcionalidad idóneos.</i>
	Posicionamiento ante la enfermedad	<i>Grupo focal FAISEM. P51: La manera que la persona tenga de posicionarse ante lo que esta ocurriendo es un valor que de alguna manera tiene que tener cabida.</i>
	Conciencia de enfermedad	<i>Grupo focal FAISEM. P52: Un diagnóstico es el mismo para dos personas pero afecta distinto si la persona tiene conciencia de enfermedad o no la tiene... yo creo que eso también sería importante incluir.</i>
	Nivel de formación y recursos económicos	<i>Grupo focal URA/CT/PISMES. P53: Una serie de características que definen bastante la gravedad y es que... no tienen ningún tipo de formación, han fracasado en todos los trabajos, no tienen recursos económicos...</i>

URA: Unidad de Rehabilitación de Área

CT: Comunidad Terapéutica

PISMES: Programa de Intervención Social en Personas con Exclusión Social

FAISEM: Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

USMC: Unidad de Salud Mental Comunitaria

USMHG: Unidad de Salud Mental del Hospital General

Análisis comparativo de los profesionales

En general, desde el ámbito de la psiquiatría, los profesionales expresaron opiniones que otorgaron relevancia a la necesidad de contar con un diagnóstico e incluso considerar como condición básica tener un diagnóstico de psicosis para poder ser catalogado y a la vez tratado como TMG; [Grupo focal USMC. P1: *El diagnóstico sería fundamental*; Grupo focal URSM/CT/PISMES. P2: *La condición para entrar dentro de TMG tendría que seguir siendo tener un trastorno psicótico*]. En esta misma línea, los psiquiatras abordaron la necesidad de delimitar qué diagnósticos son los que pertenecen a la categoría de TMG y así poder priorizar los recursos disponibles; [Grupo focal USHG. P3: *Yo pienso que poner el límite diagnóstico también está bien porque podemos caer en la trampa de que estén gastando muchos recursos*]. Sin embargo, el resto de los profesionales restaron importancia al diagnóstico. No obstante, hay que tener en cuenta que los psiquiatras también valoraron la funcionalidad del paciente pero sin que prevaleciera sobre la sintomatología y el diagnóstico, es decir, que ambos

criterios (diagnóstico y funcionalidad) se tomaran en conjunto: [Grupo focal USMC. P4: *Yo creo que en esto de la funcionalidad, parece que están priorizando frente a la clínica y me parece un error, o sea, tienen que ir juntas de la mano*].

Los psicólogos y médicos de familia, a través de su discurso, otorgaron mayor importancia tanto a la funcionalidad: [Grupo focal USMC. P5: *El deterioro de la funcionalidad del sujeto*; P6: *Me parece que prima más, la funcionalidad sobre el tiempo... Yo creo que más que el tiempo de evolución es la funcionalidad*; P7: *Mantener la funcionalidad... La capacidad de funcionar*.]; como a la capacidad de los pacientes para relacionarse y el apoyo social y familiar que recibieran: [Grupo focal URSM/CT/PISMES. P8: *Yo lo veo más en la vida cotidiana. Que sea capaz de relacionarse con los demás y con las actividades básicas de uno, del autocuidado de uno*; P9: *Sobre todo la desubicación social y familiar, que hace que esa dependencia sea cada vez mayor, porque sus necesidades no están ni mínimamente satisfechas. Para nosotros eso es más importante que el tiempo de evolución o los síntomas psiquiátricos... para mí entonces, un criterio de gravedad es la dependencia pero siem-*

pre en la línea de las ayudas que puede o no recibir el paciente de fuera. Mucho más que los síntomas como tal, psicóticos, mucho más que el tiempo de evolución que lleve, y mucho más que los ingresos; Grupo focal USMC. P10: *El apoyo familiar que tenga y lo que le rodee*; P11: *Sí, lo incapacitante que sea la enfermedad. Depende para todo, para trabajar o para cuidarse o para relacionarse*].

El punto de vista de los monitores, se centró de manera más notable en el criterio de funcionalidad: [Grupo focal FAISEM. P12: *Lo importante es, sobre todo yo creo que es la pérdida de las capacidades que la persona tiene, que es lo que nos va a permitir a nosotros ver por dónde vamos a trabajar, nosotros nos dedicamos a trabajar capacidades que la persona ha perdido, habilidades que la persona ha perdido, habilidades de la vida diaria que la persona tenía y que el usuario debe volver a recuperar o establecer las estrategias*; P13: *Habría que concretar, lo que la persona no puede hacer en un ambiente normal, que le imposibilite vivir, que no pueda hacer en un momento dado... en eso es lo que tendríamos que ver nosotros, qué es lo que incide en el sujeto que no le permite desenvolverse*].

Los profesionales de enfermería mostraron una gran variedad de criterios a tener en cuenta. Por un lado la importancia del diagnóstico: [Grupo focal USHG. P14: *Sí que es importante la categoría diagnóstica*]; la funcionalidad de los pacientes: [Grupo focal USHG. P15: *La funcionalidad que todos hemos mencionado antes, sí [como factor fundamental]. Hombre, lo mínimo que se nos pide es que podamos funcionar en este mundo*]; el apoyo social: [Grupo focal USMC. P16: *Creo que el aspecto social [relaciones] tiene que estar primando más en todas estas discusiones*]; la capacidad cognitiva: [Grupo focal USMC. P17: *La capacidad cognitiva influye mucho*] y por último el uso de recursos: [Grupo focal USMC. P18: *Sí, que consuman gran parte de lo que se les ofrece*].

El trabajador social, enfatizó la importancia de las características de los cuidadores que tengan los pacientes y las repercusiones de este apoyo: [Grupo focal

URSM/CT/PISMES. P19: *Lo que me interesa es la cobertura de los cuidadores. La edad, si los cuidadores están en condiciones... las repercusiones que tenga en la persona*].

Análisis comparativo del grupo focal de FAISEM y los grupos focales

El discurso del grupo de FAISEM, en comparación con el discurso del resto de grupos, estuvo en su mayoría centrado en el grado de afectación en la vida diaria de los pacientes, es decir, su funcionalidad. Destacaron que aunque no había que obviar otro tipo de criterios, la pérdida de capacidades y habilidades para desenvolverse en el día a día era el aspecto más primordial: [Grupo focal FAISEM. P20: *Si tú tienes un diagnóstico determinado pero puedes seguir manteniendo una vida autónoma, puedes seguir con tu trabajo, incluirlo como un TMG, yo tengo mis dudas, ahora si eso le afecta a la vida de la persona tanto a nivel laboral como a nivel... incluso su rol en la familia a lo mejor no puede cumplir su rol como madre porque le dificulta, con lo cual hablaría también de la dificultad social, no solo del diagnóstico*]. Otra de las líneas principales que señaló el grupo de FAISEM, en relación a los demás grupos, fue el apoyo familiar y la conciencia de enfermedad: [Grupo focal FAISEM. P21: *Yo creo que un diagnóstico es el mismo para dos personas pero afecta distinto si la persona tiene conciencia de enfermedad o no la tiene, o si esa persona tiene un soporte familiar o no lo tiene, yo creo que eso también sería importante incluir*]. Sin embargo, los grupos focales de las USMC y USMHG, consideraron principalmente, el uso de recursos y el soporte social y familiar: [Grupo focal USHG. P22: *Algo que tendríamos que tener en cuenta sería el gasto de los recursos que hace el paciente*; Grupo focal USMC. P23: *El soporte familiar es más escaso, está agotado o no existe*]. Por último, el grupo de discusión de PISMES/URSM/CT, señaló como factores fundamentales (además de la funcionalidad), el diagnóstico de psicosis y el apoyo social y familiar: [Grupo focal URSM/CT/PISMES.

P24: *Yo consideraría la funcionalidad principalmente*; P25: *Que haya... una condición psicótica, una ruptura con la realidad*; P26: *Y el apoyo familiar*]. Se observó que este último grupo tuvo más similitudes con el grupo de FAISEM.

DISCUSIÓN

En este estudio, los profesionales del ámbito de la salud mental consideran las tres dimensiones propuestas por la literatura y también estiman oportuno incluir algunas categorías más para la definición de TMG. Además el discurso de los informantes varía en función de la profesión y el ámbito laboral en el que se encuentran.

Para conocer las opiniones de los profesionales respecto a la definición del TMG se han utilizado técnicas cualitativas. Esta metodología permite investigar objetivos relacionados con los aspectos de la salud y la enfermedad relativos a la planificación y gestión sanitaria¹⁷. En concreto, el uso de grupos focales nos permite explorar y generar más información que la que se obtendría por la mera interacción entre el entrevistador y el entrevistado¹². Esta investigación tiene el valor añadido de que se ha llevado a cabo por profesionales que se encuentran en contacto continuo y directo con pacientes con problemas mentales. Disponer de las opiniones y el punto de vista de profesionales clínicos nos aporta el conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario que difícilmente se puede generar a partir de otros profesionales. Otra de las fortalezas con la que cuenta este trabajo reside en la riqueza de la variabilidad de los participantes, relacionada explícitamente con los criterios de segmentación usados. Además, el uso de la triangulación entre las tres investigadoras, ha garantizado la credibilidad, consistencia, dependencia y reflexividad.

Los resultados del presente estudio deben considerarse teniendo en cuenta una serie de limitaciones. La principal limitación es que no se hizo un análisis para comprobar la saturación de la información. Sin embargo, existen estudios que apoyan que la saturación de la información se puede

conseguir con seis entrevistas¹⁸ y en este estudio, al utilizar grupos focales se ha manejado más información. Otra de las limitaciones a señalar se relaciona con la selección de participantes de los grupos focales. Aunque se pretendía que los integrantes de los grupos no se conocieran, este hecho resultó imposible ya que algunos participantes compartían ámbitos de trabajo relacionados. No obstante, consideramos que esta circunstancia no ha influido en las opiniones de los participantes.

En nuestro estudio se pretenden conocer las opiniones de los profesionales sobre los criterios más analizados en la literatura científica para definir un TMG como son diagnóstico, disfunción y duración de la enfermedad.

En concreto, respecto a considerar un diagnóstico determinado como necesario para la definición de TMG existen discrepancias entre los profesionales, lo cual coincide con la revisión realizada por Schinnar y col³ y Slade y col⁴. Este criterio se ha considerado como uno de los aspectos más controvertidos y el que ha sufrido una mayor evolución, ya que inicialmente se equiparaba TMG al padecimiento de problemas psicóticos, pero documentos más recientes como el de la AEN¹⁶, incluyen también el trastorno bipolar y los trastornos depresivos con síntomas psicóticos y en otras CCAA como Andalucía⁹ y Cataluña¹⁹ también incluyen trastornos de personalidad. Sin embargo, más recientemente, autores como Ruggeri y col⁵ y Lora y col⁶, al igual que algunos de los profesionales entrevistados, consideran que no toda psicosis es un TMG.

Entre los profesionales que han participado en este estudio, existe gran unanimidad en considerar la discapacidad funcional como una dimensión imprescindible para definir un TMG. Este criterio coincide con la mayoría de los estudios analizados²⁻⁶ que sugieren que se haga más énfasis en la disfunción que en el diagnóstico para considerar un TMG. La inclusión del criterio de discapacidad en la definición de TMG está justificada por la relevancia del funcionamiento premórbido y el ajuste social que indica el grado de autonomía e indepen-

dencia de la persona y de sus necesidades de supervisión y apoyo¹⁶. En un estudio cualitativo para valorar un programa social en personas con TMG se recomienda el desarrollo de instrumentos de medida y evaluación del grado de discapacidad asociada a TMG²⁰.

La duración del trastorno no ha sido considerada por los profesionales como un criterio necesario y suficiente para definir un TMG, lo cual coincide con la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad y Política Social⁸. También plantean que pueden existir pacientes que padecen una enfermedad con una corta evolución y están muy graves, mientras en otros casos, con larga evolución pueden ser autónomos. La duración también ha sido considerada como la dimensión más problemática en la revisión de Schinnar y col³ ya que no queda claro si hay que incluir la duración de la discapacidad o del tratamiento.

Han aparecido discrepancias entre los profesionales respecto a considerar el uso de recursos sanitarios como un criterio de gravedad, aunque sí es cierto que esta dimensión se utiliza en la mayoría de los trabajos consultados^{3,6,9}. Existe unanimidad entre los profesionales en que la inclusión del uso de servicios sanitarios en la definición actual incluida en el Proceso Asistencial Integrado del TMG en Andalucía⁹ está aplicando un criterio de disponibilidad de recursos en lugar de un punto de vista clínico para definir si una persona padece una enfermedad grave. La mayoría de los profesionales están de acuerdo en considerar los ingresos hospitalarios como un criterio de gran relevancia para la definición del TMG al igual que lo consideran otros autores^{3,4,6}.

El apoyo familiar y/o social como una dimensión importante para definir la gravedad de un trastorno mental ya aparecía en los 5 criterios incluidos por Slade y col⁴. Sin embargo, los resultados de nuestro estudio apuntan a una falta de acuerdo entre los profesionales y algunas opiniones han defendido que disponer de apoyo familiar no puede ser eximente de padecer un TMG.

En el discurso de los profesionales emergieron algunas variables personales, las cuales no han aparecido hasta ahora en la literatura revisada sobre los criterios para un TMG. Entre ellas hemos destacado la edad en la que comienza la enfermedad, la manera de posicionarse el paciente ante su enfermedad, la falta de *insight*, el nivel de formación, la situación laboral y la disponibilidad de recursos económicos con los que cuente el paciente. Todos estos aspectos informan sobre dimensiones muy relevantes a tener en cuenta para realizar una intervención adecuada con estas personas. Por ejemplo, podemos considerar que el comienzo de una enfermedad mental a una edad temprana puede ser un criterio de gravedad y por lo tanto se puede realizar una intervención precoz que permita prevenir futuras recaídas y un peor pronóstico.

En cuanto al análisis comparativo de los profesionales parece lógico que los psiquiatras tengan en consideración el diagnóstico, ya que en su práctica habitual se centran en el reconocimiento de síntomas para evaluar, diagnosticar y tratar enfermedades mentales. En cambio, los psicólogos y los médicos de familia realizan un abordaje más amplio del contexto de los pacientes por lo que es entendible que su discurso se centre más en la funcionalidad, la capacidad de relación de los pacientes y el apoyo social y familiar.

Un aspecto diferencial a destacar el grupo de discusión de FAISEM es el acuerdo en dar más relevancia al criterio de la funcionalidad que a los demás. Esto puede deberse a que su trabajo consiste precisamente en la integración social y laboral de los pacientes, y conocen las dificultades asociadas a una baja funcionalidad (desadaptación de la persona afectada), y las ventajas de una buena funcionalidad, a pesar de un diagnóstico.

En conclusión, conocer los puntos de vista de los profesionales que están en contacto directo con personas con trastornos mentales sobre lo que consideran un TMG, nos permite clarificar la definición de este concepto y a mejorar la atención sanitaria que recibe este colectivo de pacientes.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer la colaboración de los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Carlos Haya de Málaga y de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental que han cedido desinteresadamente parte de su tiempo para participar en los grupos focales. Al Distrito Sanitario Málaga, particularmente a Maximiliano Vilaseca y a Javier Navarro y a la Fundación IMABIS por su apoyo logístico.

BIBLIOGRAFÍA

1. GOLDMAN HH, GATTOZZI AA, TAUBE CC. Defining and counting the chronically mentally ill. *Hos Community Psychiatry* 1981; 32: 21-27.
2. National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.
3. SCHINNAR AP, ROTHBARD AB, KANTER R, JUNG YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1602-1608.
4. SLADE M, POWELL R, STRATHDEE G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 177-184.
5. RUGGERI M, LEESE M, THORNICROFT G, BISOFFI G, TANSSELLA M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 149-155.
6. LORA A, BEZZI R, ERLICHER A. Estimating the prevalence of severe mental illness in mental health services in Lombardy (Italy). *Community Ment Health J* 2007; 43: 341-357.
7. GIBBERT C (COORD.). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Colección Estudios; 2003.
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05, 2009.
9. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado del Trastorno Mental Grave. Sevilla, 2008.
10. KRITZINGER J. Qualitative research: introducing focus group. *BMJ* 1995; 311: 299-302.
11. BARBOUR RS. Making sense of focus groups. *Med Educ* 2005; 39: 742-750.
12. VALLES M. El reto de la calidad en la investigación social cualitativa: de la retórica a los planteamientos de fondo y las propuestas técnicas. *Rev Esp Invest Sociol* 2005; 110: 91-114.
13. MORENO KÜSTNER B, MAYORAL F, RIVAS F, ANGONA P, REQUENA J, GARCÍA-HERRERA JM et al. Factors associated with use of community mental health services by schizophrenia patients, using multilevel analysis. *BMC Health service* 2001; 11: 257.
14. MEADOWS LM, MORSE JM. Constructing evidence within the qualitative Project. En: Morse JM, Swanson JM, Kuzel AJ (Eds.). *The Nature of Qualitative Evidence*. Thousand Oaks: Sage; 2001.
15. PARABIAGHI A, BONETTO C, RUGGERI M, LASALVIA A, LEESE M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 457-63.
16. GIBBERT C (ed.). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Cuadernos Técnicos, 6; 2002.
17. PÉREZ ANDRÉS C. Sobre la metodología cualitativa. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 373-380.
18. GUEST G, BUNCE A, JOHNSON L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods* 2006; 18: 59-82.
19. BALSERA GÓMEZ J, RODRÍGUEZ MEDINA C, CABA CALVET R, VEGA PRADA R, RUIZ UREÑA H, BERRUERO ORTIZ L et al. La implantación y evaluación del modelo de gestión de casos (case management) en Cataluña: El programa PSI-TMS. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30: 350-357.
20. BRUGOS A, ARBELOA B, ASTRAIN MV, LÓPEZ S, OTERO M, MONREAL C et al. Valoración del programa social de atención personas con trastorno mental grave: un estudio Delphi. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30: 101-112.

