

REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL EN RESIDENCIAS DE MAYORES.

Autor principal:

LYDIA
TEBAR
GARCIA

Segundo co-autor:

FRANCISCO
CORRALES
GUALDA

Área temática:

Calidad y prácticas seguras en el área de Enfermería en Salud Mental

Palabra clave 1:

Rehabilitación

Palabra clave 2:

Reinserción social

Palabra clave 3:

Salud mental

Palabra clave 4:

Residencia de mayores

Resumen:

Introducción: Tras la reforma psiquiátrica realizada en España, se desinstitucionalizó el sistema manicomial, dando lugar a una rehabilitación y reinserción social.

Material y métodos: Estudio descriptivo híbrido, cuantitativo/cualitativo. El estudio cuantitativo recoge información de las historias clínicas del total de residentes menores de 65 años con trastorno mental, 10 hombres y 4 mujeres. Se escogieron variables sociodemográficas y clínicas, llevando a cabo un análisis univariante. El estudio cualitativo recoge información a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a un profesional de enfermería y a dos residentes, de las que se analizó el contenido de los discursos y se seleccionaron los comentarios clave.

Resultados: Los residentes estudiados en su mayoría son autónomos, con un nivel socioeconómico medio y todos se encuentran solteros. El eje del plan terapéutico, según los entrevistados, es la rehabilitación “física”, pero tratada como algo voluntario, y no se contempla la reinserción, incluida la laboral.

Conclusiones: La información obtenida apunta a que este Centro se define por un perfil “asilar” asumiendo la estancia de estos residentes en el Centro como definitiva.

Antecedentes/Objetivos:

Las enfermedades mentales suponen un 40% de las enfermedades crónicas, esto hace necesario

determinar la importancia que tiene la rehabilitación y reinserción social de estas personas, lo que provocaría una mejoría y una disminución de estigmas hacia este tipo de enfermos. Pese a este porcentaje, otras enfermedades suponen mayor importancia para la sociedad.

Hace años en España los enfermos mentales estaban reclusos en “manicomios” que les generaban la marginación y el olvido. Se les sometía a una hospitalización forzosa a la vez que se les alejaba de la sociedad, donde el único fin era minimizar los síntomas mediante medidas farmacológicas y contención mecánica.

Tras la II Guerra Mundial la Reforma Psiquiátrica se plasmó en una serie de leyes ordinarias que eliminaban la discriminación al enfermo mental, por lo que se buscaba igualar el trato de una enfermedad mental con el de cualquier otro tipo de patología, configurando así la Ley General de Sanidad de 1986, en su artículo 20. También se reformaron los programas formativos de médicos residentes y se crearon especialidades de enfermería en salud mental y psicología.

Los principios de esta Reforma buscaban la transformación de la asistencia psiquiátrica hacia un modelo comunitario y desinstitucionalizador con la completa integración en la sanidad general.

Planteamos como objetivo: Caracterizar el plan de rehabilitación y reinserción, destinado a pacientes con trastorno mental crónico, desarrollado en una Residencia de Mayores.

Descripción del problema - Material y método:

El estudio se ha llevado a cabo en una Residencia de mayores de Toledo, porque reúne las condiciones de una residencia de mayores en la que residen personas con trastorno mental, junto con que facilitaron información y participación. Por deseo expreso de la Dirección del Centro, no se identifica el nombre de esta Residencia.

La población de estudio se configuró en dos tipologías. Por un lado, pacientes diagnosticados de una enfermedad mental residentes en este Centro (n=18). Se excluyó de esta población a aquellos mayores de 65 años (superada esta edad ya se cumplen las condiciones para poder residir en una residencia de mayores), por lo que finalmente quedaron 14.

Por otro lado, y dado que la información que aportaban las historias clínicas parecía insuficiente para describir los planes de rehabilitación y reinserción implementados, se proyectó el estudio con la intención de entrevistar además a varios pacientes y profesionales que, si bien en un principio dieron su consentimiento, posteriormente se negaron a participar. En consecuencia, finalmente se seleccionó a una profesional que atiende directamente a estos pacientes, en concreto la supervisora de enfermería, y diez residentes afectados de trastorno mental. La voluntariedad se constituyó como único criterio de exclusión.

Se diseñó un estudio descriptivo híbrido, cuantitativo/cualitativo.

Se emplearon variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil), y clínicas (diagnostico, grado de dependencia).

Se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo.

Resultados y discusión:

A través de las entrevistas realizadas, se reflejaron aspectos sobre organización y programas que sigue el Centro. Respecto a las historias clínicas, éstas muestran únicamente información clínica de cada paciente, no aspectos sobre rehabilitación y reinserción; encontrándose estos datos en las historias del psicólogo.

La supervisora de enfermería de esta residencia nos comenta que cuando un enfermo mental ingresa en este Centro se llevan a cabo por parte de la enfermería una serie de valoraciones por patrones funcionales y necesidades de salud, al igual que psicólogo, fisioterapeuta y terapeuta

ocupacional realizan sus respectivas valoraciones. Estas valoraciones serán revisadas cada tres meses, y semanalmente se reúne todo el equipo y revisan el PAI (proceso de atención interdisciplinar).

Sin embargo, pese a que se revisa semanalmente el PAI, los residentes admiten que ellos no hablan con el psicólogo, ni con los terapeutas, etc, simplemente van al médico si se encuentran mal.

También según la información obtenida de las historias clínicas, muchos de estos residentes no son conscientes que van a estar en este Centro definitivamente, por ejemplo, uno de ellos se prepara la maleta todos los días para volver a su casa.

La supervisora comenta que estos residentes están incapacitados civilmente y precisan de un tutor, el cual puede ser algún familiar que pueda hacerse cargo de él y se dispongan de este tipo de plazas, o bien, que no tengan tutor y una vez conseguida esta plaza se les asigna un tutor de la asociación FISLEM.

Respecto a la visión de la rehabilitación por parte de la supervisora, refiere que en este tipo de personas se suele dar la negación a realizar la rehabilitación, y la necesiten o no, no están obligados a hacerla, aunque se les intenta convencer de que la realicen.

Según se desprende de la información aportada por las personas entrevistadas y las historias clínicas consultadas, en la Residencia de Mayores objeto de análisis, pese a que la mayoría de los residentes con trastorno mental crónico son autónomos, y menores de 65 años, su forma de vida no dista mucho de la de un anciano interno en una residencia.

Las relaciones sociales se desarrollan en gran medida en los límites de la Residencia (y particularmente “entre ellos”), su ubicación fuera de la ciudad no facilita el contacto con vecinos u otros grupos sociales.

Los programas de rehabilitación y reinserción desarrollados son estándares, proyectados por los profesionales, de carácter voluntario, y al parecer despiertan poco interés en los residentes. Además, parecen estar más dirigidos a la adaptación al Centro que a la autonomía personal en su sentido más amplio, puesto que los propios afectados no intervienen en el proceso de valoración o evaluación de sus comportamientos, sino que siempre son supervisados.

La estancia de estos residentes suele ser definitiva, por lo que sería necesario revisar los factores que están influyendo en ello más allá de las circunstancias familiares que muchos comparten.

Por todo ello, podríamos concluir que en la Residencia de Mayores estudiada, el plan de rehabilitación y reinserción social de los residentes con trastorno mental crónico reproduce un régimen fundamentalmente “asilar” que cuestionaría su idoneidad para este tipo de pacientes, si bien la información obtenida puede estar muy sesgada por las limitaciones metodológicas de este trabajo. En consecuencia, sería deseable desarrollar estudios de investigación dirigidos a determinar las posibilidades “reales” de estas instituciones como recursos sociosanitarios de los programas de rehabilitación y reinserción de las personas con trastorno mental grave.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

Con este estudio se pretende dar a conocer la situación de rehabilitación y reinserción en la sociedad de las personas con trastorno mental grave.

Se propone un nuevo punto de vista que permita, dotar de una mayor seguridad a estas personas que viven en residencias de mayores, para que puedan adquirir nuevos roles sociales, económicos, laborales y puedan integrarse de forma segura a la sociedad.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

Cabe inferir la necesidad de profundizar en este estudio, puesto que las personas entrevistadas

han sido escasas, no sólo en cuanto a número sino también en cuanto a categorías de personas existentes en el Centro. La selección y tamaño de la muestra vino dada por la voluntariedad y disponibilidad, y no por el criterio de “saturación del discurso”. Además, no haber utilizado otras estrategias para la obtención de información clave como, por ejemplo, la observación directa de las prácticas de los profesionales y residentes, ha impedido enriquecer la discusión. De esta manera se podrían desarrollar nuevas líneas de investigación con estudios cualitativos y cuantitativos más consistentes y amplios.

Bibliografía:

Gisbert C. El quehacer en rehabilitación psicosocial. Tratamiento integral de las personas con trastorno mental grave Madrid: AEN. 2003:355-66.

Guinea R. Breve recorrido por la historia de la Rehabilitación Psicosocial en España. Cuadernos Psiquiatría Comunitaria. 2007;7(2):135-45.

Muñoz AA, Uriarte JJU. Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud mental. 2013;6(26).

Visbal G. Autonomía del paciente frente a su enfermedad. Revista Científica Salud Uninorte. 2012;23(2).

Tharani A, Farooq S, Naveed A. Community mental health services: a way forward to rehabilitate chronic mentally ill client. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2012;24(2):140-3.
