

‘El Estado de bienestar continúa sin atender muchas necesidades de las personas con enfermedad mental’



Cristina Balaga

TRABAJADORA SOCIAL DE LA OFICINA DE TRABAJO SOCIAL DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA (OSAKIDETZA)

Las necesidades complejas que, a menudo, presentan las personas con enfermedad mental suponen un reto de primer orden para las políticas sociosanitarias. En esta entrevista, Cristina Balaga repasa las dificultades más importantes a las que se enfrentan estas personas, hace balance de la atención que reciben y da cuenta de las novedosas iniciativas de coordinación en materia de salud mental que están teniendo lugar en Álava.

En términos generales, ¿cómo valorarías la respuesta que el Estado de bienestar ha dado a las necesidades planteadas por las personas con enfermedad mental y sus familias? ¿Cuáles serían las prioridades en este sentido?

El Estado de bienestar se ha desarrollado para la población general, pero en el caso de las personas con enfermedad mental y sus familias, continúa sin atenderse un abanico de necesidades. Una prioridad sería proporcionar un mayor apoyo a las familias. Las personas con enfermedad mental deben tomar un tratamiento farmacológico y, simultáneamente, organizar su vida cotidiana. En muchos casos, permanecen en su domicilio, y la enfermedad mental conlleva una gran carga para los familiares. Los centros ocupacionales, los talleres ocupacionales, la atención diurna y nocturna, las estancias residenciales cortas o la asistencia de educadores en el domicilio son algunos de los apoyos que se pueden ofrecer a las familias. Otra prioridad se centraría en las personas con enfermedad mental que no pueden, por diversas razones, convivir en el domicilio familiar, en cuyo caso, se debería ampliar la red de recursos residenciales adaptada a diferentes perfiles con mayor o menor autonomía de funcionamiento personal y social. Por último, creo que el acceso a la formación para el empleo adaptada a los diferentes momentos de la enfermedad mental debería desarrollarse, no de manera segmentada, sino dentro de un circuito que

abarcara la formación, la ocupación y el empleo de una manera dinámica, es decir, que en cada momento de la enfermedad, la persona pueda ‘adelantarse’ o ‘atrasarse’ en el circuito de manera flexible. Quizás la persona con enfermedad mental pueda trabajar, y en un momento de recaída, deba volver al taller ocupacional o al formativo, para después retomar el empleo. Este circuito ocupacional-formativo-laboral sería apto para las personas que viven en el domicilio familiar propio, apoyadas en ocasiones por un educador, y también para las personas que han accedido a recursos residenciales.

La desinstitucionalización de las personas con enfermedad mental comenzó hace casi treinta años. ¿En qué grado se ha alcanzado la integración social que perseguía esa medida? ¿Cuáles son los mayores obstáculos que persisten en la vida diaria de estas personas?

La desinstitucionalización hace referencia a enfermedades mentales graves, mayoritariamente esquizofrenia, que conlleva, en numerosas ocasiones, aspectos disfuncionales en las actividades sociales habituales (incluido el ocio, el trabajo y el estudio), así como en las relaciones sociales e interpersonales. La enfermedad irrumpe en edades jóvenes, en que la persona está desarrollando su potencial formativo, laboral y relacional. Este corte drástico vital supone un obstáculo para alcanzar los niveles competenciales exigidos por la sociedad actual, por lo que la enfermedad, en sí misma, dificulta la integración social, colocando a la persona que la sufre en clara desventaja. Otro obstáculo importante para la integración es el estigma. La lucha contra la estigmatización de la enfermedad mental continúa activa, y sigue siendo imprescindible incidir en ella, ya que entorpece de manera notoria la integración de estas personas como ciudadanos de pleno derecho.

Como sucede con otros ‘colectivos’, las personas con enfermedad mental no forman un grupo homogéneo. ¿Hasta qué punto y de qué manera las políticas sociosanitarias tienen en cuenta esa diversidad? ¿Cuáles serían los ‘perfiles’ más vulnerables?

Hablamos de personas y, por tanto, cada una de ellas tiene su propia biografía, su entorno familiar y social, es decir, unas circunstancias vitales que favorecerán o entorpecerán su desarrollo personal y su integración social. Una característica común a la mayoría de estas personas es que no han desarrollado la capacidad de reclamar, reivindicar y perseguir mejoras, es decir, que son personas sin voz social, que históricamente permanecen calladas. Prácticamente la totalidad son vulnerables, y muchas se encuentran en situación de exclusión. Por las disfunciones sociales que presentan y la falta de formación y accesibilidad al empleo, podemos hablar de un perfil de personas abocadas a situaciones de pobreza y aislamiento. Las personas activas laboralmente son muy pocas, y casi todas trabajan en empleos especiales de baja remuneración. Quienes han accedido y mantenido puestos de trabajo, con derecho a pensiones contributivas son escasos/as, y perciben pensiones muy bajas, ya que su sueldo también lo era, por falta de formación previa para un puesto cualificado, o por haber accedido a situaciones especiales de empleo. Las personas que perciben, por su grado de discapacidad, pensiones no contributivas en la modalidad de invalidez, no disponen de poder adquisitivo para acceder a una vivienda, de manera que tienen que depender de prestaciones económicas adicionales. Existe otro perfil de personas que no alcanzan un grado de discapacidad suficiente para acceder a una pensión no contributiva, aun teniendo muchas dificultades para llevar una vida autónoma. Quizás éste sea el perfil más desfavorecido, porque tampoco alcanza un grado de dependencia que le genere derechos, o bien se los generará a largo plazo, por lo que termina quedando 'en tierra de nadie'. Por otra parte, por su propia enfermedad y circunstancias vitales, en muchas ocasiones no pueden vivir con sus familias, pero tampoco lo pueden hacer de forma totalmente autónoma, por lo que precisan de alojamientos tutelados o supervisados, con un coste económico añadido.

¿Qué ha supuesto la Ley de Dependencia en el terreno de la enfermedad mental?

Para la población general, ha supuesto el reconocimiento de derechos subjetivos, lo cual es un avance muy importante, pero también muy difícil de aplicar y desarrollar. Respecto al colectivo de las personas con enfermedad mental, se han desarrollado algunos aspectos muy importantes, como son los recursos residenciales y el apoyo a proyectos promovidos por la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Álava (ASAFES). Estos proyectos, que esperamos

vean la luz en breve, son un centro de día y un taller ocupacional. Sin embargo, los recursos residenciales no son suficientes, y el acceso a ellos no siempre tiene en cuenta los diferentes perfiles de los/las usuarios/as. Por otra parte, no existen residencias homologadas que permitan acceder a la prestación económica por servicio, como ocurre en tercera edad. Haría falta promulgar un decreto foral que regulara las residencias para personas con enfermedad mental y que, por tanto, diera acceso a iniciativas privadas homologadas sostenibles. ■

Protocolos de coordinación sociosanitaria en salud mental

manera integral". Para articular la necesaria cooperación entre profesionales de distintas instituciones, la Oficina de Trabajo Social de la Red de Salud Mental de Álava ha elaborado e implantado un protocolo de colaboración con el Departamento de Intervención Social del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Esta herramienta, pretende, en palabras de Balaga, "mejorar la coordinación, el intercambio de información y la derivación de casos; hacer más fluido el acceso de los/as usuarios/as a los servicios y prestaciones de ambas redes; elaborar itinerarios de inserción social compartidos; y estudiar posibles colaboraciones en programas y proyectos de intervención conjunta entre ambas instituciones". Una comisión conjunta se encarga de evaluar el funcionamiento cotidiano del protocolo, abordando las dificultades que van surgiendo y revisándolo cuando se considera necesario.

Los resultados obtenidos hasta ahora parecen satisfactorios. Balaga explica cómo, "en sus diez meses de funcionamiento, un total de 152 personas con

enfermedad mental han sido objeto de intervención conjunta. Al 8,55% se les ha facilitado el acceso a alojamientos municipales, y al 48% se les ha derivado a los programas municipales de inserción sociolaboral. Por otro lado, el 17,76% de los casos (27) han sido abordados en la comisión de evaluación y seguimiento, o bien han sido coordinados por las técnicas referentes de ambas instituciones. Por último, en uno de cada cuatro casos (39), ha sido necesaria la derivación entre instituciones". Además, se han mantenido 18 reuniones con los diferentes servicios de las instituciones implicadas, que han reunido a un total de 160 profesionales de la Red de Salud Mental de Álava y los Servicios Sociales municipales.

De cara a 2011, está previsto firmar sendos protocolos de coordinación con la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Álava (ASAFES), la Fundación Tutelar Beroa y el Instituto Foral de Bienestar Social de Álava. Los dos primeros de esos documentos, de hecho, ya se están elaborando.

CRISTINA BALAGA defiende la coordinación sociosanitaria en el ámbito de la salud mental como un elemento "imprescindible", porque "la persona es un todo y debe ser abordada de