
Necesidades sociales de los enfermos esquizofrénicos en Navarra

Social needs of schizophrenic patients in Navarra

P. Aburrea¹, M.V. Astrain², G. Elgorriaga³, R. Litago⁴, B. Lora⁵

RESUMEN

El incremento de la necesidad de ayuda constituye un problema prioritario de la política social de los países desarrollados. La necesidad de ayuda se encuadra en la intersección de prestaciones sociales y sanitarias, lo que exige una nueva concepción de los problemas y nuevos modelos de intervención.

En 1986 con el Plan de Salud Mental en Navarra se propugna un nuevo modo de asistencia, centrada en la atención en la comunidad.

En la actualidad se aprecian deficiencias importantes como la insuficiencia de programas alternativos sanitarios y sociales en la comunidad, así como la dificultad de coordinarlos. Frente a esta situación los trabajadores sociales de la Red de Salud Mental realizaron un estudio en el que se valoraron las necesidades sociales de los enfermos atendidos en la Red de Salud Mental, atendiendo a aspectos sociodemográficos, clínico y tipo de recursos sociales que les eran necesarios. Tras este estudio, y en base a la discusión que suscita se han planteado nuevos modos de intervención en la atención a los enfermos mentales, desarrollando el concepto de atención socio-sanitaria.

Palabras clave: Política social. Modelo de Intervención. Plan de Salud Mental. Necesidades sociales. Atención socio-sanitaria.

ABSTRACT

The increase in the need for aid constitutes a priority problem of social policy in the developed countries. The need for aid is framed within the intersection of social and health services, and requires a new conception of the problems and new models of intervention.

In 1986, with the Mental Health Plan of Navarra, a new form of care was put forward, centred on care in the community.

At present, important differences can be appreciated, such as the insufficiency of alternative health and social programs in the community, as well as the difficulty of co-ordinating them. Facing this situation, the social workers of the Mental Health Network carried out a study that evaluated the social needs of the patients who were attended to by the Mental Health Network, with attention paid to socio-demographic aspects, the clinic and the type of social resources that they needed. Following this study, and on the basis of the discussion that it gave rise to, new forms of intervention have been proposed in the care of the mentally ill, developing the concept of socio-health care.

Key words: Social policy. Model of intervention. Mental Health Plan. Social needs. Socio-health care.

ANALES Sis San Navarra 2000, 23 (Supl. 1): 95-99.

1. Centro de Salud Mental de Tafalla
2. Hospital de Día I
3. Centro de Salud Mental de Milagrosa
4. Centro de Salud de Villava
5. Hospital de Día II

Correspondencia:

M^a Victoria Astrain Azparren
Hospital de Día I.
Pab. Blanco-Hospital de Navarra
C/Irunlarrea, s/n
31008 Pamplona
Tfno. 948 198595
Fax 948 198366

INTRODUCCIÓN

El incremento de la necesidad de ayuda de determinados colectivos constituye uno de los problemas prioritarios al que deben hacer frente las políticas sociales de todos los países desarrollados. Por un lado, el envejecimiento de la población, y por otro, la existencia de patologías crónicas y deteriorantes, generan un uso mayor y prolongado de servicios sanitarios y sociales.

Esta nueva demanda de servicios no puede ser encuadrada estrictamente ni dentro de las prestaciones sanitarias, ni de las prestaciones sociales, ya que se conjugan necesidades de alojamiento, supervisión en actividades de la vida cotidiana, desarrollo personal e integración social, junto a atención sanitaria.

Sin embargo, la concepción que existe de ambos sistemas de protección social es diferente: frente al derecho a la asistencia sanitaria, configurada como universal y gratuita, los servicios sociales no ofrecen garantía comparable.

La atención a los enfermos mentales en Navarra comienza en 1904 con la inauguración del Hospital San Francisco Javier, denominado Manicomio Vasco-Navarro, institución que prestaba la atención a los enfermos psiquiátricos casi de forma exclusiva hasta 1986¹. Este hospital tradicionalmente ha asumido funciones no exclusivamente clínico-sanitarias, sino que hacía una oferta de servicios residenciales, actividades ocupacionales y laborales, de ocio, etc.

De forma paralela, que no coordinada, se produce el desarrollo de los Servicios y Política de Bienestar Social, que se concretiza con la Ley de Servicios Sociales de 1983², en la que se contempla como área de intervención el ámbito de las minusvalías, anteriormente desarrollada su atención en la Ley de Integración Social de los Minusválidos³; no obstante, este desarrollo de los Servicios Sociales coincide con el periodo en que el Hospital Psiquiátrico funcionaba plenamente, a consecuencia de lo cual desde Bienestar Social se desarrolla la atención a otros colectivos, delegando la atención de los enfermos psiquiátricos plenamente al ámbito de lo sanitario.

En 1986 se concreta el Plan de Salud Mental en Navarra⁴, donde se propugna un nuevo modo de asistencia psiquiátrica, que supera la concepción puramente sanitaria para asumir la práctica desde una perspectiva más integradora cuyo eje fundamental es el traslado de los cuidados de Salud Mental desde el Hospital Psiquiátrico a la comunidad. Desde entonces no ha habido nuevas reglamentaciones, ni nuevos programas que vayan delimitando competencias del sistema sanitario y social, que respondan de forma eficiente a las nuevas necesidades emergentes.

Tras el periodo de desinstitucionalización se constata la existencia de un grupo de pacientes "enganchados" por largo tiempo a los servicios asistenciales ambulatorios, pacientes que, superadas sus crisis, mantienen síntomas permanentes limitadores de su capacidad de vivir, cuya calidad de vida en la comunidad es lamenable. Padecen cuadros clínicos muy variables, serios déficits de adaptación social, requieren atención sanitaria continuada y atención social intensa, que garantice su mantenimiento en la comunidad, con buena calidad de vida.

Tras trece años de reforma psiquiátrica en Navarra se pone de manifiesto:

- Insuficiencia y falta de adecuación de programas alternativos sanitarios y sociales en la comunidad.
- Persistencia de antiguos enfermos y aparición de "nuevos crónicos", todos ellos con serias limitaciones y carencias.
- Inexistencia de programas definidos de tratamiento de la cronicidad en la comunidad, inexistencia de recursos sociales que favorezcan la integración y el mantenimiento en la comunidad.
- Severas dificultades para desarrollar y ensayar modelos de intervención integrada en los que se coordinen las distintas agencias implicadas en la atención a esta población.

Frente a esta situación los trabajadores sociales de la Red de Salud Mental, se plantearon estudiar las necesidades sociales satisfechas o no, de los pacientes que acuden a los Dispositivos de la Red de Salud Mental (Unidades de Hospitalización Psiquiátricas, Hospitales de Día, Servicios de

Rehabilitación y Centros de Salud Mental); mediante el estudio "Hacia una Atención Integradora. Análisis desde el Trabajo Social de las necesidades sociales de los enfermos psiquiátricos en Navarra. 1995", cuyos objetivos eran: describir y cuantificar el perfil de los enfermos atendidos en la Red de Salud Mental, que requieren atención social como parte indispensable de su tratamiento, y delimitar el tipo de atención y de recursos sociales que se plantean necesarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población

Constituyó la población todos los pacientes atendidos durante el año 1995 en los Dispositivos de la Red de Salud Mental, que a criterio de los trabajadores sociales padecían serias necesidades sociales que condicionaban su tratamiento: "Pacientes que independientemente del diagnóstico clínico y años de evolución, tienen necesidades sociales, atendiendo al diagnóstico social, que impactan significativamente en el pronóstico clínico y social."

Diseño de la ficha de recogida de datos

Aspectos sociodemográficos

Estado civil. Sexo. Fecha de nacimiento. Nivel de escolarización. Recursos económicos. Nivel de profesionalización. Asistencia sanitaria. Situación administrativa y laboral actual. Convivencia. Situación residencial.

Aspectos clínicos

Diagnóstico principal. Otro diagnóstico. Años de evolución de la enfermedad. Grado de autonomía. Nivel de socialización.

Tipo de recursos necesarios

Residenciales: Residencia. Patrona protegida. Piso protegido. Ayuda a domicilio. Psicogeriátrico.

Ocupacionales-laborales: Centro Ocupacional. Centro Especial de Empleo. Empleo Social Protegido. Reinserción Laboral.

Ocio y tiempo libre.

Dispositivos de mantenimiento en la comunidad: Acompañamiento. Transporte. Subvención. Comedor.

Tratamiento informático

Los datos se introdujeron en el Programa ACCESS y se han explotado con el programa estadístico SPSS-Windows.

RESULTADOS

Durante 1995 se atendieron en la Red de Salud Mental a 15.012 personas; de éstas se identificaron 450 personas como pacientes con necesidades sociales que condicionaban significativamente su tratamiento (Memoria de Salud Mental 1995)⁵. Estas 450 personas respondían a un 3% de la población total atendida, y de ellas, el 59% eran personas con diagnóstico de esquizofrenia, y correspondían a 175 varones y 93 mujeres. Estaban solteros 235 pacientes (87%). La edad media era de 38 años y la media de años de evolución de la enfermedad en los pacientes esquizofrénicos era de 10,6 años, mientras que en el resto de la población estudiada era 10 años o menos.

El 39,3% de la población total estudiada se aglutinaban en la categoría de jubilado-incapacitado (177); de éstas, 113 eran personas con esquizofrenia. Del 23,3% de pacientes estudiados que nunca habían tenido contacto con el mundo laboral, correspondía a pacientes esquizofrénicos un 72,3%, predominando también pacientes con este diagnóstico en la categoría de parados. Carecían de cualificación profesional 194 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (72,38%), y tenían bajos niveles de escolarización: 38,5% con estudios de básica, y 32,5% de básica incompleta.

Convivían en el domicilio familiar con ambos padres o con padres y hermanos 173 personas que padecían esquizofrenia (64,5%). Un 42,5% (114 personas) eran beneficiarios de pensiones contributivas a la Seguridad Social que correspondían a jóvenes-adultos con incapacidades laborales permanentes, y 62 pacientes (23%) no contaban con ingresos propios.

Los ítems específicos estudiados para valorar el grado de autonomía se refieren a aspectos como: se viste, higiene personal,

imagen, desplazamientos, transporte, hábitos de mesa y manejo de dinero. Las áreas más afectadas eran el mantenimiento de la higiene e imagen. Un 69,8% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia (183) presentaban un buen nivel de funcionamiento autónomo. Un 5% precisaban supervisión mínima y un 25% eran independientes. Cabe destacar que un 28,6% de la población estudiada que convivía con padres o en pensiones carecían de autonomía.

Las personas que padecían esquizofrenia planteaban problemas de socialización en un 61% de los casos, y un 39% presentaban un buen nivel, siendo las áreas de colaboración en casa y contactos sociales las más afectadas. Los pacientes que permanecían viviendo con la familia de origen eran los que presentaban mayor afectación en su nivel de socialización. Asimismo eran las personas que padecían la enfermedad desde hacía más tiempo las que presentaban mayor deterioro en su grado de autonomía y nivel de socialización.

Otros ítems estudiados para valoración del nivel de socialización fueron: utilización de servicios y adecuación de modales.

En cuanto a la frecuencia de necesidad de recursos se destaca que, el tipo de recurso más necesitado por la población estudiada hacía referencia al ámbito ocupacional laboral, representando un 33,8% de los recursos demandados y precisando del mismo un 64,8% de la población. Los recursos de ocio y tiempo libre, representaban un 26,3% de los recursos solicitados y eran demandados por un 50,4% de la población. Los recursos residenciales que representaban un 24,2% de los recursos solicitados y se plantean como necesarios para un 46,4% de la población estudiada: de éstos, los más necesarios eran el de residencia, de piso protegido y de patrona protegida. Ocupaban el último lugar los dispositivos de mantenimiento, solicitados para un 22,2% de la población, precisando en mayor medida el recurso de acompañamiento, seguido por atención domiciliaria, comedor y transporte.

Un 7,8% de la población estudiada precisaba de ayuda económica y un 3,5% de la población atendida, requería recursos for-

mativos. Cabe señalar que esta categoría no se consideró expresamente como un tipo de recursos al inicio del estudio y que tampoco constaba en el mismo la población atendida en centros de atención infanto-juvenil por lo que es posible exista un sesgo importante en este dato.

La mayor parte de la población era candidata a uno o dos recursos, el 37,6 ó el 39,3%, respectivamente.

Cabe señalar que 179 pacientes (67%), 126 varones y 53 mujeres demandaban recursos de índole ocupacional: 70 candidatos a centros especiales de empleo, 46 a centros ocupacionales, 37 a empleo social protegido y 26 a programas de inserción laboral.

El 54,5% (146 pacientes) precisaban recursos de ocio y tiempo libre, siendo 96 varones y 50 mujeres.

En lo que respecta a recursos de carácter residencial señalar que de los 132 pacientes necesitados (49%), 92 hombres y 40 mujeres; precisaban residencia 74 pacientes (56 hombres y 18 mujeres) y piso 50 personas

Un total de 80 pacientes (30%) precisaban de algún recurso de mantenimiento o apoyo en la comunidad siendo el de acompañamiento el más solicitado para 35 pacientes.

DISCUSIÓN

El perfil de los enfermos psiquiátricos que acuden a los dispositivos de la Red de Salud Mental y que requieren recursos sociales es el siguiente: mayoritariamente padecen esquizofrenia, son varones, jóvenes y solteros, con escasa cualificación académica y profesional. Son población inactiva con bajos niveles de renta y no se han independizado de su familia de origen. Presentan déficits significativos en el cuidado de su higiene e imagen, y en el ámbito de sus habilidades sociales.

Las personas que padecen esquizofrenia son la población más desfavorecida, frente a otras personas que padecen otro tipo de trastornos mentales, en cuanto a sus capacidades de mantenerse incorporadas a dispositivos normalizados de la comunidad, ya que necesitan recursos más tuteladores, protectores y de carácter

más específico, en el ámbito ocupacional-laboral, residencial, de ocio y tiempo libre, y de mantenimiento en la comunidad.

Las necesidades sociales de estos enfermos se detectan en los primeros años de aparición de la enfermedad, no obstante se da una variación en el tipo de recursos aconsejables a medida que transcurren los años se aprecia un mayor grado de discapacidad y con éste la prescripción de recursos cada vez más específicos, con mayor grado de tutela y más alejados de recursos de mantenimiento en la comunidad.

El énfasis en la prevención primaria y secundaria en la atención socio-sanitaria, posiblemente incidiría en favorecer menor discapacidad y facilitaría el mantenimiento de estos enfermos en dispositivos más normalizados.

El surgimiento de nuevas situaciones de necesidad hacen necesaria una respuesta de mayor corresponsabilidad y coordinación, considerando la dimensión social de lo sanitario, y la dimensión sanitaria de lo social. No obstante, todavía quedan por descubrir las fórmulas que hagan posible la intersección entre el sistema social y sanitario.

A la finalización del estudio, se plantea la necesidad de elaborar un Plan de Integración Social en el que se van desarrollando las propuestas de un conjunto de servicios atendiendo al ámbito de necesidad que se plantea, al pronóstico y al carácter del recurso.

A modo de conclusión, se considera necesario:

- Incorporar un nuevo modelo de atención caracterizado por no plantear la atención psiquiátrica exclusivamente como un aspecto especializado de la asistencia médica, ya que la atención a la salud mental debe integrarse en un proyecto integral de atención a la salud, en el que es imprescindible partir de las necesidades reales y globales de esta población, cuantificar y caracterizar el tipo de servicios que requieren, establecer procedimientos ágiles e integrados que garanticen la presta-

ción de los servicios, así como sistemas de evaluación continuada en que se valore la persistencia o no de la necesidad, los cambios continuos de necesidades y la adecuación entre la necesidad y el servicio que se está prestando.

- Introducir la idea de la multidimensionalidad y asistencia continuada

- Orientar a los servicios sanitarios hacia una cultura basada en la continuidad de la asistencia, el enfoque interdisciplinar y el abordaje conjunto de la enfermedad y sus consecuencias.

Los servicios sociales han de adaptarse a unas necesidades altamente "sanitarizadas" ya que se demandan cada vez más servicios, para personas con dependencia de servicios sanitarios.

El modelo de intervención debe:

- Garantizar la satisfacción de las necesidades básicas.

- Partir de la diversidad. Personalizando el cuidado.

- Integrar la idea del proceso.

- Flexibilizar los criterios de admisión y seguimiento vinculando los recursos a dispositivos de atención primaria.

- Resolver la coordinación entre agencias sociales y sanitarias, determinando el contenido mínimo de las prestaciones, el flujo de derivación entre ambos sistemas, así como las bases de financiación.

Avanzar en la línea del cuidado compartido.

BIBLIOGRAFÍA

1. LIZARRAGA L.J. La Casa del Tejado Colorado. Memoria General del Manicomio de Navarra. Fondo de Publicación del Gobierno de Navarra 1992.
2. Ley Foral de Servicios Sociales 14/1983, de 30 de Marzo. Navarra.
3. Ley de Integración Social de los Minusválidos. 1982.
4. Plan de Salud Mental de Navarra. 1986.
5. Memoria de Salud Mental. 1995. Subdirección de Salud Mental de Navarra.