

Area de Salud Mental de Zamora.

**Manuel A. Franco Martín**

*Jefe Servicio de psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora.  
Profesor Facultad de Psicología de Universidad de Salamanca.  
Director del IBIP. Fundación Intras..*



## 1º Etapa

Hasta s. xx:

- No Técnicas Terapéuticas.
- Cuidar.
- Descripción de Síntomas.
- Diagnosticar.
- Terapias Biológicas Efectivas.
- Se impone el tratamiento.

## 2º Etapa

Hasta la Actualidad ??:

- Terapias Psicosociales.
- Multidisciplinar.
- Funcionamiento Social.
- Integración-Autonomía.
- De Paciente a Cliente (Persona).

## 3º Etapa

Evolución Personal



# PRIORIDADES EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD GRAVE Y PROLONGADA

PRIORIDADES	Media
Obtención de Empleo	3.9
Continuidad de Cuidados (G. Caso)	3.4
Efectividad del Tratamiento	3.3
Actitud de los Trab. Salud Mental	3.1
Rehabilitación	3.1
Alta cualificación Profesional	3.1
Serv. Comunitarios Accesibles	3.0
Necesidades de los Cuidadores	2.8
Responsabilidad de la red de salud Mental	2.8

Weeghel y cols. Psychiatric Rehabilitation Journal.2005

**ENCUESTA DE “EL MUNDO” SOBRE PRIORIDADES  
DEL TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL  
(ESQUIZOFRENIA)**

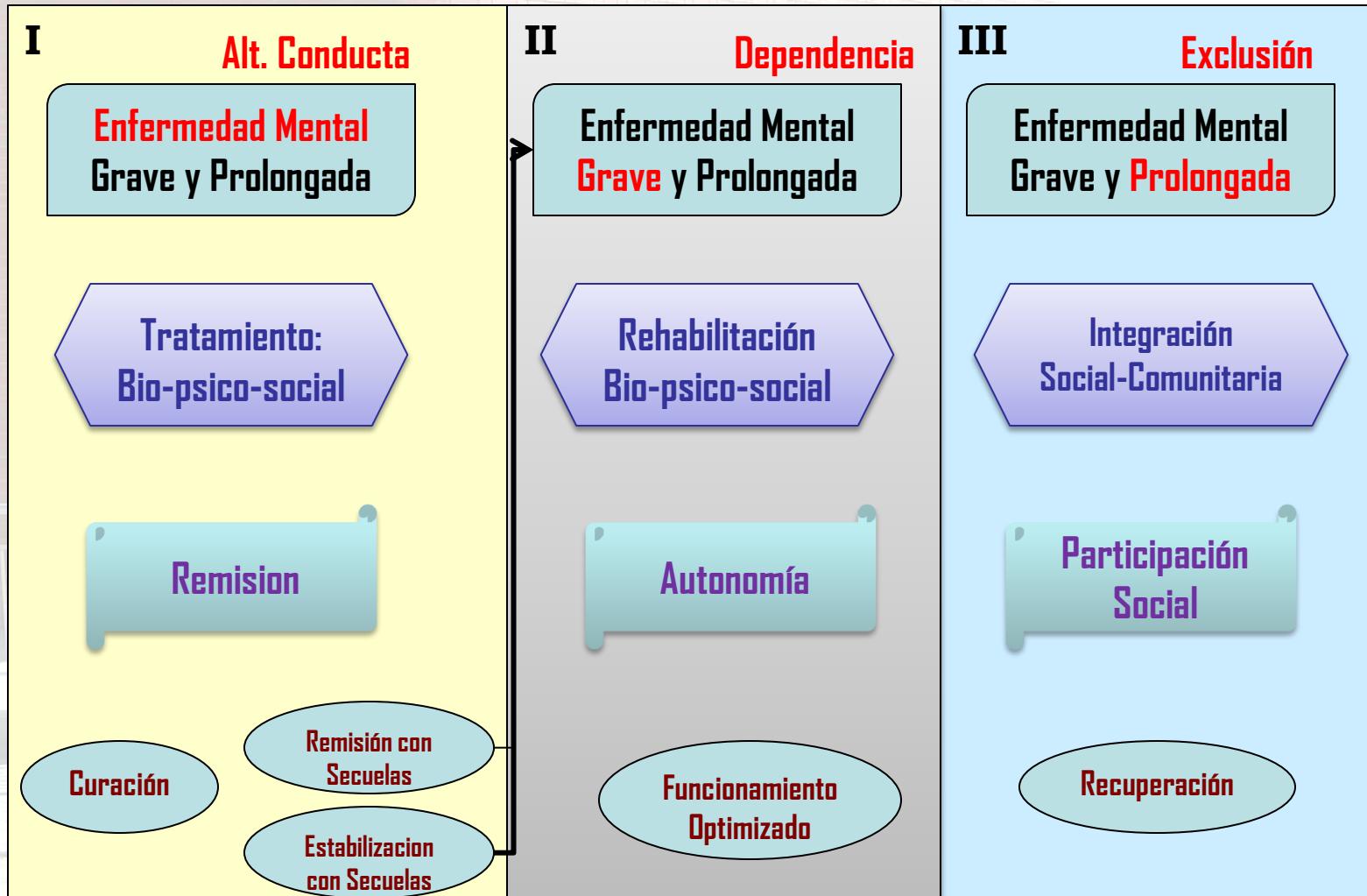
<b>PRIORIDADES</b>	<b>No Pacientes (Media)</b>	<b>Pacientes (Media)</b>
<b>Obtención de Empleo (1)</b>	<b>7.76</b>	<b>8.15</b>
<b>Continuidad de Cuidados (G. Caso)</b>	<b>8.2</b>	<b>7.53</b>
<b>Efectividad del Tratamiento (2)</b>	<b>8.86</b>	<b>7.9</b>
<b>Actitud de los Trab. Salud Mental</b>	<b>7.8</b>	<b>7.2</b>
<b>Rehabilitación (3)</b>	<b>8.08</b>	<b>7.67</b>
<b>Alta cualificación Profesional (4)</b>	<b>8.3</b>	<b>7.58</b>
<b>Serv. Comunitarios Accesibles</b>	<b>8.1</b>	<b>7.02</b>
<b>Necesidades de los Cuidadores</b>	<b>7.8</b>	<b>6.7</b>
<b>Responsabilidad de la red de salud Mental</b>	<b>8.4</b>	<b>7.55</b>

- Lo más relevante para ellos es la recuperación de la actividad productiva (empleo, escolarización...).
- Mayor relevancia estadísticamente significativa a los efectos secundarios de la medicación vs. Planificadores de salud mental.
- Familiares dan menor relevancia estadísticamente significativa al funcionamiento social vs. Planificadores de salud mental.

Shumway y cols., 2003. *Psychiatric Services*, 54

## Proyecto CATIE:

- Todos los fármacos mostraron modestas mejorías en el funcionamiento social y personal.
  - Las suspensiones prematuras del tratamiento limitan la posibilidad de conseguir mejoras sustanciales en los parámetros de funcionalidad.
  - Los pacientes que mantuvieron el tratamiento inicial y que tenían baja funcionalidad, consiguieron mejores resultados al final del estudio.
  - Para conseguir mejoras importantes en funcionalidad, son necesarios más servicios orientados a la rehabilitación psicosocial, incluyendo rehabilitación cognitiva.
- CATIE: Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness
  - Swartz, et al. Am J Psych 2007;164:428–436



# Integración Comunitaria y Participación Social

## ASIMILACIÓN

- Aceptación.
- Conformidad.
- Orientación.
- **NO ESTIGMA**

## APOYO – RED SOCIAL

- Relaciones próximas e íntimas.
- Múltiples relaciones con amplia red social
- OCIO.
- RELACIONES.

## OCCUPACIÓN-LABORAL

- Productividad.
- Placer.
- **EMPLEO**

## VIDA INDEPENDIENTE

- Independencia y autonomía.
- Situación Vital.
- **ALOJAMIENTO.**
- **AUTON. ECONOMICA.**

*El objetivo de la Rehabilitación Psicosocial es la AUTONOMIA de la persona y posterior **RECUPERACIÓN**, entendida como recuperación del proyecto de vida una vez han aparecido las consecuencias de la enfermedad, que es un concepto diferente a la **CURACIÓN**.*

(Anthony, Farkas)

- Supone apoyarse en las fortalezas de la persona
- Contar con el propio afectado para que construya un proyecto de vida que no esté basado sólo en los estándares de los profesionales.
- Crear escenarios, en los cuales los actores son los las PEMGYP.

- **Recuperación ≠ Curación.**
- Posibilidad de sobreponerse a los efectos de la enfermedad de forma que esta se asume y permite definir una nueva expectativa de vida: **nuevo proyecto vital**, en este proceso los profesionales somos acompañantes.
- - No supone la vuelta a los niveles de funcionamiento y autonomía previos a la enfermedad
  - No es desaparición de los síntomas
- Es un **nuevo referente en la visión de los servicios:**
  - ¿recurso centrados exclusivamente en el deterioro y las recaídas?
  - ¿recurso guiado por la recuperación de nuevos proyectos vitales?

**(Anthony, 2004, Farkas 2006 )**

- **Discapacidad Cualitativa:** no es una falta de capacidad sino una forma alterada de emplearla (oye bien pero tiene alucinaciones; puede andar pero no se mueve; etc....).
- **Evolución Discontinua:** Dificultad para la estabilización.
- **Predominio Sanitario:** Red de Atención Compleja paralela.
- **Estigmatización:** Peligrosas, imprevisibles... Falta de apoyo social y rechazo (incluso por los que los asisten).
- **Edad de Aparición:** en la adolescencia.

- **No acude a Demanda:** Cuanto peor está mayor riesgo de faltar.
- **Atención Multidisciplinar y Abordaje Bio-Psico-Social.**
- **Existencia de una Red de Salud Mental Compleja y mal jerarquizada:** objetivos ambiguos y de desarrollo desigual.
- **Atención Infanto-Juvenil diferenciada.**



**Actualmente, la atención directa al paciente (persona con enfermedad mental grave y prolongada) constituye una actividad multidisciplinar en la que deberán participar distintos profesionales y diferentes dispositivos y organizaciones**

Plochg y Klazinga (2002). International Journal for Quality in Health Care. 14(2): 91-101

**En consecuencia, la cooperación y coordinación entre estos profesionales y entre los diferentes dispositivos y organizaciones entre sí constituye una condición esencial para una atención de alta calidad.**

Plochg y Klazinga (2002). International Journal for Quality in Health Care. 14(2): 91-101

**En la *persona con enfermedad mental grave y prolongada* nuestra solución es: **EL METODO RETICULAR DE ATENCIÓN.****

**QUE ES:** Toda la red Integrada y coordinada (salud y social) en la continuidad de cuidados.

**PARA QUE:** Control de Síntomas Positivos (y Negativos) de las personas con Enfermedad Mental Grave y Prolongada



## 1. Estabilización Clínica.

Red Sanitaria

## 2. Autonomía

Rehabilitación Psicosocial.

## 3. Participación Social.

1. Empleo con Apoyo
2. Empleo Normalizado.

Red Social

Taller Prelaboral

Centro Formación Laboral.

**INTEGRACION:** Modelo Reticular.  
**RESPONSABILIDAD UNICA/INTEGRAL**

**RADAS.**





Sacyl

Un Trabajo Bien Hecho pero  
mal Coordinado.  
Y la comunicación ???



cas..





**Cuidados Integrados: métodos y modelos organizativos que tienen como objetivo reducir la fragmentación en la prestación de servicios sanitarios mediante el incremento de la coordinación y continuidad de cuidados entre diferentes dispositivos y profesionales.**

Plochg y Klazinga (2002). International J. for Quality in Health Care. 14(2): 91-101

# **MODELO RETICULAR (Recuperación en Rehabilitación Psicosocial)**



El **usuario** es considerado como un todo, y el cuidado se dirige específicamente a sus necesidades individuales. Las experiencias individuales del usuarios (cliente) son tenidas en cuenta, se promueve la responsabilidad en sus propias actuaciones, y se les ayuda a adquirir sus propias capacidades. Los Clientes participan en la planificación de los cuidados y en alcanzar sus fines.

Weeghel y cols. Psychiatric Rehabilitation Jorunal.2005

Organizar la red por psiquiatras:

- Decreto de organización Servicios Periféricos:
- Dirección Unica con el Jefe de Servicio

- **Supresión de reinos de Taifas.**
- **Si no vale se cambia.**
- **Responsabilidad de área única.**
- **Sustitución de Servicio por Red Asistencial.**
- **Asumir la salud mental y su gestión como algo propio e integral.**

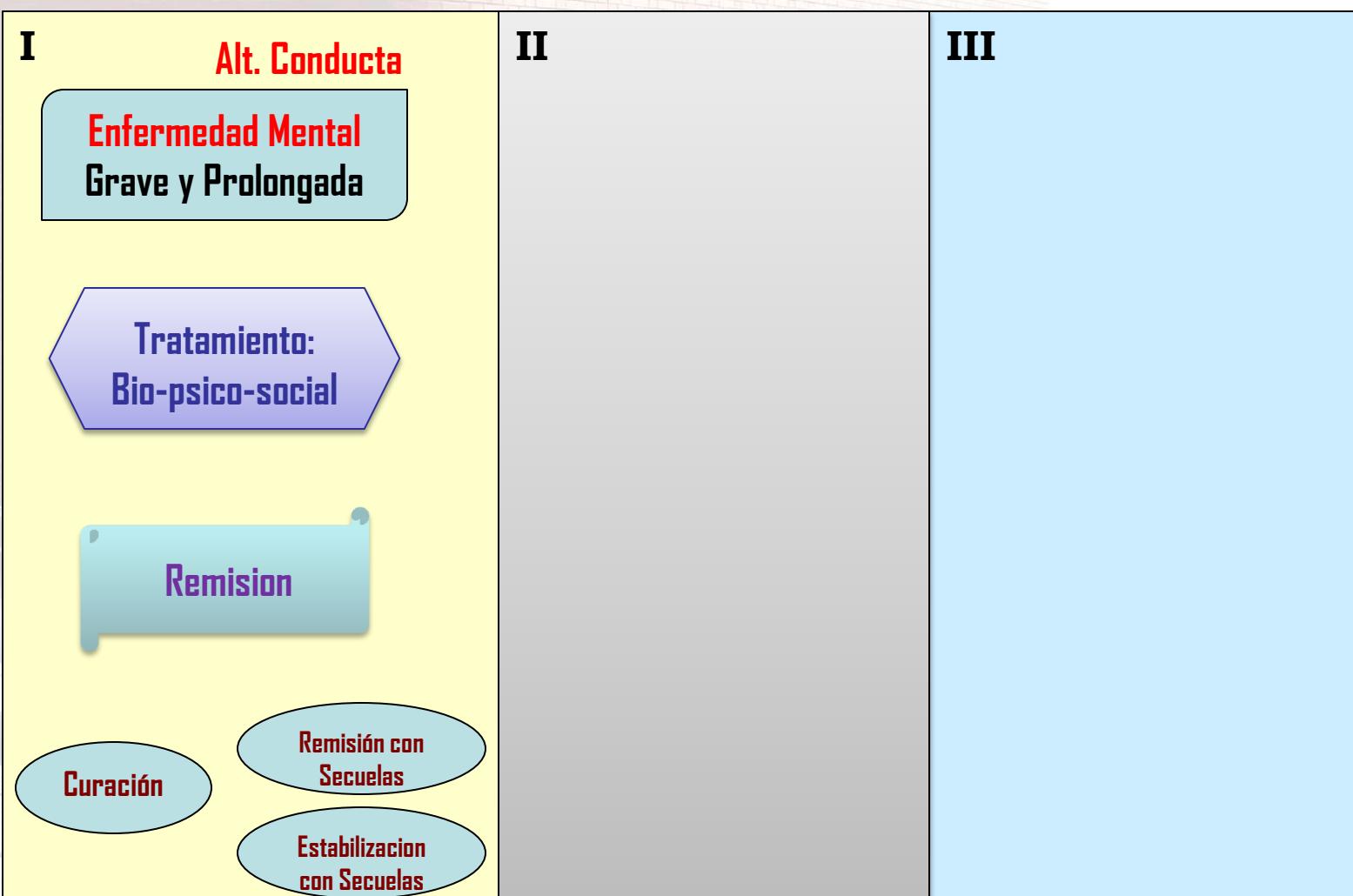
# Fases en la Atención a la Persona con Enf. Mental Grave y Prolongada

Punto de Partida

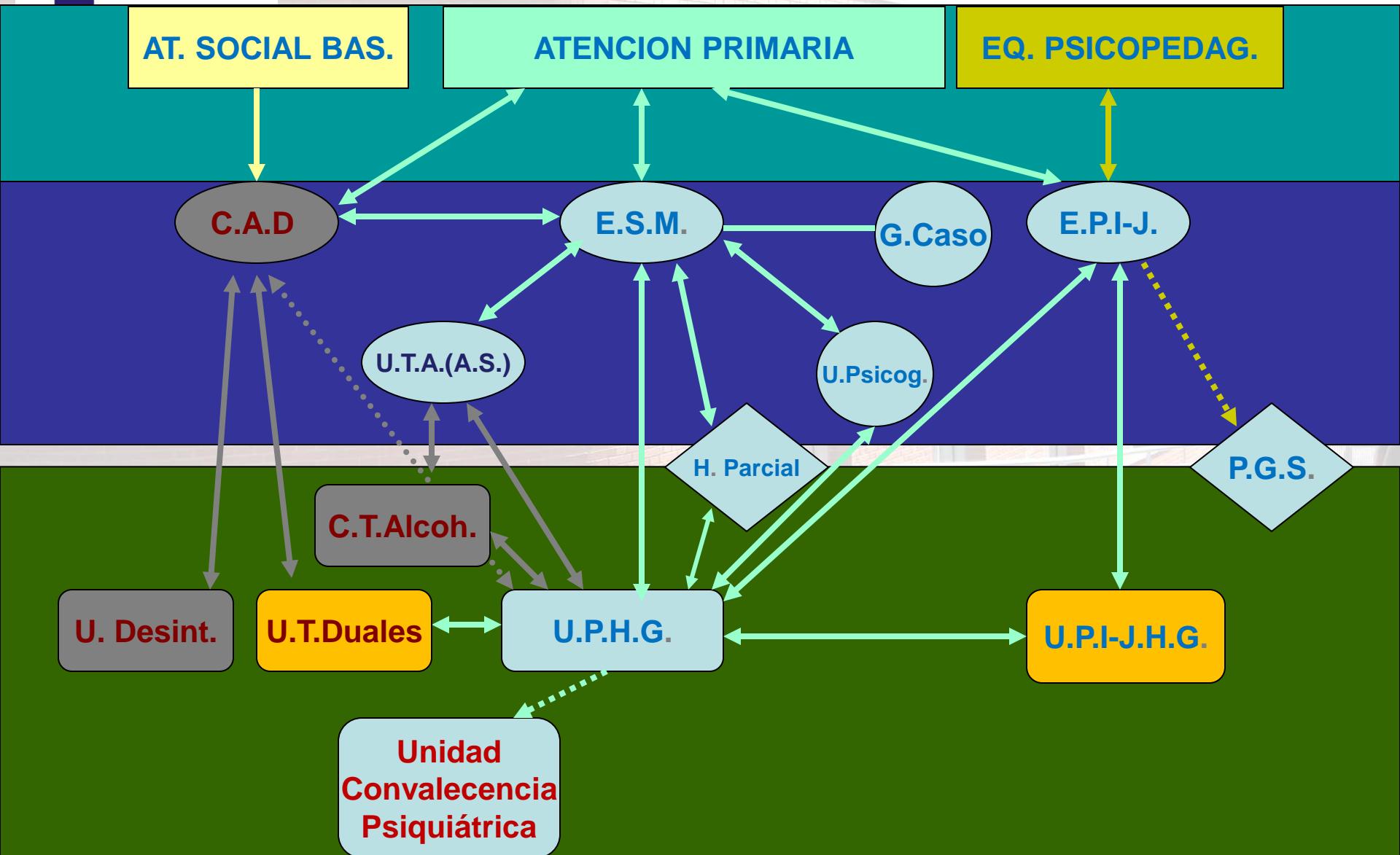
Interven-ción

Objetivo

Resultados



# MODELO DE Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental EN CASTILLA Y LEON.



- 1. Atención en Salud Mental en los Propios Centros de Salud. Toda la atención psiquiátrica gira en torno a los psiquiatras.**
- 2. El psiquiatra responsable y gestor de la salud mental en zona básica de salud.**
- 3. Promover la interconsulta con Atención Primaria y Efectuar el seguimiento.**
- 4. Sesiones Clínicas con Atención Primaria.**
- 5. Gestión de consultas y apoyo administrativo en At. Primaria.**
- 6. Cambiar el modelo de atención.**

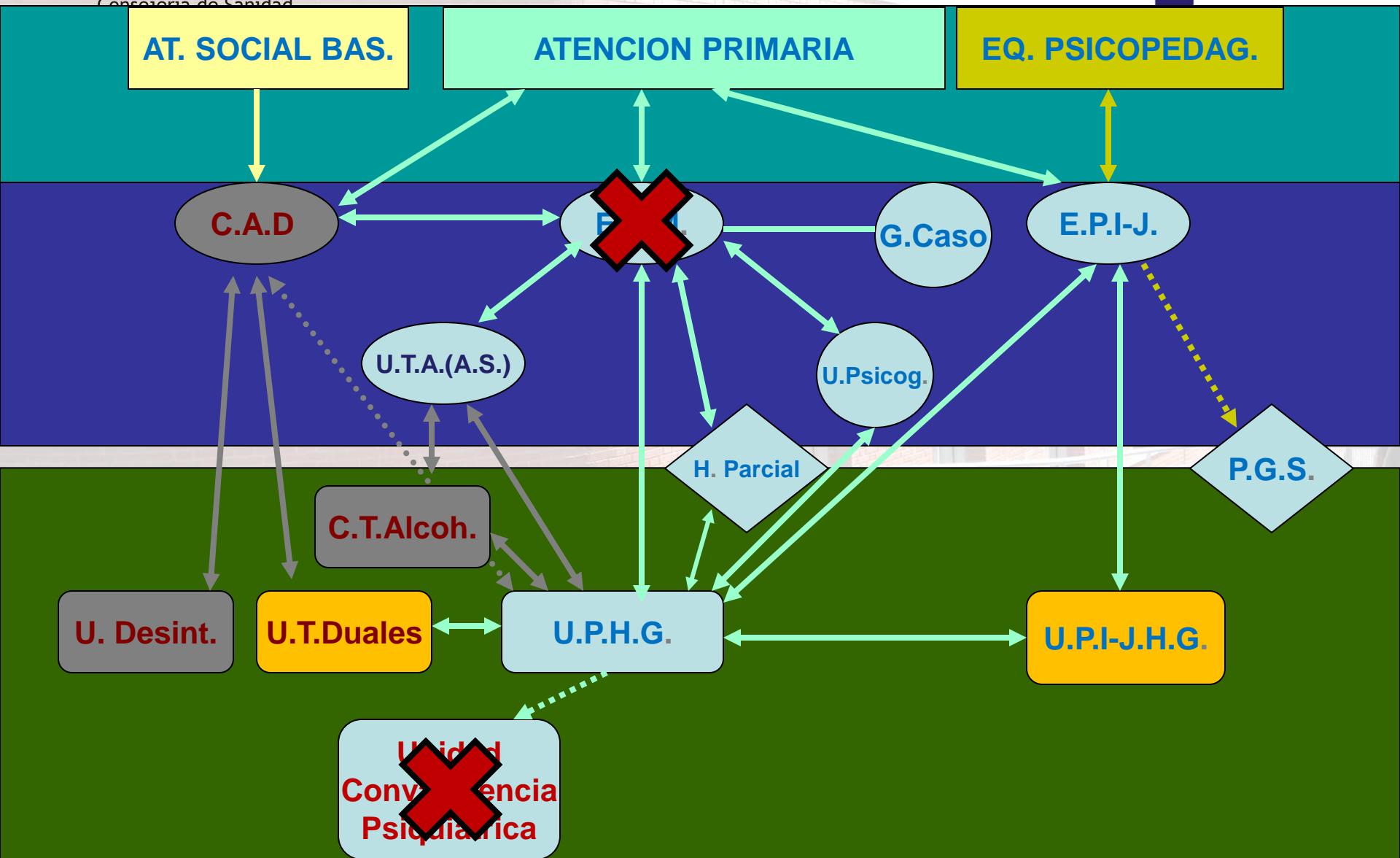
# MODELO TRADICIONAL TRATAMIENTO



# MODELO NUEVO DE TRATAMIENTO



- Urgencias: media de 1/día (200.000 hab.).
- Reducción relevante de pacientes con tratamiento psicofarmacológico.
- Reducción de bajas laborales.
- Gestión de los dispositivos global trabajando en la comunidad.
- Conocimiento de la red de salud mental.
- Hacia la recuperación desde el inicio.



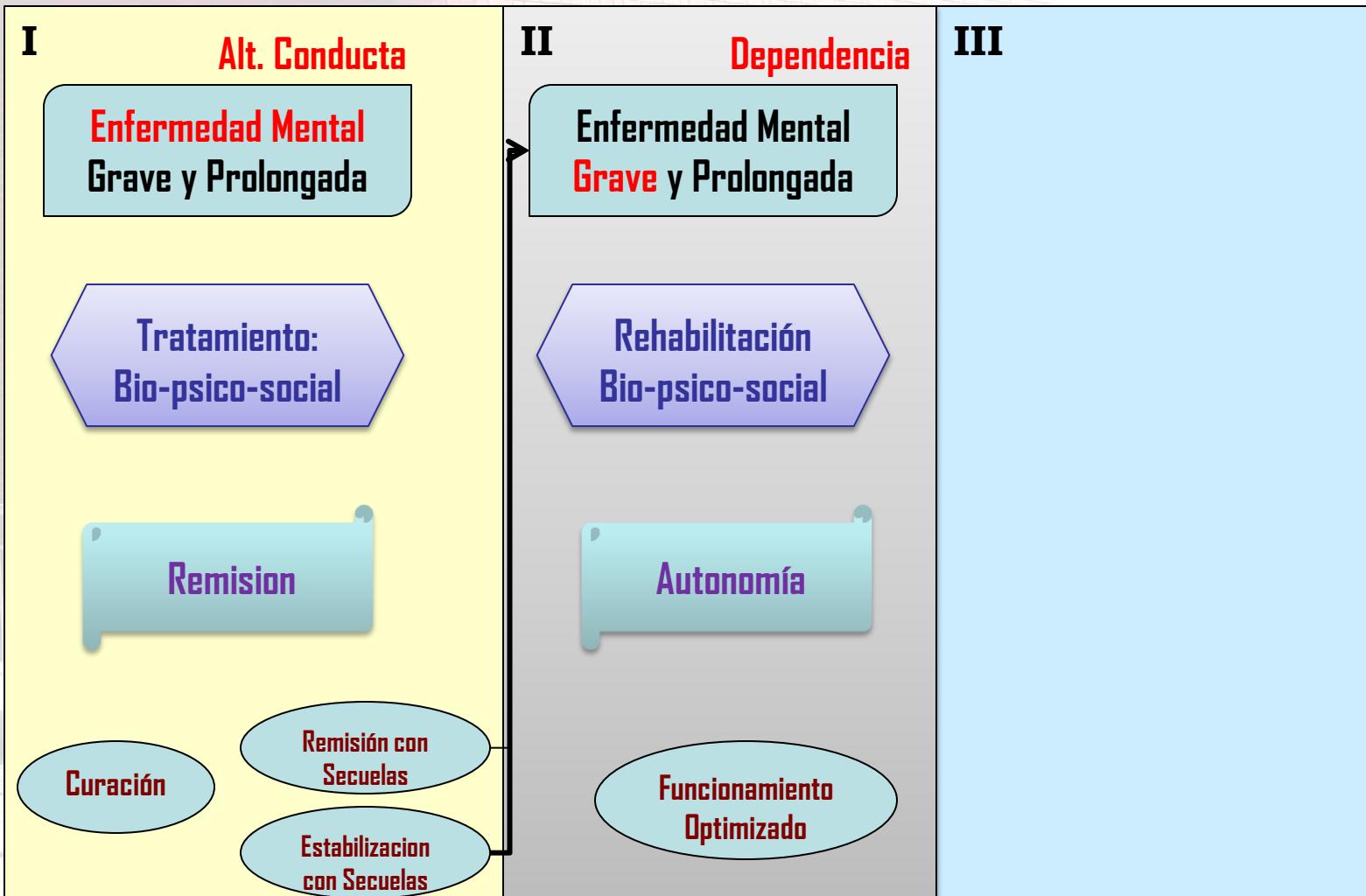
# Fases en la Atención a la Persona con Enf. Mental Grave y Prolongada

Punto de Partida

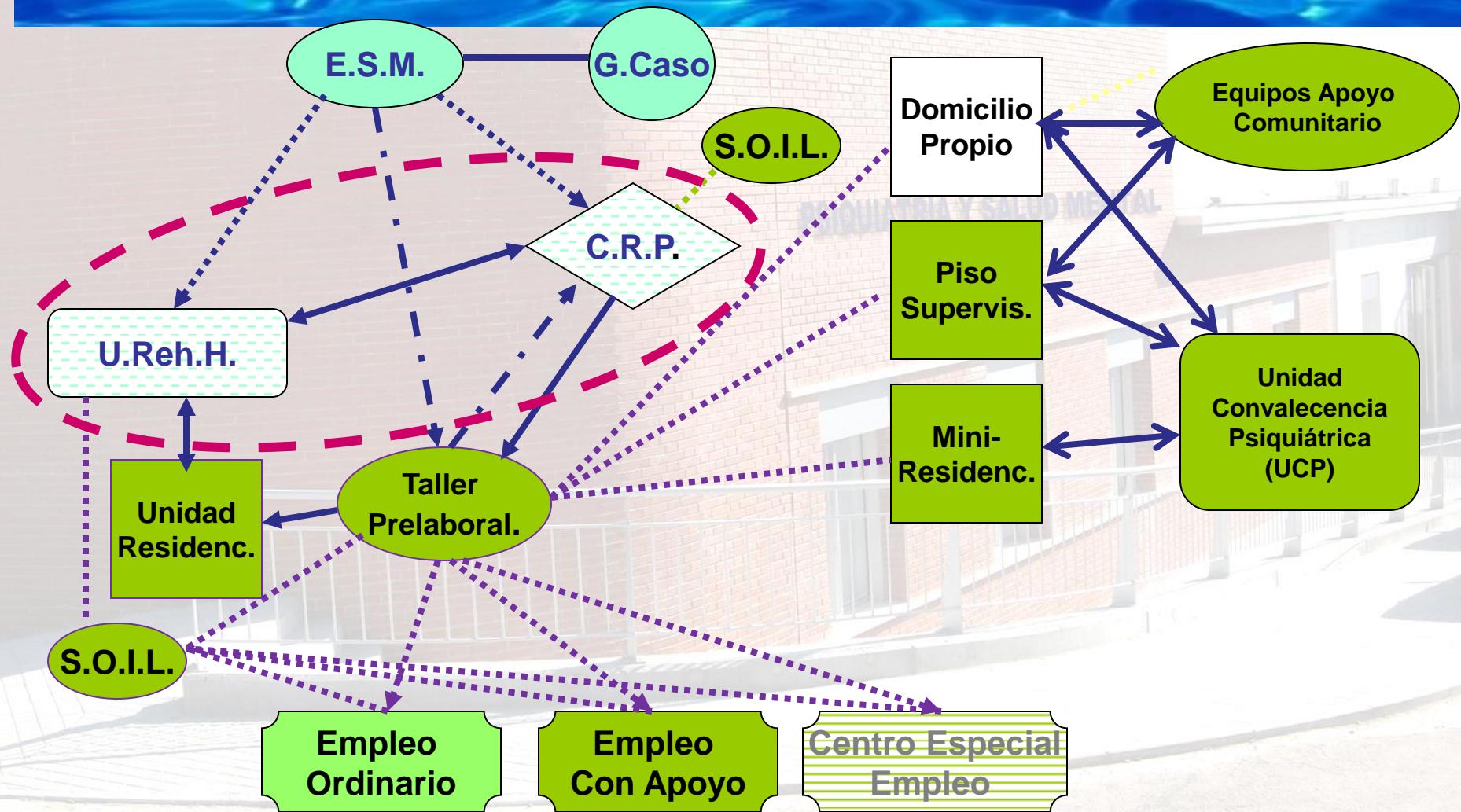
Intervención

Objetivo

Resultados

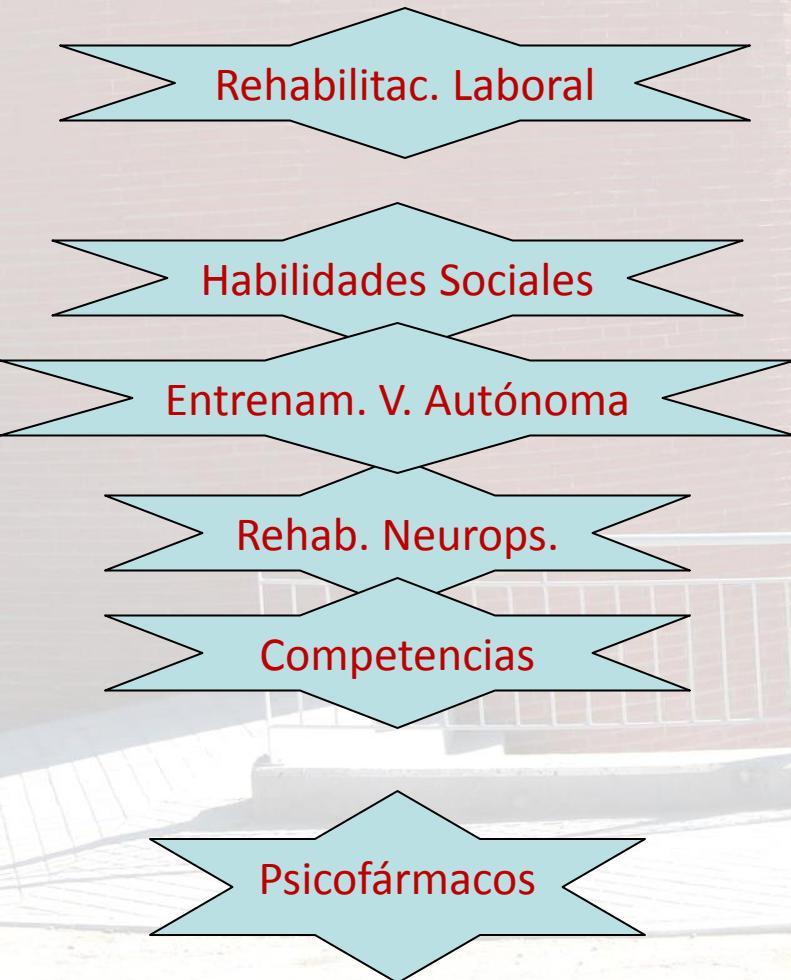


# MODELO DE Asistencia Psiquiátrica a Personas con Enf. Mental Grave y Prolongada



- Objetivos del C.R.P.S. y Unidad de Rehabilitación son compartidos: se diferencia entre estructura y programas.
- Reuniones semanales para compartir objetivos y programas.
- Alta preferencial de la U. de Rehabilitación hacia C.R.P.S.
- Orientados hacia la recuperación.
- Acceso a los recursos sin derivación.

# ORGANIZACIÓN BASICA DE LA REHABILITACION GENERAL VS. PSICOSOCIAL



**PARTICIPACION**

**LIMITACIONES FUNCIONAMIENTO**

**ALTERACIONES**

**NEUROPATHOFSIOLOGICO**

# PROBLEMAS DE FUNCIONAMIENTO

- Predominancia progresiva de la U. Rehabilitación sobre CRPS.
- Tendencia a hacer programas en U. Rehabilitación.
- Creación del veterano (y estabilización del proceso).
- Falta de generalización de resultados.

Salto económico grande entre la Rehabilitación Hospitalaria y CRPS y pisos sociales.



Se potencian los programas de ocio.

Cronificación de pacientes en U. Rehabilitación.

- Creación de la Unidad Funcional Asertivo-Comunitaria.
- La Rehabilitación no se hace ni en el CRPS ni en la U. Rehabilitación. Se hace en la comunidad.
- El paciente comienza el proceso en un alojamiento comunitario.
- Solo como arranque aparece la Unidad de Rehabilitación (Abierta).
- Psiquiatra de apoyo a todo el proceso como alternativa.

**Unidad de  
Hospitalización  
(cerrada)**

**Unidad de  
Hospitalización  
(abierta)**

**Unidad de Atención  
Hospitalaria**

## Unidad de Hospitalización abierta

*Atención patología aguda y subaguda y espera sociosanitaria*

Unidad de Atención Comunitaria Intensiva  
*6 camas*

Unidad de apoyo comunitario.  
*4 camas*

**Pisos de Entrenamiento para la Autonomía (PEA)**  
*6 plazas*

**ENFERMERIA HOSPITALARIA**

**Unidad Funcional Asertivo Comunitaria (UFAC)**

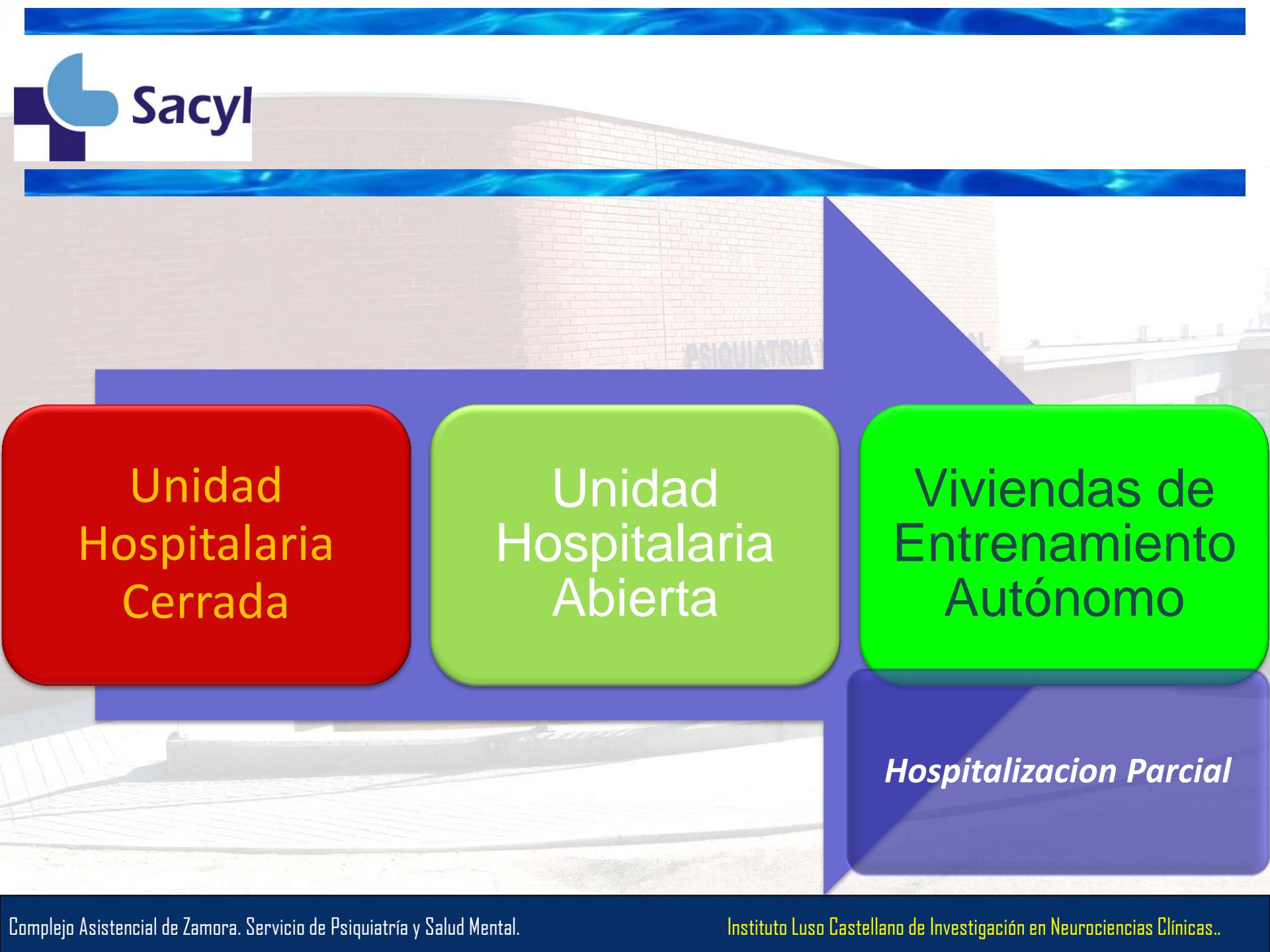
## Unidad de Rehabilitacion Psiquiátrica *16 Camas*

Unidad de apoyo  
comunitario/Unidad  
Abierta  
*10 camas*

Viviendas de  
Entrenamiento para la  
Autonomía (VEA)  
*6 plazas*

**ENFERMERIA HOSPITALARIA**

**Unidad Funcional Asertivo  
Comunitaria (UFAC)**

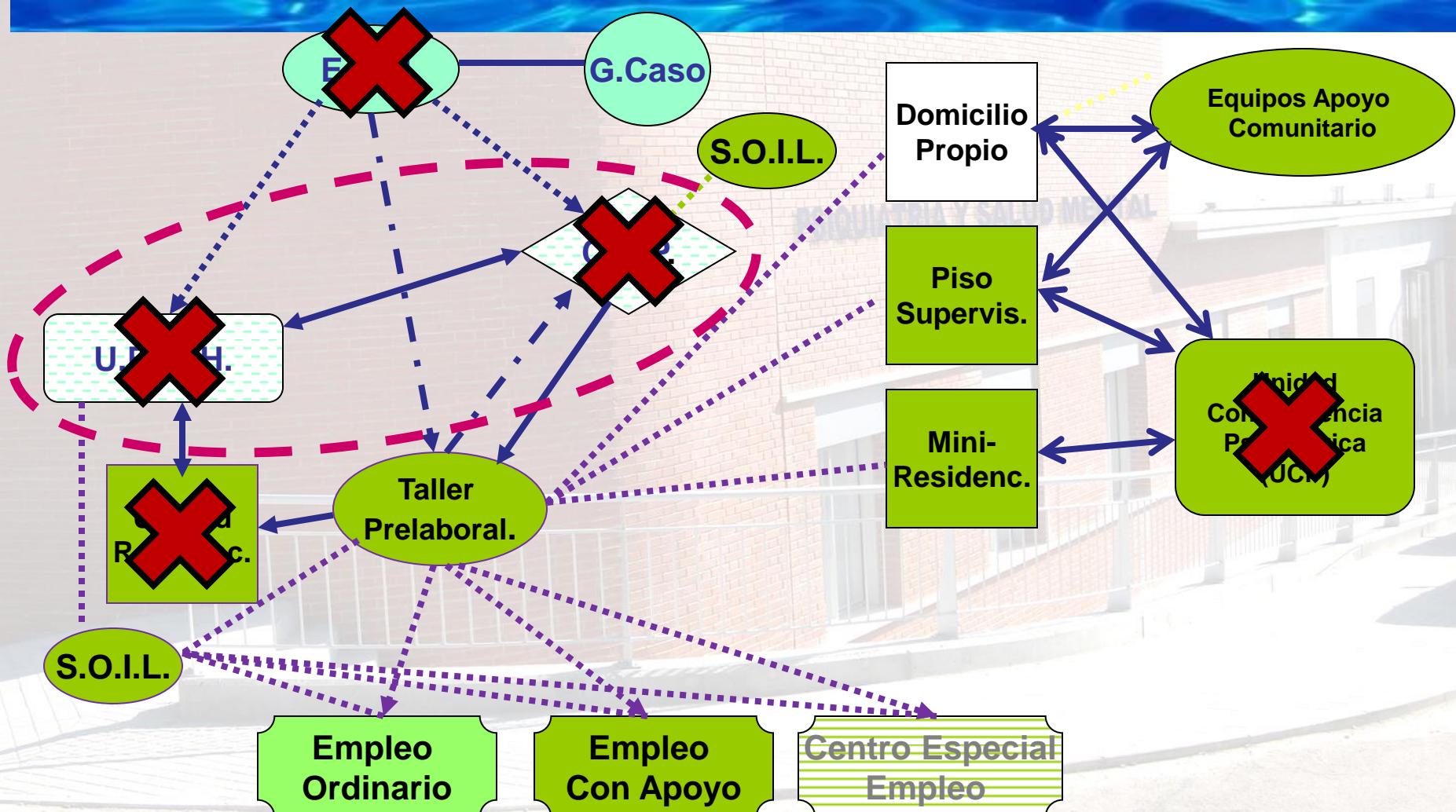


Unidad  
Hospitalaria  
Cerrada

Unidad  
Hospitalaria  
Abierta

Viviendas de  
Entrenamiento  
Autónomo

*Hospitalización Parcial*



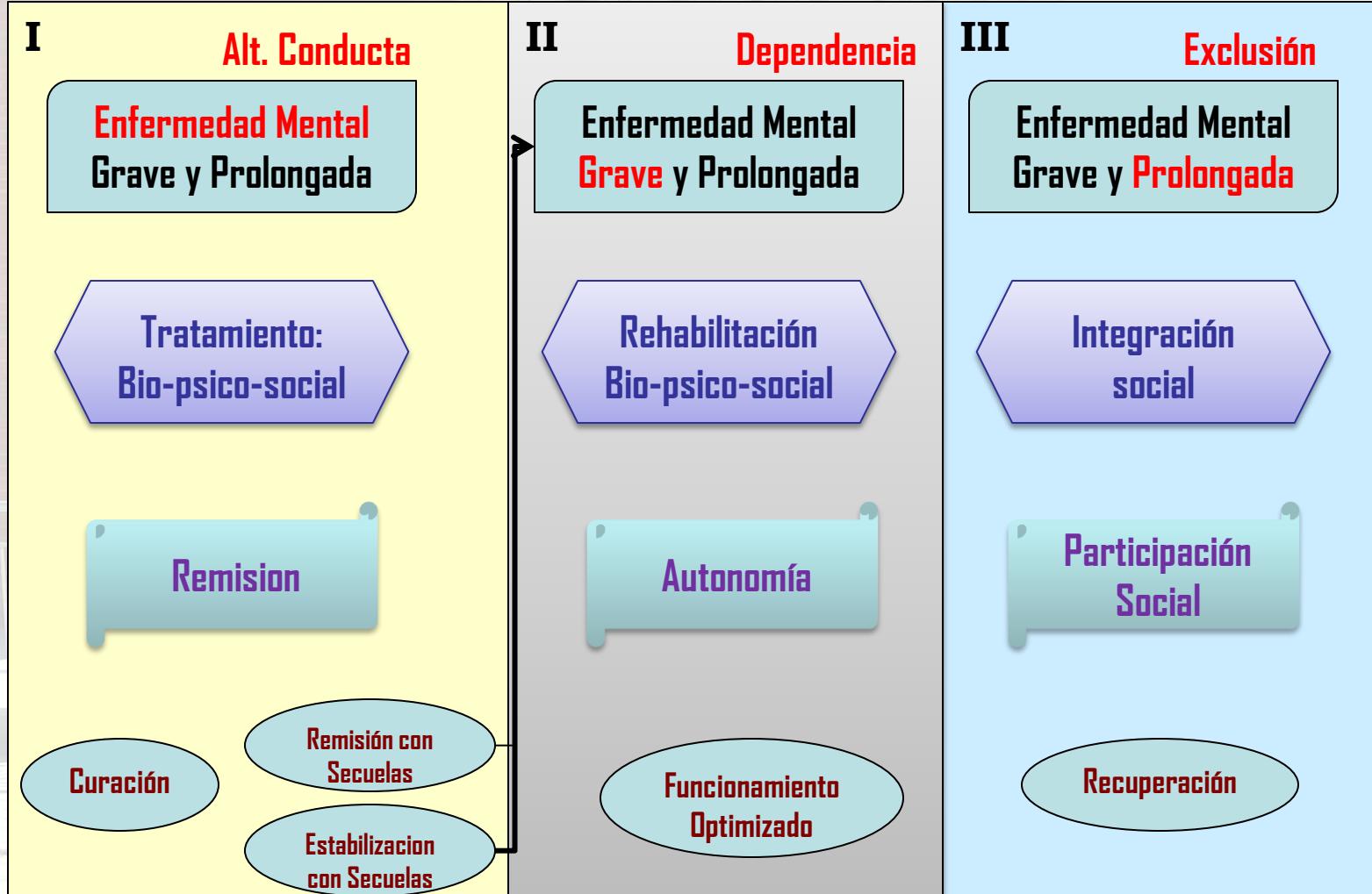
# Fases en la Atención a la Persona con Enf. Mental Grave y Prolongada

Punto de Partida

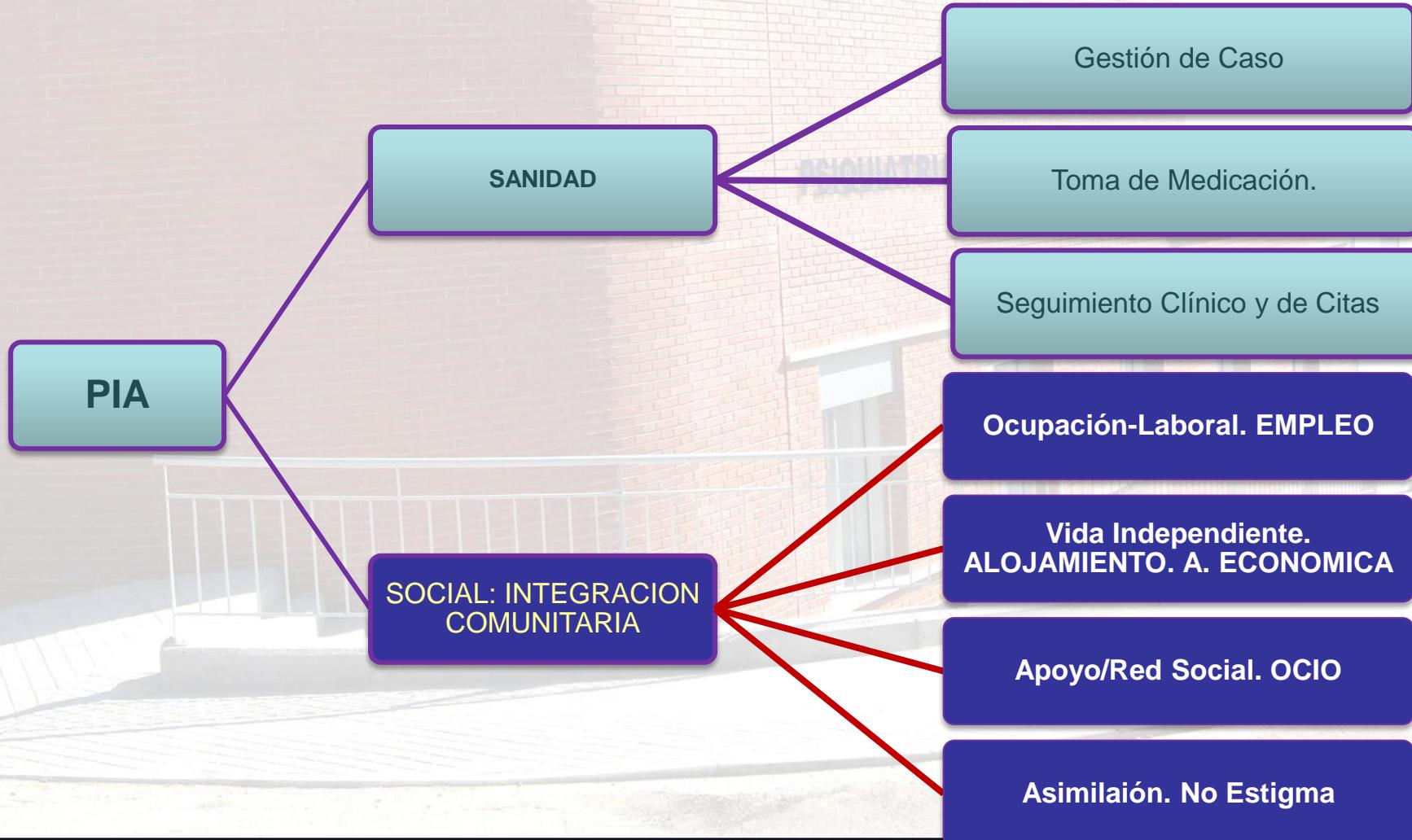
Intervención

Objetivo

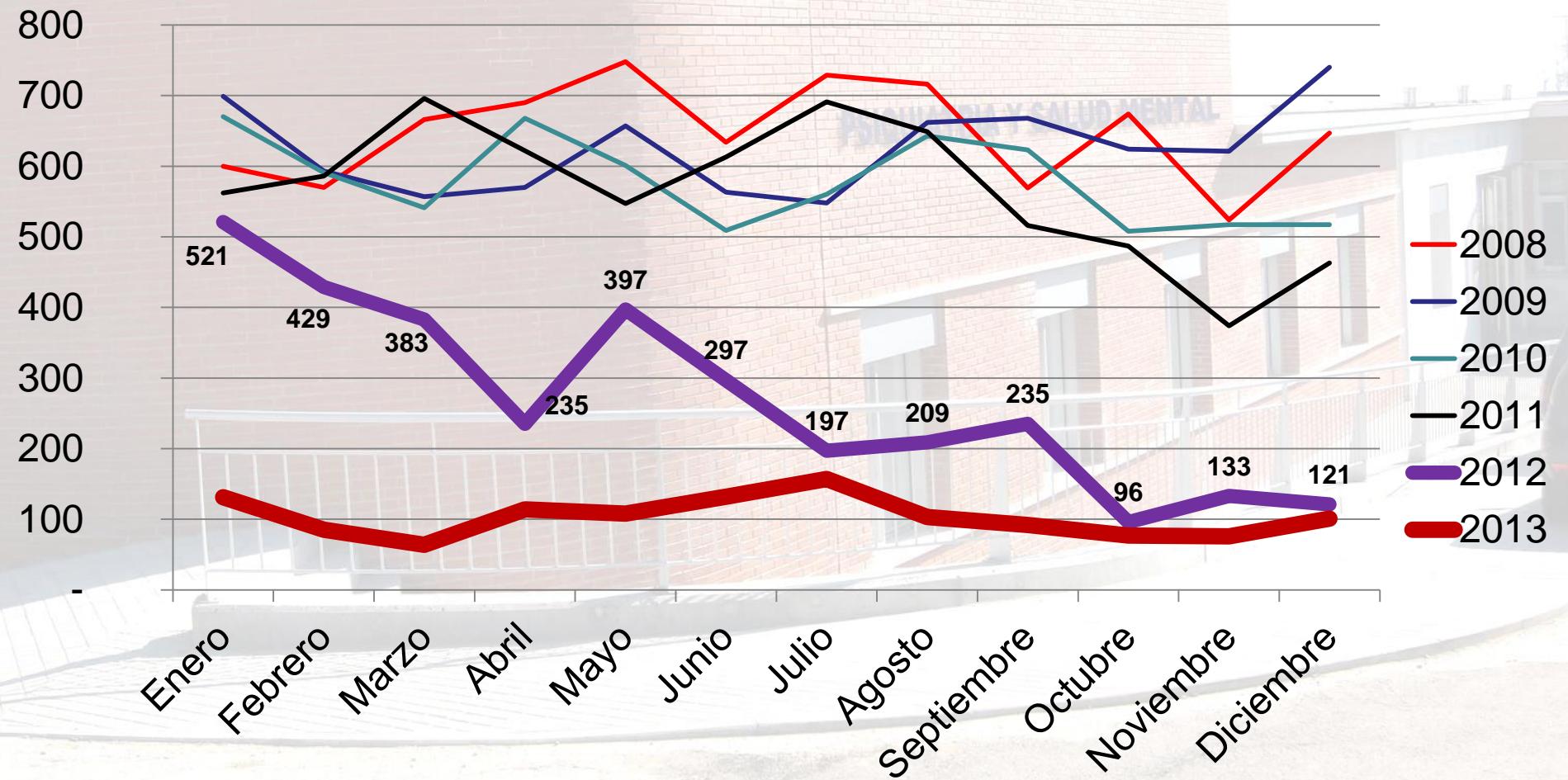
Resultados



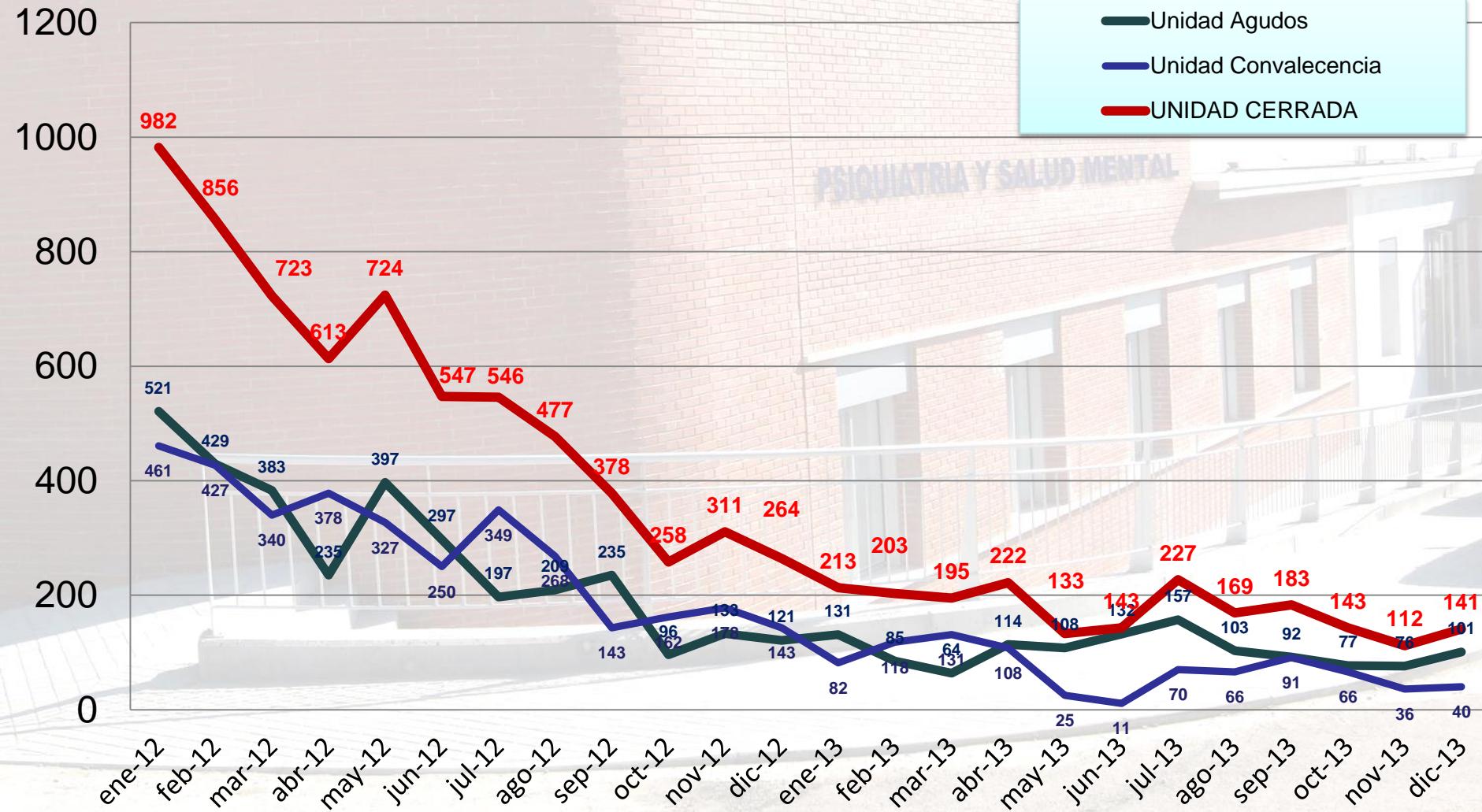
# PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCION



# Evolución de Estancias.



## Evolución de las Estancias año 2012-13 (Unidad Cerrada)





**GRACIAS  
LA RECUPERACION FUNCIONAL ES  
POSIBLE Y LA PSP UNA BUENA  
HERRAMIENTA**