



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

INFORME
SOBRE LA UNITAT DE CRISI
DE LA FUNDACIÓ ALBA
PERÍODE: NOVENBRE 2005-JUNY 2007

Les persones amb dependència a les drogues poden presentar situacions greus que a cops no tenen una base exclusivament mèdica per justificar un ingrés hospitalari o una derivació a urgències sanitàries, ni una base exclusivament psicològica o psiquiàtrica que sigui tributària de serveis especialitzats de psiquiatria, ni tampoc exclusivament social perquè puguin ésser atesos per serveis com albergs, menjadors, etc. A vegades aquestes situacions greus són una amalgama de diferents factors que, si bé com s'ha esmentat no els fa tributaris d'un ingrés a cap dels serveis esmentats, sí es té la percepció per part dels professionals de drogodependències que cal un ingrés immediat que suposi una contenció temporal de la situació. Aquest temps de contenció juntament amb la realització d'un bon diagnòstic mèdic i psicosocial ha de facilitar el disseny d'un pla d'atenció, sovint multidisciplinari, adreçat principalment a resoldre la situació crítica i, de manera secundàriament, atendre la drogodependència i els problemes diversos associats.

Aquestes condicions, que denominem situacions de crisi, generaven un buit assistencial que la Subdirecció General de Drogodependències conjuntament amb l'Associació Alba han intentat resoldre creant la Unitat de Crisi de la Fundació Alba a Terrassa.

La unitat de crisi pretén oferir una atenció immediata però de durada limitada (entorn dels 7 dies) ja que els objectius principals són oferir una contenció ràpida de la situació de crisi i definir les actuacions necessàries per tractar o pal·liar els factors que han generat la crisi, i no tant els elements subjacents com podrien ser pròpiament l'addicció, o els trastorns crònics físics o mentals que l'acompanyen.

Atès que es tracta d'un centre nou i únic en tot l'Estat, es va considerar necessari estudiar-ne l'encaix dins el nostre sistema de salut, a més d'analitzar les variables i factors més rellevants que caracteritzen el desenvolupament de la seva activitat des d'un punt de vista descriptiu.

Per aquest motiu s'ha encarregat al Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron l'execució d'una avaluació de la Unitat que ens permetés valorar amb més profunditat la idoneïtat del servei i guiar-ne el desenvolupament futur.

Joan Colom

Subdirecció General de Drogodependències

Maruja Rambla

Fundació Alba

PRESENTACIÓ1

INTRODUCCIÓ4

OBJECTIUS5

PROCEDIMENT6

RESULTATS7

 VOLUM D'INGRESSOS7

 SOBRE EL PRIMER INGRÉS7

 SEXE I EDAT7

 ALTRES VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES8

 TEMPS D'ESPERA FINS A L'INGRÉS9

 DIES D'INGRÉS10

 SITUACIONS DE CRISI10

 PERFIL MÈDIC ACTUAL12

 EXPLORACIÓ MÈDICA DURANT L'INGRÉS12

 DIAGNÒSTICS DELS TRASTORNS PER DEPENDÈNCIA
 DE SUBSTÀNCIES12

 ANTECEDENTS DELS TRASTORNS PER DEPENDÈNCIA
 DE SUBSTÀNCIES13

 PERFIL PSIQUIÀTRIC ACTUAL PRINCIPAL13

 SIMPTOMATOLOGIA ANSIOSA I DEPRESSIVA DURANT
 L'INGRÉS13

 SÍMPTOMES PSICOPATOLÒGICS DURANT L'INGRÉS ...16

 SUPORT PSICOSOCIAL18

 SATISFACCIÓ DE L'ASSISTÈNCIA REBUDA I ESTAT
 DE SALUT PERCEBUT19

 CONDICIONS DE L'ALTA21

CONCLUSIONS-DISCUSSIÓ23

Autor:
Sergi Valero i Ventura.
Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Col·laboradors Associació ALBA :
Maruja Rambla Amat
Mar Casals Ibañez
Joan Puges Hernandez
Jesús Lopez Vivo
Iciar Puig Echevarría

D.L.B. 25.370-08

INTRODUCCIÓ

INTRODUCCIÓ

Com a conseqüència de la sol·licitud feta des de la Subdirecció General de Drogodependències i de l'Associació Alba s'ha portat a terme un estudi sobre el Centre de Crisi, del qual disposeu en aquest moments de l'informe. Amb aquest estudi es vol donar a conèixer, des d'una perspectiva quantitativa, alguns dels resultats de l'activitat de la Unitat segons protocol d'avaluació posat en marxa el mes de novembre de l'any 2005. El present informe cobreix un període de seguiment de més de un any i mig, comprnent l'activitat de la Unitat entre els mesos de novembre de l'any 2005 i juny del 2007.

La informació reportada recull aspectes diversos relatius a l'activitat clínica i administrativa de la Unitat de Crisi. La informació recollida en aquest informe, certament, no suposa totes i cadascuna de les accions que la Unitat satisfà, però sí comprèn la gran majoria d'elles, especialment aquelles que s'han considerat més rellevants i representaves d'entre les variables registrades i que, alhora, són susceptibles d'avaluar-se des d'una perspectiva quantitativa.

Les variables exposades en l'informe són obtingudes d'un protocol d'avaluació creat, treballat i satisfet en treball d'equip i de forma multidisciplinar, amb la voluntat de proporcionar un resum prou fidel de la feina que es porta a terme i permetent, alhora, la descripció del perfil d'un recurs terapèutic únic en el nostre entorn i que esdevé el protagonista d'aquest informe.

El procés d'avaluació encetat l'any 2005 no finalitza aquí. La voluntat de continuar avaluant la tasca assistencial de la Unitat per part dels professionals que en formen part ha passat a ser un element més de les activitats del dia a dia, ha esdevingut un element de qualitat que s'ha assumit com a necessari en un sistema que vol millorar i optimitzar-se.

Sergi Valero

OBJECTIUS

OBJECTIUS

- Elaborar un protocol d'avaluació estructurat i sistemàtic que reculli informació clínica diversa sobre els pacients ingressats a la unitat des d'un punt de vista multidimensional (variables sociodemogràfiques, mèdiques, psicopatològiques, administratives i de satisfacció).

- Reportar la informació derivada del protocol d'avaluació anteriorment esmentat, dins el període comprès entre novembre de l'any 2005, moment de la instauració del protocol, i juny de 2007.

PROCEDIMENT

PROCEDIMENT

Les variables exposades més endavant han estat convingudes i depurades pels professionals que desenvolupen la seva tasca a la Unitat i sempre en el context d'una reunió de treball amb d'altres professionals. Els àmbits d'exploració són diversos, des del més sociodemogràfic al mèdic, passant pel psicopatològic o assistencial o social. Es tracta d'un enfocament multidimensional que ha de permetre disposar d'una imatge adequada de l'activitat assistencial de la Unitat.

El protocol d'avaluació és satisfet al llarg de tot el període d'ingrés. Algunes variables es recullen de forma transversal, d'altres són avaluades de forma longitudinal, cosa que permet una descripció al llarg del temps de variables que poden ser considerades de rellevància clínica o sensibles a una intervenció terapèutica, encara que desenvolupada només en uns pocs dies d'ingrés. No obstant això, no totes les intervencions portades a terme han de tenir ressò durant l'ingrés. Algunes tenen a veure amb les gestions de recursos portades a terme des de la Unitat, i durant l'ingrés, però que no tenen un efecte immediat i mesurable in situ, especialment quan es té en consideració, de nou, que la majoria d'ingressos es porten a terme només en un període de temps de set dies, període que no permet detectar la presència de cap efecte que no sigui immediat. És per aquesta raó que es dedica també un espai en l'informe a l'exposició d'algunes d'aquestes intervencions.

El cronograma de l'avaluació, és a dir, el moment en què cada variable havia de ser recollida, tot i que també ha estat delimitat i convingut a priori, ha de presentar moltes vegades certa variabilitat en el moment en què aquestes variables són recollides. Les circumstàncies relatives a la disponibilitat de professionals (no tots els professionals són presents a la Unitat tots els dies de la setmana, per exemple) condicionen en gran mesura quan és possible portar a terme amb exactitud una avaluació. Alhora, no tots els ingressos tenen la mateixa durada ni tots els pacients tenen la mateixa predisposició a satisfer un protocol d'avaluació. No obstant això, la gran quantitat d'informació recollida i de la majoria de pacients, testimonia que l'esforç per assolir un nivell adequat de d'estructuració i sistematització en l'avaluació ha estat elevat.

Totes les variables, un cop recollides, són introduïdes en una matriu Excel per una o més persones de l'equip. Un d'aquests professionals s'encarrega específicament de controlar el procés d'introducció de les dades, i garanteix que la informació recollida té la qualitat necessària i que les dades que hi manquen ho són, essencialment, perquè simplement no ha estat possible recollir-les.

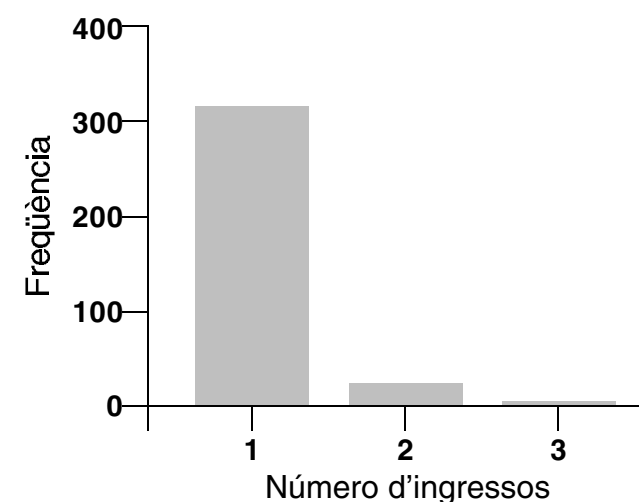
Amb regularitat, aquesta matriu en format Excel és enviada a un membre del grup de treball, del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, que s'encarrega de processar les dades mitjançant el paquet estadístic SPSS v14 i elaborar-les des d'un punt de vista informatiu, cosa que ha derivat en aquest informe, que pren el mes de juny del 2007 com a moment de tall final.

RESULTATS

RESULTATS

VOLUM D'INGRESSOS

Fins al mes de juny de 2007 estan recollits un total de 433 registres, els quals es constitueixen en 400 ingressos únics (92,4%) i 30 reingressos (6,9%) dels quals dos casos presenten 3 ingressos (el 0,7% del total), tal com es representa a continuació:



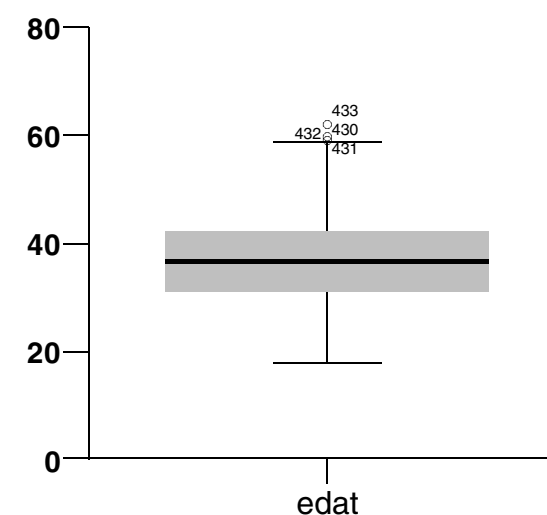
SOBRE EL PRIMER INGRÉS

Totes les anàlisis que es presenten en aquest informe fan referència a les dades relatives a les persones que han presentat un sol ingrés. Parlem, doncs, de la informació recollida de les persones que han presentat un ingrés únic o bé que se situen en el seu primer ingrés (n=400) en cas de presentar-ne més d'un. Tot i que en el moment de la realització de l'informe els reingressos constitueixen una petita part de l'activitat de la Unitat, en el futur serà interessant l'anàlisi d'aquesta submostra de pacients.

SEXE I EDAT

Els homes constitueixen el 75,8% dels ingressos, les dones el restant 24,3%.

La mitjana d'edat dels pacients que ingressen a la Unitat és de 36,90 (DE=8,1) anys. Homes i dones són comparables en aquest sentit. La distribució d'aquesta variable apareix en el gràfic següent:



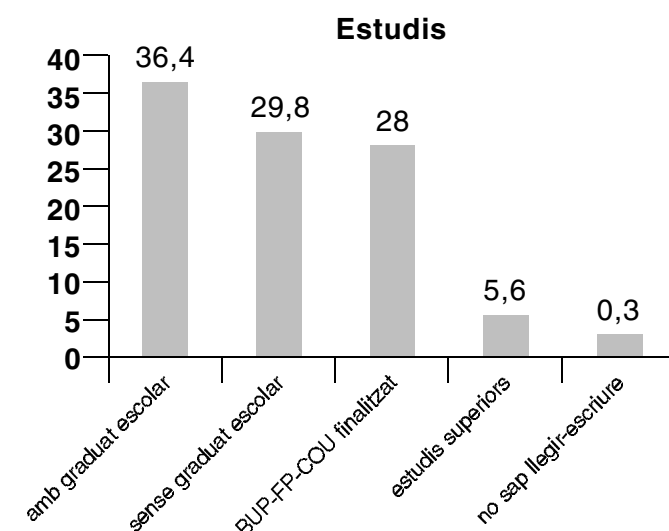
RESULTATS

ALTRES VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES

El 81% de les persones ingressades són nascudes a Espanya, el 4% en un altre estat comunitari. El 15% restant són nascudes en un estat no comunitari.

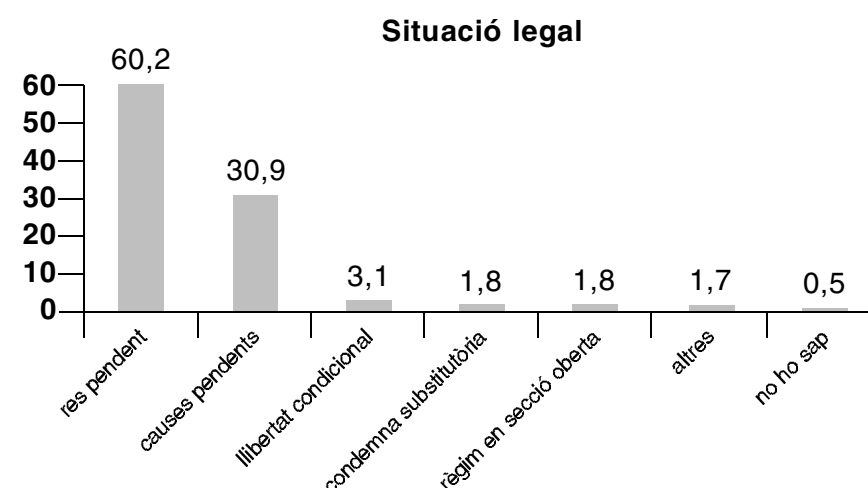
El 46,1% són solteres, el 19,2% estan casades, el 33,2% separades o divorciades i en l'1,5% és vidu.

Respecte al nivell d'estudis només una persona no sap llegir (0,3%). El 29,8% no disposa de graduat escolar, mentre que el 36,4% sí que en disposa. El 28% té estudis de nivell BUP-FP-COU i el 5,6% restant disposa d'estudis superiors.



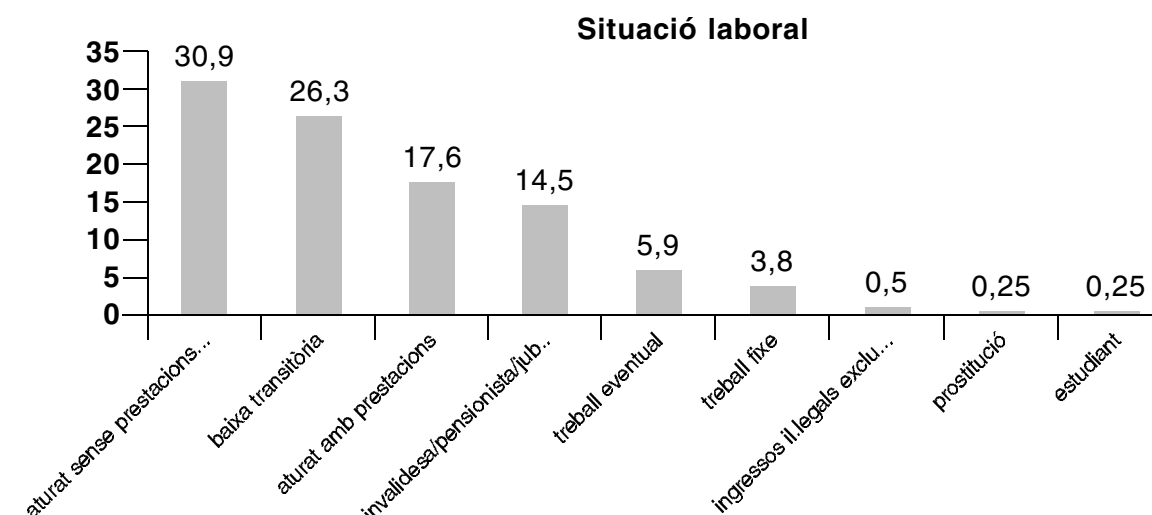
El 44,8% de la mostra no té fills. El 29,9% en té 1 i el 16,7%, dos. El 8,6% restant té tres fills o més.

Més de la meitat de la mostra no té causes legals pendents (60,2%), mentre que un 30,9% sí que en té. El 3,1% està en situació de llibertat condicional. L'1,8% en situació de condemna substitutòria. L'1,8% està en règim de secció oberta, i en el 0,5% dels casos el pacient afirma desconèixer la seva situació legal.



RESULTATS

El 30,9% dels pacients estan a l'atur sense cap prestació econòmica assignada o bé es dedica exclusivament a tasques domèstiques. El 17,6% està aturat, però rep alguna prestació econòmica. En el 26,3% dels casos el pacient es troba en una situació de baixa transitòria. El 5,9% té una feina eventual, mentre que el 3,8% la té fixa. El 14,5% disposa de certificat d'invalidesa, és pensionista o jubilat. Dos casos (0,5%) afirmen obtenir, de forma exclusiva, ingressos econòmics d'origen il·legal. Una persona es dedica a la prostitució, i també una persona no treballa i es dedica a estudiar.

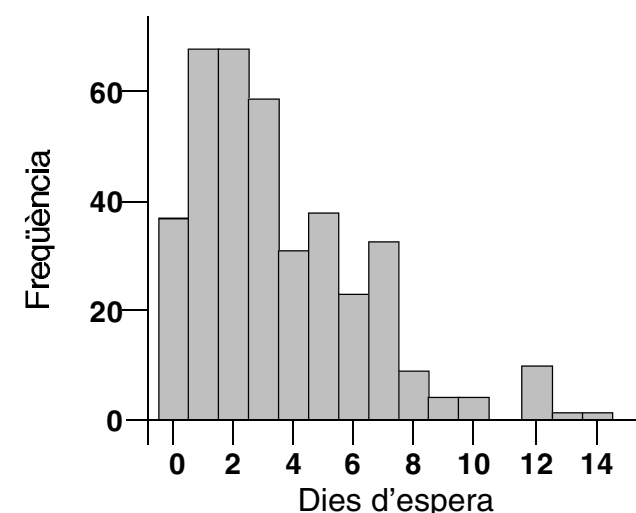


Respecte al darrer mes, el 28,4% de la mostra afirma no haver rebut cap ingrés econòmic. En el cas dels que sí que han rebut algun ingrés, la mediana d'ingrés en el darrer mes se situa en els 600 € (mínim = 64, màxim = 5500).

El 8,6% dels pacients afirma haver tingut algun ingrés econòmic de tipus il·legal. La quantitat mediana d'aquest ingrés se situa en els 400 € (mínim = 40, màxim = 8000).

TEMPS D'ESPERA FINS INGRÉS

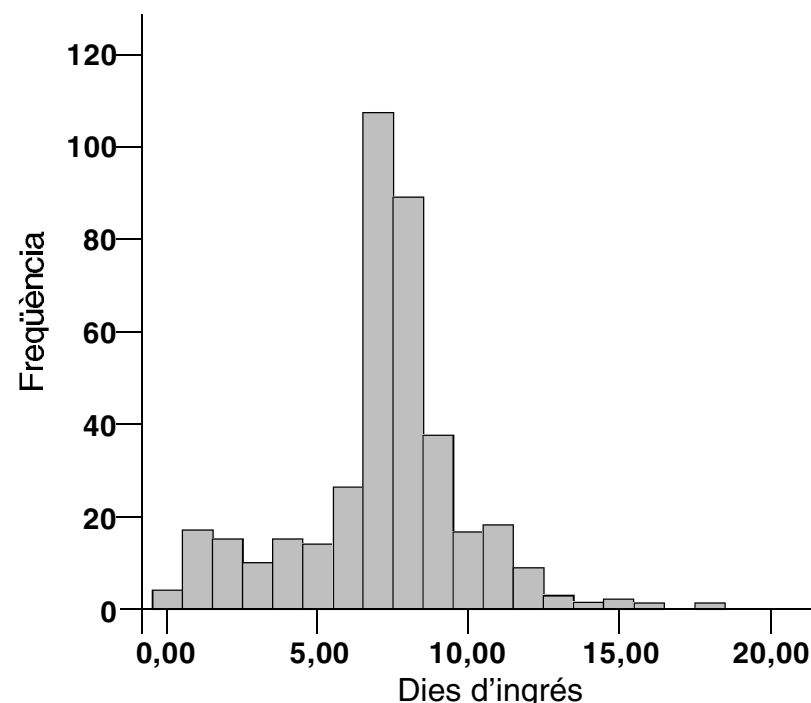
El temps d'espera mitjà des que la Unitat és informada sobre la necessitat d'un ingrés fins que aquest ingrés és satisfet se situa en els 3,52 dies (DE = 2,82) (mínim = 0, màxim = 14). El 93% dels casos són persones ingressades en el termini màxim d'una setmana. La distribució dels dies d'espera es pot observar en l'histograma següent:



RESULTATS

DIES D'INGRÉS

La mitjana de dies d'ingrés és 7,23 dies (mediana = 7, DE =3,13). El 27,6% dels casos està ingressat durant, exactament, set dies. El 26% ho fa durant un màxim de sis dies, i el restant 46,3% roman més d'una setmana ingressat, però només en l'1,5% dels casos ha estat necessari perllongar l'ingrés més enllà de les dues setmanes. La distribució dels dies d'ingrés és la següent:



Si no es tenen en consideració les persones que han presentat una alta no programada (les persones expulsades i les que han presentat un alta voluntària), els dies d'ingrés mitjà se situen en els 8,02 (DE=2,60) dies¹.

SITUACIONS DE CRISI

S'ha portat a terme una exploració de 19 situacions de crisi que justifiquen l'ingrés, convingudes per l'equip de la Unitat, segons l'experiència de la Unitat fins al moment de l'elaboració del protocol d'avaluació. Les situacions considerades, així com la seva distribució, són les que s'exposen a continuació:

- Presència d'una síndrome d'abstinència en el 35,6% dels casos
- El 67,9% ha presentat un augment del consum que pot considerar-se de risc
- En el 14,1% l'ingrés s'associa a una sobredosi
- Hàbits de risc associats al consum en el 51,5%
- Una intoxicació és present en el 49% dels casos
- Presència del VIH en el 13,1%
- Altres MTS (5,6%)
- En el 14,9% hi ha una causa mèdica que exigeix suport
- Descompensació psiquiàtrica en el 20,2% dels subjectes
- Risc de suïcidi (52,8%)
- Trastorn per consum (49,5%)
- Psicosis tòxica (13,4%)
- Trastorn del control dels impulsos (29,9%)
- No disposar de "papers" (6,3%)
- No disposar de sostre (23%)
- No tenir ingressos econòmics (26,5%)
- Problemes d'higiene (22,2%)

1. La presència d'altres no programades i les variables que s'hi associen és motiu d'anàlisi específic més endavant.

RESULTATS

- Problemes d'alimentació (59,6%)
- Deteriorament social: prostitució, activitats il·legals, aïllament... (51,6%)

Amb l'objectiu de disposar d'una descripció més sintètica de les situacions de crisi que caracteritzen els pacients ingressats, s'ha portat a terme un Anàlisi en Components Principals. Aquesta estratègia estadística d'anàlisi ha de permetre determinar com tendeixen a agrupar-se les situacions de crisi, és a dir, quines situacions tendeixen a aparèixer simultàniament en un mateix cas. El resultat és un conjunt de factors o dimensions dins els quals es destaquen unes situacions de crisis en particular².

Segons la nostra anàlisi, són cinc els factors que de forma més òptima sintetitzen el total de situacions de crisi. La variància explicada per a aquests cinc factors és del 47,4%.

En un primer factor saturen amb més pes les situacions: no tenir sostre, no disposar d'ingressos econòmics, deteriorament social, presentar problemes d'higiene, no disposar de papers i, amb menys rellevància, un problema d'alimentació i presentar problemes mèdics que requereixen control. Aquest factor explica l'11,1% de la variància total.

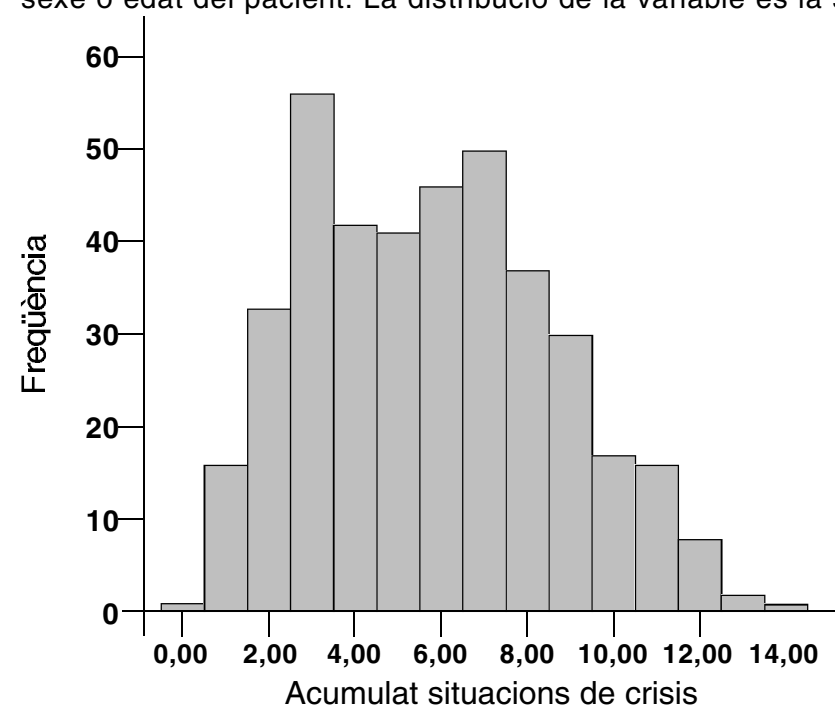
En el segon factor pesen de forma destacada les situacions: presència d'una intoxicació, síndrome d'abstinència i un trastorn per consum i un problema dels controls dels impulsos. Aquest factor explica el 10,7% de la variància.

El tercer factor el constitueixen, primordialment, les situacions: hàbits de risc en el consum, augment de risc del consum, problemes d'alimentació³ i risc de suïcidi. Aquest factor explica el 9,9% de la variància.

El quart factor el formen, de forma preeminent les variables: VIH, una MTS i una sobredosi. Aquest factor aporta el 8,1% de la variància total.

El cinquè i darrer factor és el que està constituït, bàsicament, per dues situacions de crisi: descompensació psiquiàtrica i psicosis tòxica. Aquest factor col·labora en el 7,6% de la variància total.

De les 19 situacions explorades, de mitjana, un subjecte acumula un total de 5,94 situacions (DE=2,92). Aquesta quantitat de situacions acumulades és independent del sexe o edat del pacient. La distribució de la variable és la següent:



2. Tots els ítems tenen sempre un determinat pes dins cada factor (puntuacions factorials). No obstant això, només es considera que un ítem és rellevant en un factor si la seva puntuació factorial en aquell factor és relativament elevada en comparació de les puntuacions factorials presentades per aquell mateix ítem en els altres factors.

3. El problema d'alimentació, encara que amb menys pes, satura també en el primer factor.

RESULTATS**PERFIL MÈDIC ACTUAL PRINCIPAL**

El problema mèdic actual que és considerat com a principal en el moment de l'ingrés és:

- En el 4,4% dels casos, un problema mèdic de naturalesa neurològica
- En el 10,7% dels ingressats un problema cardíac
- Gastrointestinal en l'11,1%
- Endocrinològic en el 6%
- En el 9,9% dels casos hi ha un problema pneumològic
- En el 2% hi ha un problema otorinolaringològic
- En el 2% dermatològic
- També en el 2% obstetricoginecològic
- En l'11% és present el VIH
- En el 36,6% per hepatitis
- En el 1,6% per d'altres infeccions
- En el 2,8% per al·lèrgies

El 56,3% dels pacients presenta un segon problema mèdic concomitant, un 20,6% arriba als tres problemes mèdics, el 7% als quatre i l'1,5% dels casos arriba als cinc.

EXPLORACIÓ MÈDICA DURANT INGRÉS

Durant l'ingrés a la Unitat, han estat explorades un total de 319 persones (el 79,8% del total). A la resta de casos s'ha considerat que l'exploració no era pertinent, generalment perquè el pacient disposava ja d'una exploració recent que no justificava una nova avaluació.

- En l'11% es coneix la presència de VIH. Se sol·licita la prova en el 54,6% dels casos.
- El 12,5% té hepatitis B coneguda. Se sol·licita la prova al 55,7% dels casos.
- La hepatitis C és present en el 29,4% dels casos. Es demana la prova al 53,8%.
- PPD en el 20% de les persones ingressades. Se sol·licita la prova al 70,8% dels casos.
- En el 5,8% se sol·licita una radiografia.
- Dels 234 casos en què se sol·licita hemograma, el 35,5% presenta algun tipus d'alteració.
- Dels 167 casos en què s'explora el perfil hepàtic, el 43,1% presenta alguna alteració.
- Dels 166 casos en què s'explora el nivell de glucosa, en el 17,5% apareix alguna alteració.

DIAGNÒSTICS DE TRASTORN PER DEPENDÈNCIA DE SUBSTÀNCIES

Atenent a la naturalesa de la Unitat, els trastorn per dependència de substàncies és un element cabdal de la caracterització dels pacients.

- El 94,4% té dependència de la nicotina
- El 64,1% té dependència alcohòlica
- El 62,8% té dependència de la cocaïna
- El 34,9% presenta una dependència dels opiàcis
- El 33,7% té dependència cannàbica
- El 27,8% té dependència benzodiazepínica
- L'1,3% té dependència amfetamínica
- El 3,6% té dependència dels al·lucinògens

Excloent la dependència tabàquica, que és pràcticament present en tots els pacients, una persona ingressada, de mitjana, presenta un total de 2,28 (DE=1,20) trastorns per dependència.

RESULTATS

Segons anàlisi factorial no és possible establir clarament agrupacions consistents entre totes les dependències. No obstant això, sí que s'observa que:

Les combinacions de dues dependències per ordre de freqüència són, alcohol i cocaïna (34.7%), opiàcis i cocaïna (26.8%), alcohol i cannabis (22.4%), cocaïna i cannabis (22.4%), cocaïna i benzodíacepines (18.4%), opiàcis i benzodíacepines (14.8%), alcohol i benzodíacepines (14.8%), opiàcis i amfetamines (13.5%) i opiàcis amb alcohol (12%). Qualsevol altra combinació de dos trastorns per dependència presenta una prevalència inferior al 3%.

ANTECEDENTS DELS TRASTORNS PER DEPENDÈNCIA DE SUBSTÀNCIES

Els antecedents de dependència de substàncies són:

- El 45,9% per dependència d'opiàcis
- El 71,4% dependència de cocaïna
- El 66,3% per dependència alcohòlica
- El 31,9% per dependència benzodiazepínica
- Un 4,6% per dependència amfetamines
- Un 40,3% per dependència cannàbica
- El 7,7% per dependència dels al·lucinògens

PEFIL PSIQUIÀTRIC ACTUAL PRINCIPAL

El problema psiquiàtric que és considerat com a principal en el moment de l'ingrés, excloent el consum de substàncies, és:

- En el 4,5% dels casos està present un problema de tipus cognitiu (demència, delirium, memòria...)
- En l'11,9% és present una psicosi o esquizofrènia
- Depressió o trastorn bipolar en el 56,8% dels casos
- En l'11,9% un trastorn d'ansietat
- En el 4,8% és present un trastorn de l'alimentació
- En el 0,6% del son
- En el 9,4% és present un trastorn de la personalitat

En el 20,6% dels casos s'arriba a la presència simultània de dos trastorns i en el 5,8% de tres.

SIMPTOMATOLOGIA ANSIOSA I DEPRESSIVA DURANT L'INGRÉS

En el protocol d'avaluació està previst fins a un màxim de tres registres longitudinals de la simptomatologia ansiosa i depressiva, mitjançant, respectivament, l'STAI i el BDI.

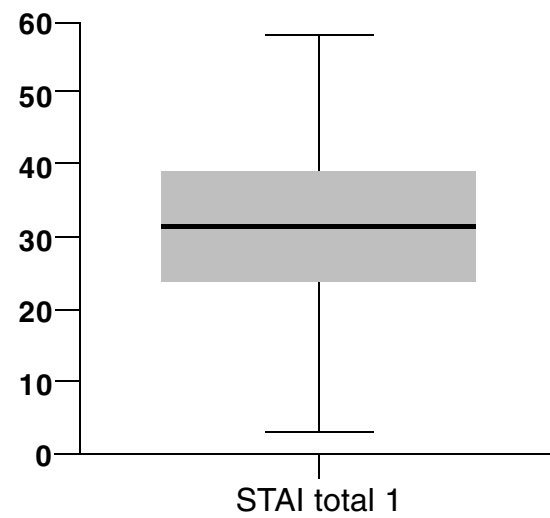
Ansietat

En el cas de la simptomatologia ansiosa es disposa d'un total de 357 persones avaluades en el moment basal.

La mitjana de la puntuació obtinguda en aquest primer registre és 31,32 (DE=10,92). El sexe i l'edat són independents d'aquesta puntuació. Els homes, segons barems espanyols, se situen en el centil 80. Les dones en el centil 75. Aquestes dues xifres assenyalen que és present un nivell d'ansietat elevat entre les persones que inicien l'ingrés.

RESULTATS

La distribució dels valors d'aquesta variable, per a la mostra total, apareix en el gràfic de caixa següent:



Un segon registre d'aquesta variable s'ha portat a terme en 307 casos, i 234 presenten una tercera avaluació. Entre el primer registre de l'STAI i el segon han transcorregut una mitjana de 2,54 dies (DE=2,22), mentre que entre el segon i el tercer registre la mitjana de dies transcorreguts és de 2,53 (DE=.87). Aquestes dues xifres indiquen que les tres avaluacions s'han portat a terme de forma temporalment equilibrada.

Atès que les persones que disposen de les tres avaluacions presenten un nivell d'ansietat en el primer registre pràcticament diferent, en termes de significació estadística, de les persones que no disposen d'aquests tres registres (les que no disposen dels tres registres tendeixen a presentar un nivell d'ansietat superior a les persones que sí que en disposen), no s'ha considerat adient portar a terme una anàlisi de l'evolució de la simptomatologia ansiosa, només en els casos que tenen recollits els tres registres. Del contrari es podria tractar de l'anàlisi només sobre la submostra menys ansiosa i, per tant, generar un biaix en els resultats. S'ha considerat més adient aplicar una estratègia d'anàlisi LOCF⁴.

Seguint aquesta estratègia, les mitjanes i desviacions dels tres registres d'ansietat són:

N=387	Mitjana	DE
Basal	31,34	10,94
Dies 2-3	28,02	11,88
Alta	26,55	12,13

Una anàlisi de la variància per a mesures repetides assenyala que existeix un canvi significatiu en les tres puntuacions observades ($F_{1.80,641.7}=52,37$, $p=0005$). Els contrastos entre moments indiquen que hi ha diferències estadísticament significatives entre avaluacions consecutives. Per tant, la simptomatologia ansiosa experimenta una davallada progressiva des d'un punt de vista estadístic.

En el cas dels homes, la mitjana del nivell d'ansietat, en el darrer registre, se situa en un valor de 27,16 (DE=12,22). Aquest valor s'associa a un percentil de 70. En el cas de les dones, on la mitjana en el darrer registre és de 24,64 (DE=11,71), el percentil associat és 65.

La grandària de l'efecte entre el moment basal i el de l'alta és ,49 (D de Cohen).

4. LOCF: Last Observation Carried Forward. En el context d'un disseny longitudinal, el valor perdut d'un subjecte és substituït per la darrera observació disponible.

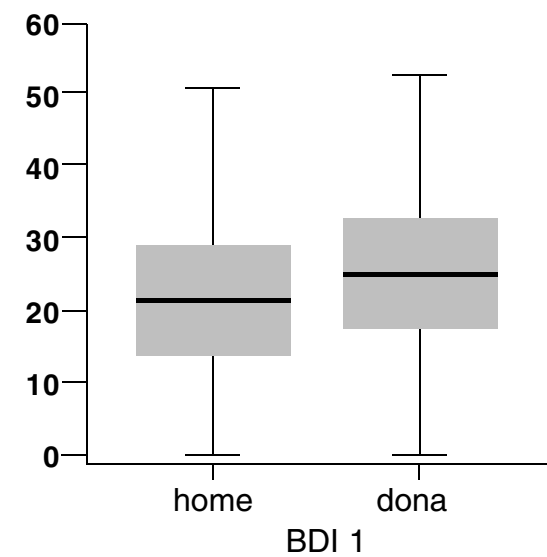
RESULTATS

Com es pot observar, el nivell d'ansietat, tot i la davallada estadística, continua sent relativament elevat en el moment de l'alta, especialment en el cas dels homes. Probablement serien necessaris més dies d'ingrés per assolir un nivell d'ansietat de menor intensitat.

Depressió

En el cas de la simptomatologia depressiva es disposa d'un total de 320 subjectes avaluats a nivell basal. D'aquests, 276 presenten una segona avaluació i 206 una tercera.

En el moment basal la mitjana del BDI és de 22,51 (DE=10,78). Aquesta xifra, segons barems espanyols, rep la consideració de depressió moderada. Tot i que no hi ha barems diferenciats per sexe en el cas d'aquest instrument, cal esmentar que la puntuació mitjana obtinguda depèn del sexe del subjecte ($t=318,2,64$, $p=.009$). Les dones presenten una puntuació superior a la dels homes (25,25 (DE=11,27) anys i 21,64 (DE=10,47) anys respectivament. Les dues distribucions apareixen en els gràfics de caixa següents:



Per a l'anàlisi dels possibles canvis produïts en el temps sobre aquesta simptomatologia depressiva, s'ha portat a terme la mateixa estratègia tipus LOCF aplicada en el cas de la simptomatologia ansiosa. Les mitjanes i desviacions estàndard observades es presenten a la taula següent:

	Homes		Dones	
	M	DE	M	DE
Basal	21,64	10,47	25,25	11,27
Dies 2-3	18,44	10,85	20,73	11,43
Alta	16,57	10,73	19,04	11,42

S'ha portat a terme una anàlisi de la variància per a mesures repetides incloent la variable sexe com a variable independent, amb l'objectiu de determinar si l'evolució de la simptomatologia depressiva està relacionada amb aquesta variable.

S'observa un efecte temps ($F_{1.6,508.6}=103,29$, $p=.0005$) que assenyala una davallada de la simptomatologia depressiva, independentment del sexe del subjecte. Atès que la interacció entre temps i sexe no és significativa podem afirmar que la disminució observada en les puntuacions del BDI és la mateixa entre homes i dones. Tots dos sexes només discrepen en el moment basal, ja que en el segon i tercer moment la simptomatologia depressiva és estadísticament idèntica entre els dos grups.

RESULTATS

Més enllà de la significació estadística, la mitjana de la simptomatologia depressiva en el BDI a la tercera avaluació, que ascendeix a les 17,81 unitats, pot ser considerada com a depressió lleu segons barems espanyols.

La grandària de l'efecte entre el moment basal i el de l'alta és de ,60 (D de Cohen).

SÍMPTOMES PSICOPATOLÒGICS DURANT L'INGRÉS

S'han avaluat de forma sistemàtica un seguit de símptomes que permeten una exploració genèrica de l'evolució psicopatològica dels pacients durant l'ingrés, seguint una estratègia d'exploració comparable a la de la simptomatologia ansiosa o depressiva exposada amb anterioritat. En aquest cas, però, l'exploració d'aquests símptomes ha estat portada a terme per un clínic.

L'exploració s'ha dut a terme en dos moments. El primer moment, ubicat en els primers instants de l'ingrés, i el segon, situat en el dia de l'alta. Només alguns casos han fet aquesta segona exploració el dia abans de la data d'alta.

Els primers 18 ítems constitueixen el BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale). La resta d'ítems han estat incorporats segons les necessitats de l'equip, amb la finalitat de disposar d'una avaluació més àmplia i ajustada a la naturalesa de les intervencions portades a terme a la Unitat.

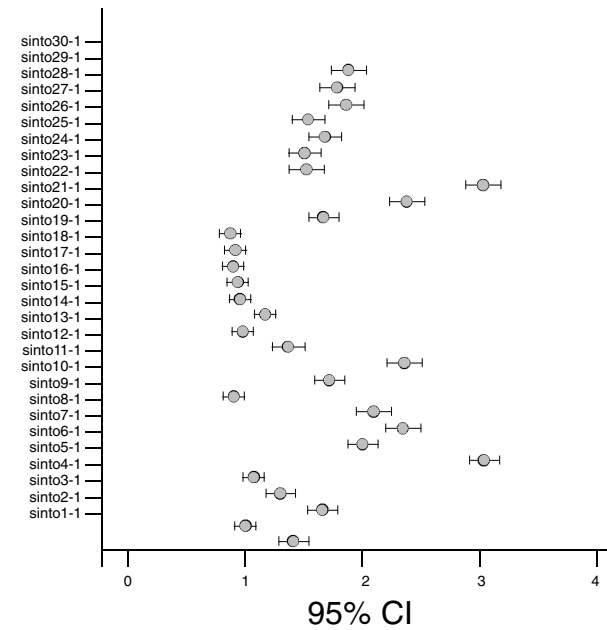
Es tracta d'un total de 30 símptomes puntuables de 0 a 4 unitats (0=absència del símptoma, 4=molt greu). Són els que s'exposen a continuació:

1. Preocupacions somàtiques
2. Ansietat psíquica
3. Barreres emocionals
4. Desorganització conceptual (incoherència)
5. Automenyspreu i sentiments de culpa
6. Ansietat somàtica
7. Alteracions motores específiques
8. Autoestima exagerada
9. Humor depressiu
10. Hostilitat
11. Suspició
12. Al·lucinacions
13. Alentiment motor
14. Manca de cooperació
15. Trastorns del pensament
16. Embotiment o trastorns afectius
17. Agitació psicomotora
18. Desorientació i confusió
19. Ideació suïcida
20. Agressivitat verbal o motora
21. Ideació delirant
22. Poca gana
23. Cansament/fatiga
24. Nàusees
25. Mal d'estómac
26. Dificultat respiratòria
27. Mal de cap
28. Dolor d'ossos o articulars
29. Formigueig
30. Tremolor

RESULTATS

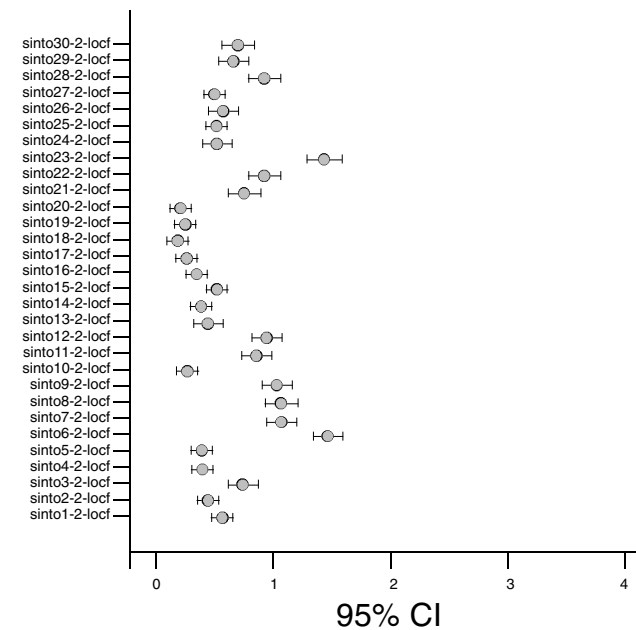
La consistència interna del conjunt dels ítems ascendeix a una Alpha de Cronbach de ,83, cosa que indicaria una consistència interna alta de l'instrument. Cap dels trenta ítems, ni tan sols els incorporats per la Unitat, presenta un comportament inconsistent.

En el moment basal la distribució d'aquests símptomes, segons la seva mitjana i interval de confiança del 95% corresponent, és la següent:



En el gràfic anterior es pot observar quins són els símptomes que presenten una intensitat més gran. Atès que la mitjana de tots els símptomes se situa en les 1,04 unitats (DE=.48), els símptomes que s'ubiquen més enllà d'una desviació estàndard respecte a aquest punt de tall mitjà són: ansietat somàtica (it6), autoestima exagerada (it8), humor depressiu (it9), al·lucinacions (it12), poca gana (it22) i cansament/fatiga (it23).

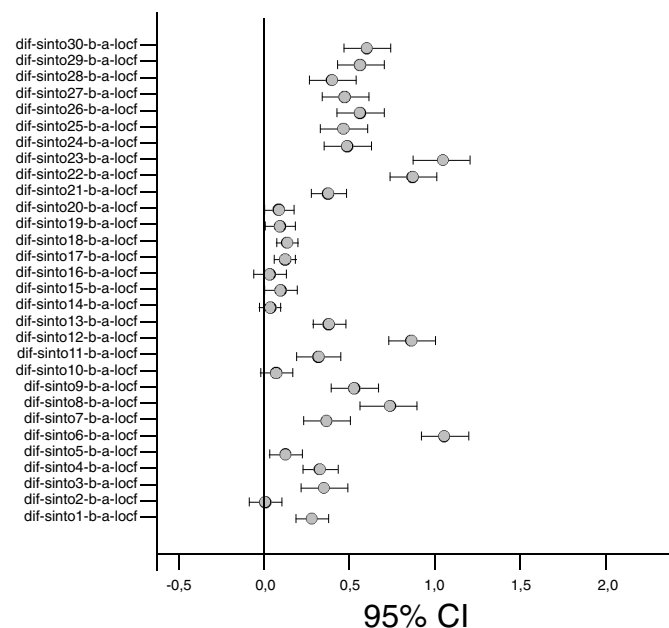
El segon registre portat a terme, que es correspon al moment de l'alta, presenta les mitjanes i els corresponents intervals de confiança que apareixen a la gràfica següent:⁵



5. S'empra també una estratègia d'anàlisi de tipus LOCF

RESULTATS

Amb l'objectiu de determinar quins són els símptomes que obtenen benefici més gran de l'ingrés, s'ha calculat la diferència de cada símptoma entre el moment basal i el de l'alta. El gràfic següent recull les mitjanes de les diferències entre els dos moments amb els respectius intervals de confiança 95%:



La línia vertical, ubicada en el valor 0 de l'abscissa, talla els intervals de confiança dels símptomes que no manifesten cap canvi estadísticament significatiu entre el moment basal i el de l'alta. Aquest ítems són: ansietat psíquica (it2), hostilitat (it10), manca de cooperació (it14), trastorns del pensament (it15) i embotament o trastorns afectius (it16). Tal com és possible observar a la primera gràfica presentada en aquest apartat, tots aquests símptomes eren, en el moment basal, d'intensitat baixa.

Totes les altres condicions explorades presenten una millora estadísticament significativa, el que es manifesta mitjançant intervals de confiança de les diferències entre mitjanes tots ells desplaçats a la dreta del valor 0 del gràfic anterior. Les que manifesten un benefici més gran són: ansietat somàtica (it6), cansament/fatiga (it23), poca gana (it22) i al·lucinacions (it12).

La mitjana de puntuació de tots els ítems en el moment de l'alta s'ubica en les .65 (DE=.54) unitats, xifra estadísticament inferior a la observada en el moment basal, que com s'ha esmentat amb anterioritat, era d'1,04 unitats (DE=.48). Les dues xifres discrepen de forma significativa ($t=349,16.27$, $p=0005$). Tot i que no disposem de criteris clínics que permetin valorar la rellevància específica d'aquesta davallada, sí que podem afirmar que en el moment de l'alta s'observa una reducció mitjana del 38% en la intensitat simptomatològica global respecte al moment de l'ingrés.

La grandària de l'efecte entre el moment basal i el de l'alta és de ,98 (D de Cohen).

SUPORT PSICOSOCIAL

Com s'ha exposat a l'apartat de procediment, algunes de les accions portades a terme des de la Unitat no poden ser avaluades des de la perspectiva proporcionada per un ingrés que només té una durada molt limitada en el temps. Algunes actuacions, necessàriament, han de ser avaluades més enllà de l'ingrés, ja que una determinada actuació només podrà tenir efecte a mitjà termini, sens dubte més enllà dels dies d'ingrés. Aquest seria el cas, per exemple, d'iniciar un tractament per a l'hepatitis en un pacient que fins al moment no havia rebut tractament. En l'apartat relatiu a l'exploració mèdica s'esmenten algunes d'aquestes actuacions. En d'altres casos, com en les gestions administratives, s'inicia o se sol·licita una prestació des de la Unitat, però per raons de temps evidents no és possible

RESULTATS

observar-ne el resultat. Aquest seria el cas, per exemple, de la sol·licitud o gestió d'un determinat document a l'entitat competent. Algunes de les gestions agrupades en aquesta darrera condició s'exposen breument a continuació.

En el 80,3% dels casos no ha estat necessari, però en 8 casos (1,9%) la Unitat ha gestionat l'obtenció de la targeta sanitària.

Tal i com s'ha indicat amb anterioritat, quan s'exposaven les situacions de crisi més típiques, un 23% de les persones estudiades no disposaven d'un lloc on viure en el moment de l'ingrés. Sobre aquest total de persones es realitzaren les següents intervencions psicosocials (excepte en dos casos, ja que sol·licitaren una alta voluntària abans de gestionar cap actuació): en el 50% dels casos es gestionà l'obtenció d'un recurs que permetés disposar d'un lloc de residència (habitació en una pensió, habitació en una pis compartit ja sigui tutelat o no...). En el 48% dels casos es va produir una derivació a una Comunitat Terapèutica i en un 7.4% es va aconseguir una ajuda econòmica. Alguns casos van rebre més d'una de les anteriors intervencions. En un 6.8% de los casos, la Unitat ha gestionat la vinculació amb com mínim un familiar allà on o bé no existia o bé on s'havia perdut. Finalment, en un 4.2% dels casos, la Unitat ha actuat administrativament amb l'objectiu de gestionar una causa legal pendent en el moment del ingrés.

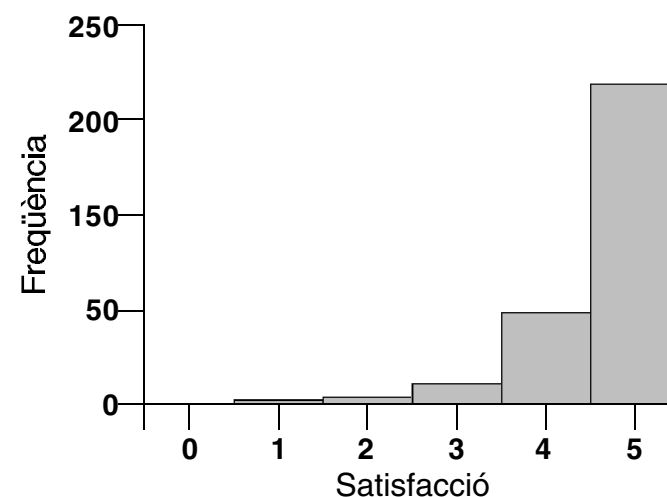
SATISFACCIÓ RESPECTE A L'ASSISTÈNCIA REBUDA I L'ESTAT DE SALUT PERCEBUT

Una mesura possible de la qualitat de la tasca portada a terme a la Unitat consisteix en el grau de satisfacció expressat per les persones que han estat ingressades. S'han previst dues senzilles mesures per fer una estimació d'aquest grau de satisfacció.

Atès que el registre d'aquestes mesures es disposa en el moment de l'alta, està clar que només les persones que finalitzen l'ingrés de forma programada és a dir, que no són expulsades o que sol·liciten una alta voluntària i per tant finalitzen el seu ingrés de forma prematura, són les que han donat resposta a les dues mesures. Cal assumir, doncs, que es tracten de mesures amb cert biaix potencial. No obstant això, es tracta d'un biaix que no deixa de ser omnipresent en qualsevol mesura projectada al final d'un procés d'avaluació, en què no totes les persones inicialment previstes són les que romanen en el moment final.

La primera d'aquests senzills procediments d'avaluació del nivell de satisfacció per l'atenció rebuda durant l'ingrés consisteix a valorar en una escala d'1 a 5 (on la puntuació de 5 expressa la màxima satisfacció). De les 314 persones de les que es disposa d'aquest registre (el 72,5% dels ingressos programats), el 72,3% reporta la màxima puntuació possible. La mitjana de la puntuació obtinguda és de 4,62 (DE=.72).

Només tres persones (1%) afirmen que el nivell de satisfacció és el mínim possible. En l'histograma següent es pot observar la distribució d'aquesta puntuació:



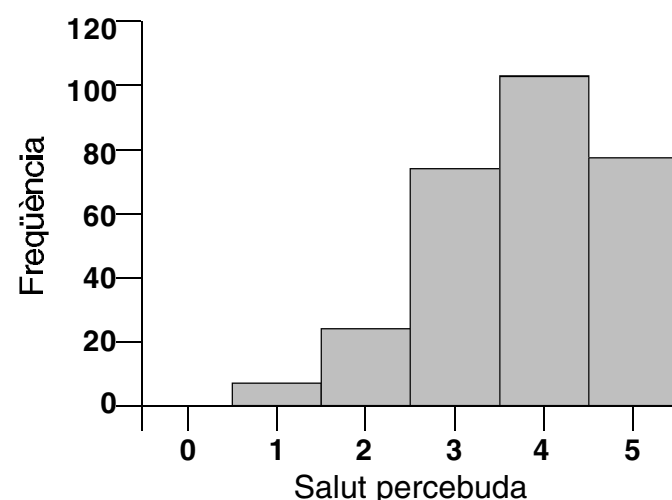
RESULTATS

Considerem interessant indicar que el grau de satisfacció expressat és essencialment independent del nivell de simptomatologia ansiosa en el moment de l'alta, que encara que l'associació esdevé estadísticament significativa, és d'escassa intensitat ($r = -.124$, $p = .083$), i de la simptomatologia depressiva ($r = -.077$, $p = .302$), també en el moment de l'alta. En el cas dels símptomes psicopatològics del BPRS-18 en el moment de l'alta, s'observa una associació significativa amb el nivell de satisfacció expressat ($r = -.308$, $p = .0005$). Un pitjor estat psicopatològic tendeix a associar-se a un judici de satisfacció menor. Els dies que l'usuari roman ingressat no s'associen al grau de satisfacció manifestat ($r = .084$, $p = .156$) o amb la quantitat de situacions de crisi que justificaren ingress a la Unitat ($r = -.114$, $p = .054$).

La segona forma d'estimació de la satisfacció experimentada ha estat mitjançant la pregunta de si recomanaria a una persona coneguda l'ingrés a la Unitat. En el 97,5% dels casos la resposta ha estat afirmativa. Només 3 persones han afirmat que no recomanarien la Unitat a un conegut.

Finalment, s'ha realitzat una mesura de l'estat subjectiu de salut mitjançant també una senzilla mesura, consistent en assenyalar en una escala de 1 a 5 el grau de salut percebuda (essent 1 el pitjor estat de salut imaginable i 5 el millor estat de salut imaginable).

La mitjana de la puntuació d'aquesta variable és de 3,74 (DE=1,03). Com es pot veure a la gràfica següent es reporta en general un bon estat de salut.



Aquesta variable és consistent amb d'altres variables registrades i que són també clínicament significatives.

S'observa certa correlació positiva entre el nivell de salut percebut en el moment de l'alta i la satisfacció reportada sobre l'assistència rebuda ($r = .325$, $p = .0005$). Les persones que expressen millor estat de salut, més satisfetes tendeixen a manifestar-se.

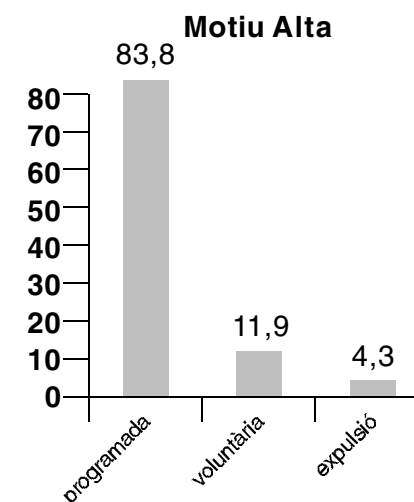
Resulta també rellevant assenyalar que les persones que expressen un nivell de salut percebut més deficitari tendeixen a ser les persones que major simptomatologia ansiosa i depressiva presenten en el moment de l'alta. En el cas de la simptomatologia ansiosa la correlació és $r = -.407$ ($p = .0005$) i en el cas de la simptomatologia depressiva $r = -.354$ ($p = .0005$). El mateix succeeix amb la mitjana del registre de símptomes psicopatològics diversos recollida en el moment de l'alta, variable en què també s'observa una correlació inversa comparable a les dues anteriors variables ($r = -.309$, $p = .0005$).

RESULTATS

Una anàlisi de regressió lineal multivariant assenyala que, de les anteriors variables exposades, és el nivell de satisfacció per l'assistència rebuda, el nivell d'ansietat i el grau de símptomes psicopatològics, però no la simptomatologia depressiva, els factors que s'associen de forma estadísticament significativa amb la salut percebuda expressada en el moment de l'alta.

CONDICIONS DE L'ALTA

En el 83,8% dels casos l'alta és programada, en el 11,9% és voluntària i en 4,3% de les vegades és deguda a una expulsió:



Tant les altes voluntàries com les expulsions s'ubiquen, de forma crítica, entre el segon i quart dia d'ingrés. Això és el que indica l'interval de confiança dels dies transcorreguts fins a l'aparició d'aquest tipus l'alta (IC 95% 2,52-3,67).

Homes i dones estan exposats a la mateixa probabilitat de no satisfer una alta programada. Encara que la diferència és escassa, observem que les persones més joves són les que amb més probabilitat no satisfan un ingrés complet ($t = 387,2,93$, $p = .004$). Les persones que no satisfan una alta programada tenen, de mitjana, 34,20 (DE=8,8) anys, mentre que les persones que sí que la satisfan tenen de mitjana 37,58 (DE=8,26) anys.

D'entre tots els trastorns per dependència, l'únic que s'associa a una probabilitat més gran de presentar una alta no programada és la dependència d'opiacis ($\chi^2 = 5.92$, $p = .015$). Les persones amb dependència d'aquesta substància pràcticament dupliquen la probabilitat de presentar una alta no programada respecte als casos que no tenen aquests diagnòstic (OR=1.99, IC95% 1,14-3,48).

Entre les persones amb una alta no programada la mitjana de puntuació del BPRS-18 en el moment de l'ingrés se situa en les 19.02 (DE=9.63) unitats, mentre que aquest valor en el cas de les persones amb una alta programada xifra és 16.46 (DE=7.96). La discrepància entre les dues xifres és estadísticament significativa ($t_{375} = 2.20$, $p = .028$), el que indica que les persones que no satisfan l'alta programada tendeixen a presentar un pitjor estat psicopatològic quan s'inicia l'ingrés que aquelles persones que sí satisfan degudament l'ingrés. Si bé la magnitud de la simptomatologia ansiosa en el moment de l'ingrés no prediu alta ni programada, sí ho fa la simptomatologia depressiva ($t = 2.01$, $p = .045$). Aquells usuaris que satisfan un ingrés segons programació presenten menor nivell de simptomatologia depressiva (22.06, DE=10.77) que els que no la satisfan l'ingrés de forma programada (25.61, DE=10.52), resultat aquest que concorda amb el del comportament ja conegut del BPRS-18.

RESULTATS

Els anàlisis inferencials anteriors provenen d'anàlisis estadístiques de tipus bivariant. Si es porta a terme un anàlisis multivariant es podria avaluar els efectes conjunts entre predictors diversos sobre el factor alta no programada. Per satisfer aquest objectiu, s'ha portat a terme un anàlisi de regressió logística (procediment d'entrada condicional) en el que s'han incorporat les tres variables que en els anàlisis bivariants anteriors han mostrat un efecte estadísticament significatiu (l'edat, dependència a opiacis, psicopatologia BPRS-18 i simptomatologia depressiva en el moment de l'ingrés) i contemplat com a variable de resultat l'absència-presència d'alta no programada. Els resultat de l'anàlisi revela que només el diagnòstic de dependència a opiacis esdevé factor de risc de presentar un alta no programada ($\chi^2=5.38$, $p=.020$).

CONCLUSIONS-DISCUSSIÓ

Els sistemes convencionals d'emergències de salut i socials funcionen generalment amb criteris d'admissió unidimensionals, fins i tot ben definits, que deixen fora altres pacients amb trastorns per dependència que, tot i que necessiten atenció, no s'ajusten als criteris d'admissió d'aquests serveis. És en aquest context de buidor assistencial en el que la Unitat de Crisis de la Fundació Alba, centre únic, no només a Espanya, sinó a la majoria d'estats europeus, que adquireix la seva deguda dimensió. La creació d'un protocol d'avaluació a permès proporcionar una imatge concreta del perfil dels usuaris que són atesos en un nou recurs com aquest. L'estudi posa en evidència que els criteris condicionants d'un admissió són generalment una combinació d'esdeveniments, tot i que tal i com també s'ha exposat, tendeixen a constituir-se en grans grups consistents de situacions-problema. Les circumstàncies conceptuais i metodològiques que poden donar resposta operativa a si un recurs d'aquestes característiques és eficaç o eficient en termes clínics i/o econòmics sobrepassa sens dubte el plantejament del present treball. No obstant, tot i la brevetat d'un ingrés en la Unitat, es posa en evidència que les actuacions clíniques i psicosocials portades a terme suposen una millora significativa de l'estat psicopatològic dels usuaris, els quals, a més, valoren molt satisfactòriament aquesta assistència.

