

Evaluación de necesidades de personas con enfermedad esquizofrénica (CAN)

C. Rosales Varo^a, E. Torres González^a, Juan Luna-del-Castillo^b, E. Baca Baldomero^c y G. Martínez Montes^d

^a Departamento de Psiquiatría. ^b Departamento de Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada.

^c Departamento de Psiquiatría. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ^d Área de Proyectos de la Universidad de Granada.

Assessment of needs in schizophrenia patients

Resumen

Objetivo. Conocer las necesidades de los enfermos mentales crónicos y quién cubre estas necesidades, así como su relación con variables sociodemográficas, hechos fundamentales para la planificación de servicios.

Método. Se utilizó como herramienta el Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell (CAN) que permite objetivar y expresar de forma cuantitativa dichas necesidades. Se entrevistaron 246 pacientes diagnosticados de esquizofrenia y a los profesionales que les atienden. Estas necesidades fueron relacionadas con variables sociodemográficas.

Resultados. La media de necesidades obtenidas fue de 6,5 siendo las más frecuentes las relacionadas con actividades de la vida diaria, compañía, síntomas psicóticos, angustia, educación básica y administración de su dinero. Las variables sociodemográficas más asociadas a estas necesidades fueron: no tener pareja, nivel educacional bajo, y ser pensionista. El tipo de ayuda que reciben estos pacientes viene fundamentalmente de la familia, mientras que los servicios públicos ayudan a solventar necesidades preferentemente de tipo clínico.

Conclusiones. Las necesidades que presentan las personas con enfermedad esquizofrénica no difieren de las necesidades que tienen los grupos más desfavorecidos y marginales de nuestra sociedad. Por otro lado habría que destacar la excesiva carga familiar que supone este tipo de enfermos.

Palabras clave: necesidades, evaluación, Camberwell, esquizofrenia, carga familiar.

Summary

Background. To optimise appropriate planning of services, the care needs in patients with chronic mental illness, the organisms or individuals that cover these needs, and the relationships between specific needs and sociodemographic variables should be identified. This study was designed to assess needs in a population of persons with mental illness.

Methods. The Camberwell Assessment of Need (CAN) questionnaire was used to obtain and report quantitative information on needs. A total of 246 patients diagnosed as having schizophrenic disorder and 246 staff members of public mental health services, all living and working in the province of Granada (southern Spain, n = 187) or the city of Madrid (central Spain, n = 56), completed the questionnaire. Regression analysis was used to identify correlations between needs and sociodemographic variables.

Results. Mean needs score was 6.5; the most frequent needs were those related with daytime activities, company, psychotic symptoms, psychological distress, basic education and money management. The sociodemographic variables most closely associated with these needs were: not living with a life partner, low educational level, and receiving state benefits. The type of help these patients received was mainly from the family (informal help); public services (formal help) covered mainly clinical needs.

Conclusions. The needs of persons with schizophrenic disorder do not differ from those of members of the more marginalised groups in Spanish society. Care provided by family members often represents a considerable burden on relatives.

Key words: schizophrenia, need assessment, family burden.

CORRESPONDENCIA:

C. Rosales Varo
Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina
Universidad de Granada
18071 Granada
Correo electrónico: rosalesvaro@terra.es

INTRODUCCIÓN

Con el proceso de reforma psiquiátrica emprendido en nuestro país desde los años 80 se ponen en marcha una serie de cambios estructurales y organizativos orientados a la implantación de un nuevo modelo de atención basado en la Psiquiatría Comunitaria. Esta nueva estruc-

turación pretende facilitar la accesibilidad de los servicios, además de favorecer el aprovechamiento por parte del paciente de sus recursos personales y de los recursos comunitarios, con objeto de alcanzar una óptima integración social del mismo.

Una población particularmente afectada por los cambios asistenciales es la constituida por las personas con enfermedad esquizofrénica, grupo al que por muy diversas razones convierten en objetivo prioritario de evaluación e intervención por parte de las administraciones públicas. La amplitud y complejidad de sus manifestaciones psicopatológicas, así como el alto número de ingresos y reingresos hacen de ella una de las enfermedades con mayor riesgo de marginación e inadaptación social, origen de graves y heterogéneas repercusiones personales, familiares y sociales.

Puesto que la integración en la comunidad de estas personas es el objetivo central de la reforma psiquiátrica, y no un mero cambio en la ubicación, se hace muy necesario conocer sus características y necesidades en un amplio orden de aspectos (clínica, conductual, social, familiar, etc.), como un paso ineludible para garantizar la cobertura de las necesidades más importantes de cada sujeto en su proceso de rehabilitación. Así pues, la evaluación de necesidades constituye una dimensión fundamental en la planificación, desarrollo y evaluación de los servicios psiquiátricos.

Se estima con carácter general, que el gradiente en las condiciones de vida se relaciona con la prevalencia de determinadas enfermedades mentales crónicas, de forma que una mayor carga de condiciones desfavorables repercute no sólo en el incremento de las tasas netas de prevalencia sino en el pronóstico de los casos. De ahí que la observación objetiva de las necesidades que aquejan a las personas afectadas pudiera ser un excelente camino para el estudio de esta relación.

Así pues, el objetivo fundamental de este estudio es detectar y analizar las necesidades del enfermo esquizofrénico en un área de Granada. Hemos utilizado el Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell (CAN). Tal instrumento ha sido traducido y validado por el grupo andaluz de investigación en salud mental de Granada¹.

El CAN parte de la premisa de que para decidir sobre la presencia o no de una necesidad deben ser tenidas en cuenta tanto la opinión del personal como la del usuario, por ello presentamos en este trabajo las similitudes y diferencias entre el paciente y el profesional que lo atiende en cuanto a su percepción de necesidad.

Este instrumento presenta un alto nivel de acuerdo entre los entrevistadores. Los resultados del estudio de fiabilidad presentados por el autor del instrumento² son altos ($r=0,99$ y $0,98$ para el paciente y el profesional respectivamente $p<0,001$) y concuerdan con los obtenidos en nuestro estudio, cuyos resultados serán publicados en otro artículo, donde también hemos encontrado una alta fiabilidad ($r=0,98$ y $0,97$ para el paciente y el profesional respectivamente $p<0,001$).

METODOLOGÍA

Objetivos

1. Determinar qué tipo de necesidades tienen las personas con trastorno esquizofrénico que son beneficiarias de los servicios de salud mental.
2. Conocer si estas necesidades están solventadas o no, y si lo están, por parte de quién: ¿la familia o los servicios sociales y/o sanitarios de la zona?
3. Determinar si las necesidades difieren según el ámbito de residencia: rural, urbano o metropolitano.
4. Estudiar qué otros factores sociodemográficos influyen sobre las cuestiones anteriores.

Selección de la muestra

El total de casos entrevistados fue de 246 pacientes que viven en la comunidad y están en contacto con los servicios de salud mental. De acuerdo con el objetivo 3 nos planteamos estudiar si las necesidades de las personas con esquizofrenia difieren según residan en una zona rural, urbana o metropolitana, por ello la distribución de la muestra fue la siguiente: se eligió como característico de rural el Distrito Sanitario de Loja con un total de 72 pacientes, los residentes en la ciudad de Granada como zona urbana con un total de 115 pacientes y como zona metropolitana el área 6 de Madrid ($n=59$).

Los criterios de inclusión fueron: estar diagnosticado de esquizofrenia o trastornos afines (F20 a F29 de la CIE-10). Ser mayor de 18 años, residir en una de las áreas seleccionadas y estar en contacto con los servicios de salud mental durante 1995.

Para la muestra de Madrid los pacientes incluidos en nuestro estudio fueron los primeros 59 casos que habían sido atendidos de forma sucesiva en el momento de su ingreso en el Hospital de Día, dependiente del Servicio de Psiquiatría del Hospital Puerta de Hierro de Madrid.

Las otras variables sociodemográficas que se estudiaron fueron: edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia, nivel educativo y situación profesional.

Método estadístico

Para el conjunto de variables se llevó a cabo un análisis descriptivo, atendiendo fundamentalmente a la distribución de tales variables y, en el caso en que fue oportuno a medidas de posición, de tendencia central y de dispersión clásicas (mediana, medias, rango, desviación típica).

Con objeto de llevar a cabo un estudio detallado de cómo afectaban las diferentes variables (zona, edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia, nivel de estudios y situación laboral) a cada una de las necesidades se llevó a cabo el análisis de comparación de medias entre grupos usando la técnica no paramétrica de Kruskal-Wallis y posteriores comparaciones por parejas.

TABLA 1. Evaluación del nivel de necesidades para los 22 ítems del CAN y para los dos entrevistados (n=246)

	<i>Paciente</i>				<i>Profesional</i>			
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>9</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>9</i>
Alojamiento	224 (91,1)	19 (7,7)	3 (1,2)		233 (94,7)	8 (3,3)	5 (2,0)	
Alimentación	211 (85,8)	30 (12,2)	5 (2,0)		212 (86,2)	27 (11,0)	7 (2,8)	
Cuidado del hogar	216 (87,8)	26 (10,6)	4 (1,6)		209 (85,0)	27 (11,0)	9 (3,7)	1 (0,4)
Cuidado personal	217 (88,2)	23 (9,3)	6 (2,4)		201 (81,7)	31 (12,6)	13 (5,3)	1 (0,4)
Actividades diarias	109 (44,3)	54 (22,0)	83 (33,7)		92 (37,4)	59 (24,0)	95 (38,6)	
Salud física	209 (85,0)	30 (12,2)	7 (2,8)		206 (83,7)	31 (12,6)	9 (3,7)	
Síntomas psicóticos	27 (11,0)	201 (81,7)	18 (7,3)		12 (4,9)	194 (78,9)	40 (16,3)	
Información	154 (62,6)	64 (26,0)	28 (11,4)		205 (83,3)	26 (10,6)	7 (2,8)	8 (3,3)
Angustia	176 (71,5)	34 (13,8)	36 (14,6)		157 (63,8)	55 (22,4)	34 (13,8)	
Seguridad sí mismo	214 (87,0)	14 (5,7)	18 (7,3)		218 (88,6)	16 (6,5)	12 (4,9)	
Seguridad los otros	227 (92,3)	9 (3,7)	10 (4,1)		226 (91,9)	11 (4,5)	9 (3,7)	
Alcohol	235 (95,5)	7 (2,8)	4 (1,6)		219 (89,0)	11 (4,5)	15 (6,1)	1 (0,4)
Drogas	235 (95,9)	6 (2,4)	4 (1,6)		225 (91,5)	8 (3,3)	11 (4,5)	2 (0,8)
Compañía	235 (95,9)	6 (2,4)	4 (1,6)		117 (47,6)	47 (19,1)	82 (33,3)	
Relaciones pareja	203 (82,5)	5 (2,0)	34 (13,8)	4 (1,6)	216 (87,8)	3 (1,2)	19 (7,7)	8 (3,3)
Sexualidad	221 (89,8)	5 (2,0)	18 (7,3)	2 (0,8)	218 (88,6)	4 (1,6)	11 (4,5)	13 (5,3)
Cuidado hijos	238 (96,7)	4 (1,6)	4 (1,6)		239 (97,2)	3 (1,2)	4 (1,6)	
Educación básica	179 (72,8)	34 (13,8)	33 (13,4)		191 (77,6)	26 (10,6)	29 (11,8)	
Teléfono	233 (94,7)	1 (0,4)	12 (4,9)		231 (93,9)	2 (0,8)	10 (4,1)	1,2
Transporte	215 (87,4)	9 (3,7)	21 (8,5)	1 (0,4)	215 (87,4)	9 (3,7)	20 (8,1)	2 (0,8)
Dinero	175 (71,1)	53 (21,5)	18 (7,3)		172 (69,9)	51 (20,7)	17 (6,9)	6 (2,4)
Ayudas sociales	204 (82,9)	15 (6,1)	22 (8,9)	5 (2,0)	220 (89,4)	10 (4,1)	9 (3,7)	7 (2,8)

Resultados

De los 246 sujetos, 188 son hombres (76,4%) y 58 mujeres (23,6%). La edad media del conjunto muestral es de 39 años (desviación estándar de 11,16). Los solteros representan el 77,1% de la muestra, mientras que los casados sólo suponen el 17,8%. En cuanto al tipo de convivencia predominan aquellos que viven con su familia de origen (68,7%). El 41% tienen estudios primarios y el 57% son pensionistas.

En cuanto a la distribución de la muestra por zonas sólo habría que destacar que la zona metropolitana tiene un porcentaje de población joven mayor (los menores de 35 años suponen el 66%, mientras que en la zona rural y urbana es de un 32% y 40% respectivamente), y que la zona rural tiene un nivel educacional significativamente inferior a las otras dos zonas. En las demás variables estudiadas no existen diferencias significativas.

La tabla 1 muestra los distintos tipos de necesidad en función de los porcentajes de existencia o no de necesidad, según la opinión de los dos entrevistados paciente y profesional. Las respuestas son valoradas en una escala de 3 puntos: 0= no hay problema grave, 1= no hay un problema grave o el problema es sólo moderado debido a la ayuda proporcionada y 2= grave problema actual. Se ha puntuado 9 para la opción «desconocido».

La tabla 2 muestra la relación entre la media de necesidades y las distintas variables sociodemográficas. Como podemos observar la puntuación media de necesidades que tiene el paciente de la zona rural, según el profesional, es sustancialmente inferior a la reportada por el pa-

ciente de las zonas urbana y metropolitana ($p < 0,05$). Para el paciente el total de necesidades no difiere en promedio entre las tres zonas ($p = 0,2261$).

Según el profesional, los pacientes que no tienen pareja tienden a mostrar, en promedio, un nivel más alto de necesidades de los que viven en pareja ($p = 0,0240$). En cambio, cuando es el paciente el que puntúa las necesidades no hay diferencias significativas ($p = 0,4328$).

Para el paciente las necesidades totales son mayores en las personas que tienen menor nivel de estudios ($p < 0,0001$), para el profesional las necesidades no son diferentes según el nivel de estudios ($p = 0,8026$).

Para los dos entrevistados, las necesidades en promedio que alcanzan las personas pensionistas son significativamente superiores a las necesidades que tienen los pacientes no pensionistas ($p = 0,0004$).

La tabla 3 muestra la ayuda que recibe el enfermo esquizofrénico ante las necesidades que presenta, según el punto de vista de los dos entrevistados, paciente y profesional. La percepción del paciente es que la ayuda en la mayoría de las áreas evaluadas le viene de la familia, excepto las necesidades de tipo sanitario, que son cubiertas por los servicios de salud mental. La opinión del profesional, aunque coincide, es que el porcentaje de ayuda recibida por parte de los servicios públicos es mayor.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La media de necesidades obtenidas para la muestra de nuestro estudio fue de 6,47 y 6,49 para el profesional y

TABLA 2. Puntuación total de necesidades según las variables sociodemográficas

Covariables	Paciente	Personal
Zonas		
Rural	X= 7,19± dt 4,7	X= 5,43± dt 4,0
Urbana	X= 6,43± dt 4,5	X= 6,36± dt 5,0
Metropolitana	X= 5,83± dt 4,4 p= 0,2261	X= 7,96± dt 4,6 p<0,05
Edad		
< 35 años	X= 6,6± dt 4,8	X= 6,9± dt 4,8
35-45 años	X= 6,1± dt 4,2	X= 5,7± dt 4,2
> 45 años	X= 6,8± dt 4,5 p= 0,6239	X= 6,6± dt 5,1 p= 0,2243
Sexo		
Hombre	X= 6,5± dt 4,5	X= 6,5± dt 4,7
Mujer	X= 6,4± dt 4,6 p= 0,9318	X= 6,1± dt 4,7 p= 0,5343
Estado civil		
Con pareja	X= 6,6± dt 4,4	X= 6,79± dt 4,7
Sin pareja	X= 6,0± dt 4,9 p= 0,4328	X= 5,02± dt 4,2 p= 0,0240
Tipo de convivencia		
Familia de origen	X= 6,4± dt 4,6	X= 6,7± dt 4,8
No familia de origen	X= 6,6± dt 4,4 p= 0,7233	X= 5,9± dt 4,3 p= 0,2261
Nivel educacional		
< est. primarios	X= 7,4± dt 4,6	X= 6,5± dt 4,7
> est. primarios	X= 5,1± dt 4,0 p< 0,0001	X= 6,3± dt 4,6 p= 0,8062
Situación laboral		
Jubilados	X= 7,4± dt 4,3	X= 7,0± dt 4,5
No jubilados	X= 5,3± dt 4,5 p= 0,0004	X= 5,79± dt 4,8 p= 0,0468

dt= desviación típica; X= media de necesidades.

paciente respectivamente; no existiendo diferencias significativas entre ambos entrevistados ($p=0,734$).

Nuestros datos son enmarcables dentro del rango de necesidades comunicadas por otros estudios europeos, para los que se han empleado dos instrumentos de evaluación de necesidades^{2,3}. Si observamos la tabla 4 podemos comprobar que la variabilidad de las cifras es notable, oscilando entre 2,8 y 10,6. Sin embargo, la variabilidad con el CAN se reduce a un rango de 5,2-8,1. Estas diferencias pueden ser debidas a varias causas:

1. En teoría podría obedecer al empleo de instrumentos diferentes para evaluar las necesidades. No parece el caso, no obstante, ya que los extremos del rango se alcanzan con el mismo instrumento.

2. A las diferencias entre los distintos sistemas sanitarios de atención a la salud mental que, aunque compartiendo una orientación hacia la atención comunitaria, están compuestos por diferentes recursos asistenciales.

3. El tipo de pacientes incluidos en cada estudio debe influir de manera apreciable; es decir, si se trata de pacientes que viven en la comunidad, o por el contrario si son enfermos que están ingresados. Los estudios que tienen una media de necesidades menor (Verona 3,8;

TABLA 3. Porcentaje de ayuda formal e informal prestada en cada una de las necesidades

Necesidades	Paciente		Profesional	
	Ayuda informal	Ayuda formal	Ayuda informal	Ayuda formal
Alojamiento	63,6	18,2	61,5	38,5
Alimentación	80	28,5	76,4	41,2
Cuidado del hogar	83,3	33,3	83,3	41,6
Cuidado personal	82,7	34,5	84,1	41,0
Actividades diarias	72,3	69,3	64,9	78,0
Salud física	77,1	70,2	80,0	87,5
Síntomas psicóticos	63,9	92,2	72,6	99
Información	40,2	51,0	45,4	69,6
Angustia	68,5	56,0	68,5	92,0
Riesgo para sí mismo	56,25	72,0	89,2	82,1
Riesgo para los demás	42,1	52,6	45	85
Alcohol	72,7	54,5	69,2	88
Drogas	90	60	52,6	94,7
Compañía	100,0	60	71,3	74,4
Relaciones de pareja	33,3	20,5	22,7	41,0
Sexualidad	21,7	26	26,6	46,6
Cuidado de los hijos	62,5	50	57	71,4
Educación básica	89,5	37,3	83,6	51
Teléfono	69,2	7,7	75	-
Transporte	76,6	30	75,8	38,0
Dinero	95,7	7,0	38,2	13,2
Prestaciones sociales	54,0	43,2	78,9	68,4

Groningen 4,2 y Santander 4,8)⁴⁻⁶ están basados en muestras de pacientes externalizados; mientras que los que tienen mayores cifras se basan en pacientes de larga estancia hospitalaria y pacientes sin residencia habitual^{7,8} (tabla 4).

Si observamos la tabla 1 comprobaremos que las necesidades ligadas a la sintomatología clínica como son síntomas psicóticos y angustia, aparecen con mayor frecuencia en opinión de los entrevistados: paciente y profesional que lo atiende. Este hecho concuerda con las características de la muestra: pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que consultan en servicios de salud mental.

Otras necesidades más destacadas son las relacionadas con actividades de la vida diaria. Para el profesional las personas con enfermedad esquizofrénica no suelen estar adecuadamente ocupadas en actividades domésticas o sociales. Pero la opinión del paciente es diferente; según éste, sí están ocupados y tienen suficientes actividades. Tal discrepancia podría estar relacionada con los «síntomas negativos» de la enfermedad marcados por la apatía y la inactividad. Estos aspectos de las necesidades (y de la propia percepción de dichas necesidades) de este grupo de población son determinantes a la hora de cuantificar los servicios que reciben o deberían recibir como grupo de población.

En relación con la variable compañía, que se refiere al nivel de relaciones interpersonales desarrollado, desde la perspectiva del profesional que los asiste los individuos

TABLA 4. Media de necesidades en distintos países europeos

<i>Autor</i>	<i>Zona de estudio</i>	<i>Instrumento</i>	<i>n</i>	<i>Tipo de pacientes</i>	<i>Media</i>
Brewin, 1988 ¹⁴	Camberwell	NCA	145	Ambulatorios	7,1
Lesage, 1991	Verona	NCA	37	Ambulatorios	3,8
Hogg y Marshall, 1992 ⁷	Oxford	NCA	46	Sin hogar	9,1
Pryce, 1993 ⁸	S.Glamorgan	NCA	156	Hospitalizados	10,6
Van Haaster, 1994 ¹⁵	Montreal	NCA	98	Ambulat./hospitalizados	8,4
Wiersma, 1994	Groningen	NCA	47	Ambulat./hospitalizados	4,2
Moreno ^a , 1994	Granada	NCA	83	Ambulatorios	7,3
Honkonen, 1995 ¹⁶	Tampere	NCA	107	Ambulat./hospitalizados	7,6
Phelan, 1995	Londres	CAN	49	-	8,1
Hansson, 1995 ¹⁷	Suecia	CAN	119	Ambulat./hospitalizados	5,29
Haro, 1998 ^b	Barcelona	CAN	196	Ambulatorios	6,0
EPSILON ^c	Centros europeos	CAN	400	Ambulatorios	5,35
Rosales, 1997	Granada	CAN	247	Ambulatorios	6,5

^a Datos publicados en Salize, et al (1999). ^b Datos no publicados. Comunicación al III Congreso Nacional de Psiquiatría. Gerona, 1998. ^c Amsterdam, Copenhague, Londres, Santander y Verona.

que componen la muestra no se relacionan bien, y se sienten a menudo solos y aislados, opinión que no es compartida por los interesados, quienes no perciben este campo como deficitario.

Resulta interesante destacar que las personas con trastornos esquizofrénicos de nuestro estudio no presentan prácticamente problemas en un área básica como es el alojamiento (94,7% no tienen esta necesidad según el profesional y según el paciente un 91,1%), (tabla 1), a diferencia de lo que ocurre en otros lugares de Europa. Esto respondería fundamentalmente a que culturalmente en España vivir con la familia de origen no se percibe como problema, y por tanto no se plantea como una necesidad. También influye que la muestra estudiada corresponde a población asistida en la comunidad, lo que reduce la probabilidad de que se incluyan en la misma personas que tendrían problemas de esta índole como son los vagabundos, como a pacientes hospitalizados con necesidades de alojamiento, etc.

Las variables sociodemográficas que aparecen más asociadas al total de necesidades estudiadas son la zona, la situación profesional, el nivel educacional y el estado civil (tabla 2):

1. La zona: nos planteamos estudiar si la población esquizofrénica tiene diferentes necesidades en función de que resida en un medio rural, urbano o metropolitano. Hemos encontrado que, mientras que para los enfermos mentales de estas tres zonas no hay diferencias en cuanto a sus necesidades, al preguntar a los profesionales que les atienden, éstos opinan que sí las hay. Estas diferencias consistirían en que los esquizofrénicos residentes en las áreas urbana y metropolitana tendrían mayor necesidad de apoyo para las actividades diarias, cuidado personal, alimentación y cuidado del hogar, así como para los problemas relacionados directamente con su enfermedad (angustia, información, riesgo para sí mismo, etc.).

Estos datos nos han hecho plantearnos la duda de si en el medio rural habrá una mayor capacidad para tole-

rar, contener y ocupar a la población esquizofrénica. Podría también ser debido a una causalidad exógena. El entorno urbano está lleno de estímulos estresantes, pero también de condicionantes culturales que incrementan la conciencia de ciudadano con derechos y necesidades. Por el contrario, el medio rural, con su tipo de vivienda y de comportamiento familiar y social, elevaría el umbral de percepción de problemas y necesidades.

También nos hemos planteado la hipótesis complementaria de que las personas que atienden a este grupo social en el medio rural tengan un umbral más alto de tolerancia a las necesidades de sus enfermos.

2. La situación profesional: el 57% de los pacientes de la muestra son pensionistas. La mayoría tienen el carácter de incapacitados para trabajar y sólo el 5% de ellos tienen más de 65 años. Estas cifras nos indican lo invalidante de esta enfermedad y el alto coste social que conlleva. Estas personas sufren discapacidades y minusvalías de mayor entidad, las mismas que motivaron el expediente de incapacidad laboral; lo cual por sí mismo representa un importante indicador a la vez que una explicación del alto índice de necesidades que presenta este sector de la población.

3. El nivel educacional: los pacientes que no han sido capaces de completar sus estudios primarios (que suponen un 58% del total de la muestra) son los que presentan un índice mayor de necesidades. La explicación más plausible viene dada por el hecho común a toda población, sana o enferma, de que la falta de formación dificulta el hallazgo de alternativas a los problemas.

4. La tercera variable que hemos encontrado con influencia en el nivel de necesidades es el estado civil. Así, los pacientes con pareja presentan un nivel de necesidades inferior a la media, de forma que la pareja viene a suplir algunas de las necesidades de estas personas.

Nos planteábamos como segundo objetivo, averiguar por parte de quiénes se atendían las necesidades que afectaban a la población en estudio. Recordemos que los

cuidados brindados para solventar las necesidades pueden ser informales (por parte de la familia y/o amigos) o formales (por parte de los servicios públicos).

Según el profesional, las áreas de necesidad sobre las que los pacientes reciben más a menudo ayuda de los servicios públicos (sean sanitarios o sociales) son las de tipo sanitario (que se relacionan con la salud física, los síntomas psicóticos, la angustia, el riesgo para los demás, y el abuso de alcohol o de drogas), y las relativas a las relaciones interpersonales (es decir, las actividades diarias, la compañía, las relaciones de pareja y la sexualidad) (tabla 3).

Mientras que en opinión del profesional la ayuda que proviene de los familiares y amigos, se centra en atender las necesidades relativas al funcionamiento diario (como el cuidado del hogar o el cuidado personal), o las necesidades básicas (relacionadas con el alojamiento y la alimentación); también la familia y amigos prestan su apoyo para que el enfermo pueda tener acceso a algunos servicios públicos, como pueden ser la educación básica, el teléfono, el transporte y las prestaciones sociales. La administración del dinero es otra necesidad que, cuando está presente, es generalmente atendida por la familia.

En cambio, la opinión del paciente es muy diferente. Su percepción es que la ayuda en la mayoría de las áreas le viene fundamentalmente de la familia, excepto en las necesidades de tipo sanitario (tratamiento de sus síntomas psicóticos, información sobre su enfermedad, y atención a los problemas que pudieran derivar en un riesgo para sí mismo o un riesgo para los demás) que son cubiertas por los servicios de salud mental.

Como puede verse hay una coincidencia manifiesta entre los usuarios y sus cuidadores en que los problemas de tipo clínico son atendidos por el sistema sanitario; en opinión de los afectados empero, la respuesta a los otros problemas la encuentra por lo general en la familia.

Esta cuestión pone de manifiesto la compleja situación de la familia del paciente psiquiátrico en contacto con los servicios comunitarios y, por ende, el importante papel que las orientaciones asistenciales modernas asignan a los cuidados informales.

Las reformas psiquiátricas, con activos programas de reducción de camas asilares y de externalización de enfermos psiquiátricos desarrolladas en los últimos años, han transferido a los familiares de los pacientes psiquiátricos diversas funciones que formalmente eran llevadas a cabo por los hospitales psiquiátricos^{9,10}; y lo que debía haber sido un proceso concertado de corresponsabilización progresiva, en ocasiones se convirtió en una sobrecarga familiar¹¹ de difícil justificación.

Nuestros datos confirman esta valoración. Si observamos la composición del tipo de convivencia de nuestra población objeto de estudio podemos comprobar que la mayoría de los sujetos viven con sus familiares, particularmente con sus padres (68,7%), por lo que la familia se convierte en un soporte fundamental para el cuidado de los pacientes con esquizofrenia. Estos datos contrastan con otros estudios europeos¹² donde el porcentaje de pacientes esquizofrénicos que viven con su familia de ori-

gen es bastante más bajo como es el caso de Manheim donde supone sólo un 20%.

Son datos que nos deben alertar sobre la relevancia de desarrollar programas que se centren en la reducción de la carga familiar, especialmente en países de menor nivel de desarrollo de los servicios comunitarios.

Nos parece que nuestra población de alienados estudiada no es tan ajena, a la postre y en muchos aspectos, de la población general. En efecto, ambas poblaciones se ven afectadas por similares variables sociodemográficas. Las que suelen actuar como «factor de protección» (familia o pareja) o como «factor de riesgo» (bajo nivel de estudios) se asemejan mucho para ambas poblaciones.

Del mismo modo, algunas de las necesidades más prevalentes de tipo social (actividades diarias y compañía) entre las personas con trastorno esquizofrénico, suelen afectar también a amplios sectores de las que no lo tienen: colectivos de desempleados, personas mayores, algunos grupos de jóvenes etc. en definitiva, personas que nutren los sectores más desfavorecidos de nuestra sociedad.

Incluso dentro de las necesidades de naturaleza clínica, los problemas relacionados con la angustia (29% a 36%) acaso no estén tan alejados de la prevalencia de este tipo de trastornos en la población general¹³. Debe recordarse que la «angustia» es uno de los síndromes más presente en la mayoría de los cuadros psiquiátricos.

Es por lo tanto, la suma del trastorno psicótico específico para el grupo de población estudiado, junto a factores de riesgo que también afectan a otros grupos, lo que hace a este colectivo especialmente vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Estévez JE, Moreno Küstner B, Torres González F, Luna del Castillo JD, Pelan M. Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. *Archivos de Neurobiología* 1997; 60:113-24.
2. Phelan M, Slade M, Thornicroft G. The Camberwell Assessment of needs: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995; 167:589-95.
3. Brewin CR, Wing JK, Mangen SP, Brugha TS, MacCarthy B, Lesage A. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: The MRC Needs for care assessment. *Psychol Med* 1987;17: 971-81.
4. Lesage A, Mignolli G, Faccinacani C, Tansella M. Standardized assessment of the needs for care in a cohort of patients with schizophrenic psychoses. *Psychol Med* 1992;19 (monograph supplement), 27-33.
5. Wiersma D, Giel R, de Jong A, Nienhuis FJ, Slooff CJ. Assessment of need for care 15 years after onset of a Dutch cohort of patients with schizophrenia, and an international comparison. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31:114-21.

6. McCrone P, Leese M, Thornicroft G, Schene AH, Knudsen HC, Vázquez Barquero JL, et al. Reliability of the Camberwell Assessment of Need-European Version. *Br J Psychiatry* 2000;177(Supl. 39):s34-s40.
7. Hogg LI, Marshall M. Can we measure need in the homeless mentally ill? Using the MRC Needs for Care Assessment in hostels for the homeless. *Psychol Med* 1992; 22:1027-34.
8. Pryce YG, Griffiths RD, Gentry RM. How important is the assessment of social skills in current long-stay in patients? *Br J Psychiatry* 1993;162:498-502.
9. Braun P, Kochansky G, Shapiro R. Overview. Deinstitutionalization of psychiatric patients: a critical review of out-come studies. *Am J Psychiatry* 1981; 138:736-49.
10. Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry* 1982; 139:1271-6.
11. Torres González F. Mental Health Care in Spain. *Psychiatric Bulletin* 1995;19:254-7.
12. Salize HJ, Moreno Küstner B, Torres González F, Reinhard I, Jiménez Estévez JF, Rösler W. Needs for Care and Effectiveness of Mental Health Care Provision for schizophrenic Patients in two European Regions. A comparison of Granada (Spain) and Mannheim (Germany). *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:328-34.
13. Goldberg GD, Huxley P. Enfermedad mental en la comunidad. Madrid: Ediciones Nieva; 1990.
14. Brewin CR, Wing JK, Mangen SP, Brugha TS, MacCarthy B, Lesage A. Needs for care among the long-term mentally-ill: a report from the Camberwell Height Contact Survey. *Psychological Medicine* 1988;18:457-68.
15. Van Haaster I, Van Lesage AD. Problems and needs for care of patients suffering from severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 1994; 29:141-8.
16. Honkonen T. Need for care and support in schizophrenia. A follow-up study of discharged schizophrenia patients. Academic dissertation. University of Tampere. Tampere, Finland.
17. Hansson L, Björkman T, Svensson B. The assessment of needs in psychiatric patients. (Interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell Assessment of Needs instrument and results from a cross-sectional study). *Acta Psychiatry Scand* 1995;0:1-9.