

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 Intrás..*



EVOLUCION HISTORICA DE LOS OBJETIVOS CLINICOS EN ESQUIZOFRENIA

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 ATENCION 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)

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

PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES

- 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

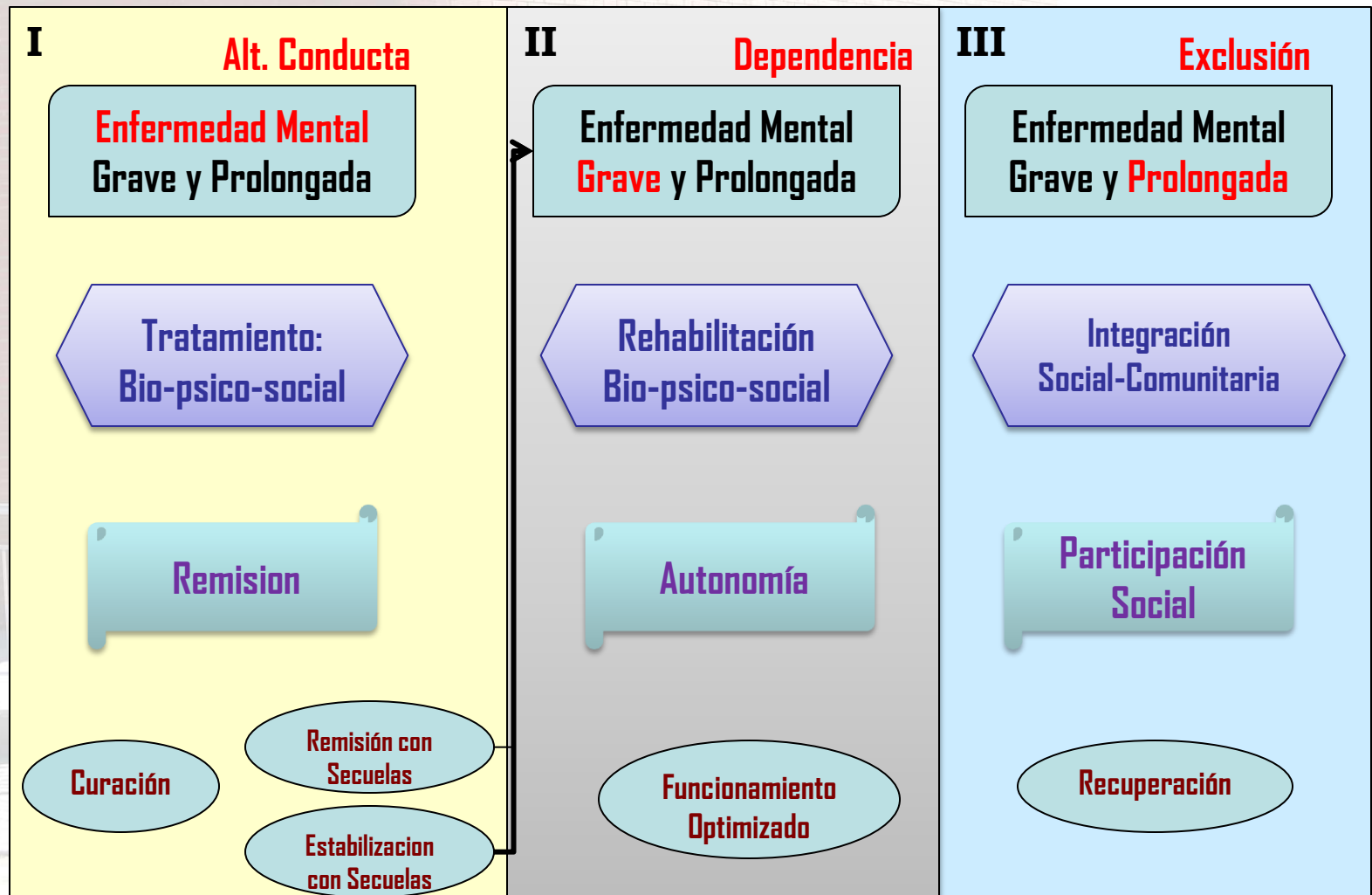
Proyecto CATIE:

- 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



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



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.**

OCUPACIÓN-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 PEMGYD.

- **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.

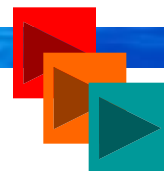
Plochg y Klazinga (2002). International Journal for Quality in Health Care. 14(2): 91-101



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**

GRADAS.



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







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 Journal.2005

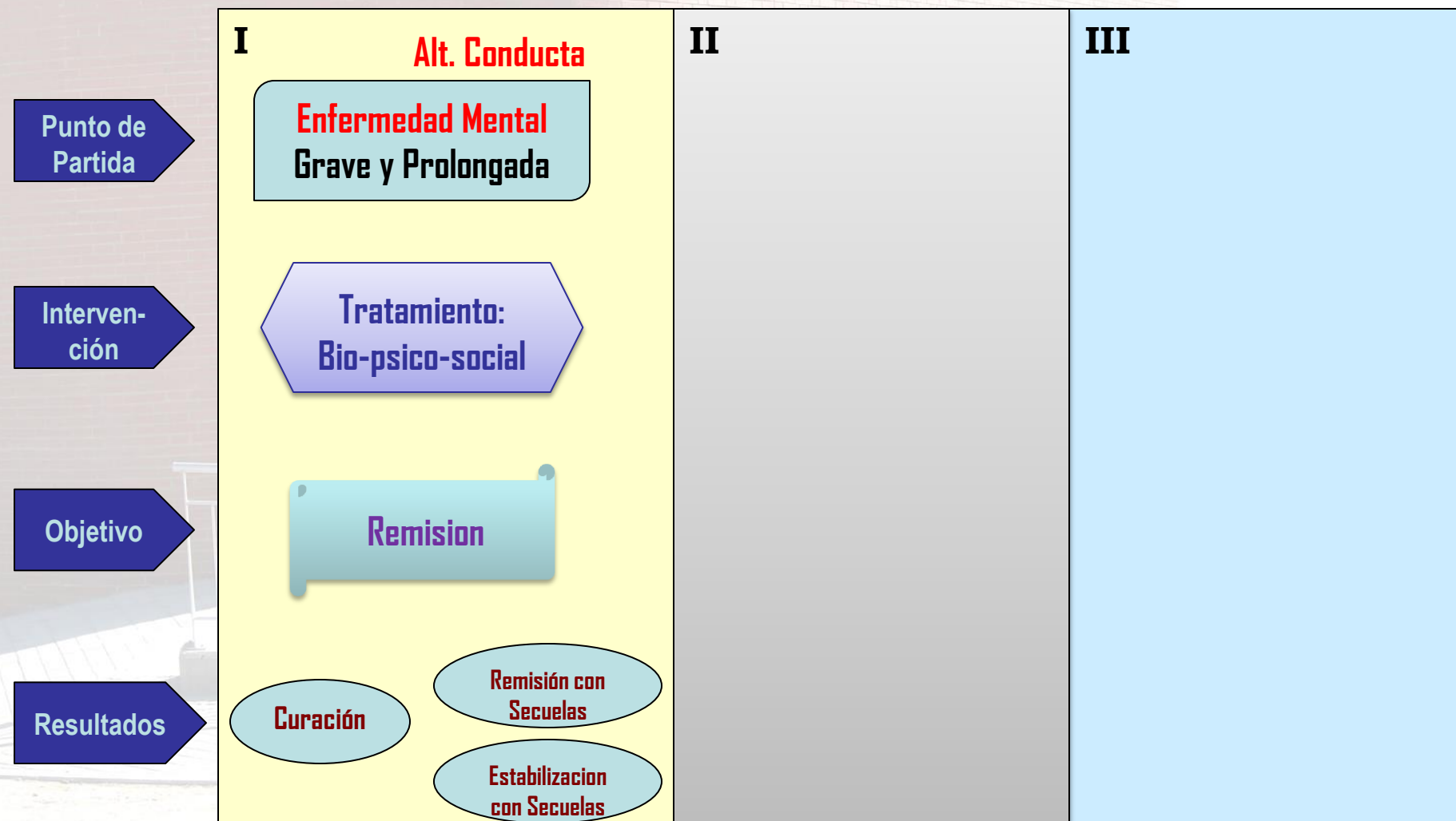
Jefatura unica y responsabilidad de area.

Organizar la red por psiquiatras:

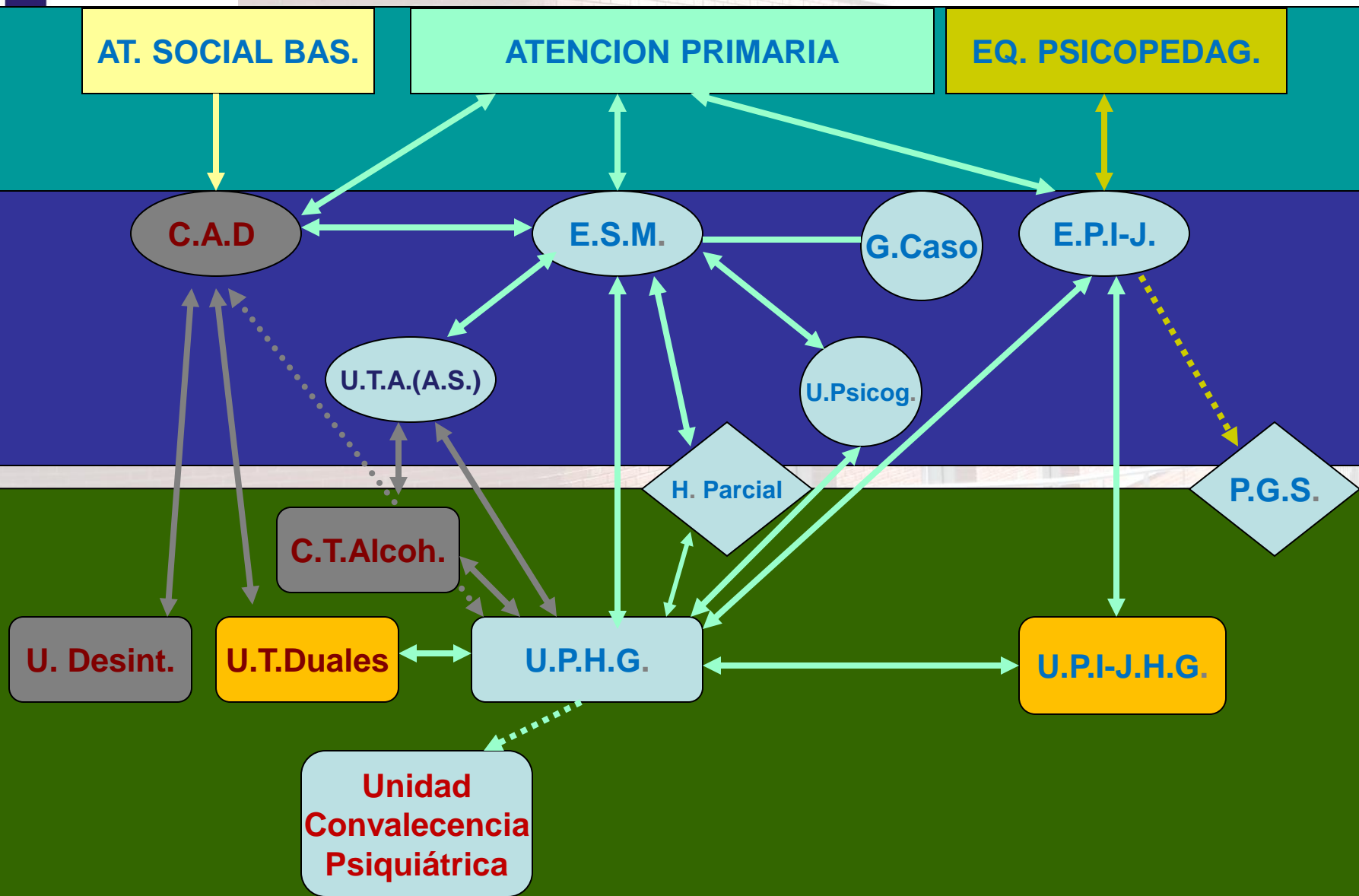
- Decreto de organización Servicios Periféricos:
- Dirección Unica con el Jefe de Servicio

- **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



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.

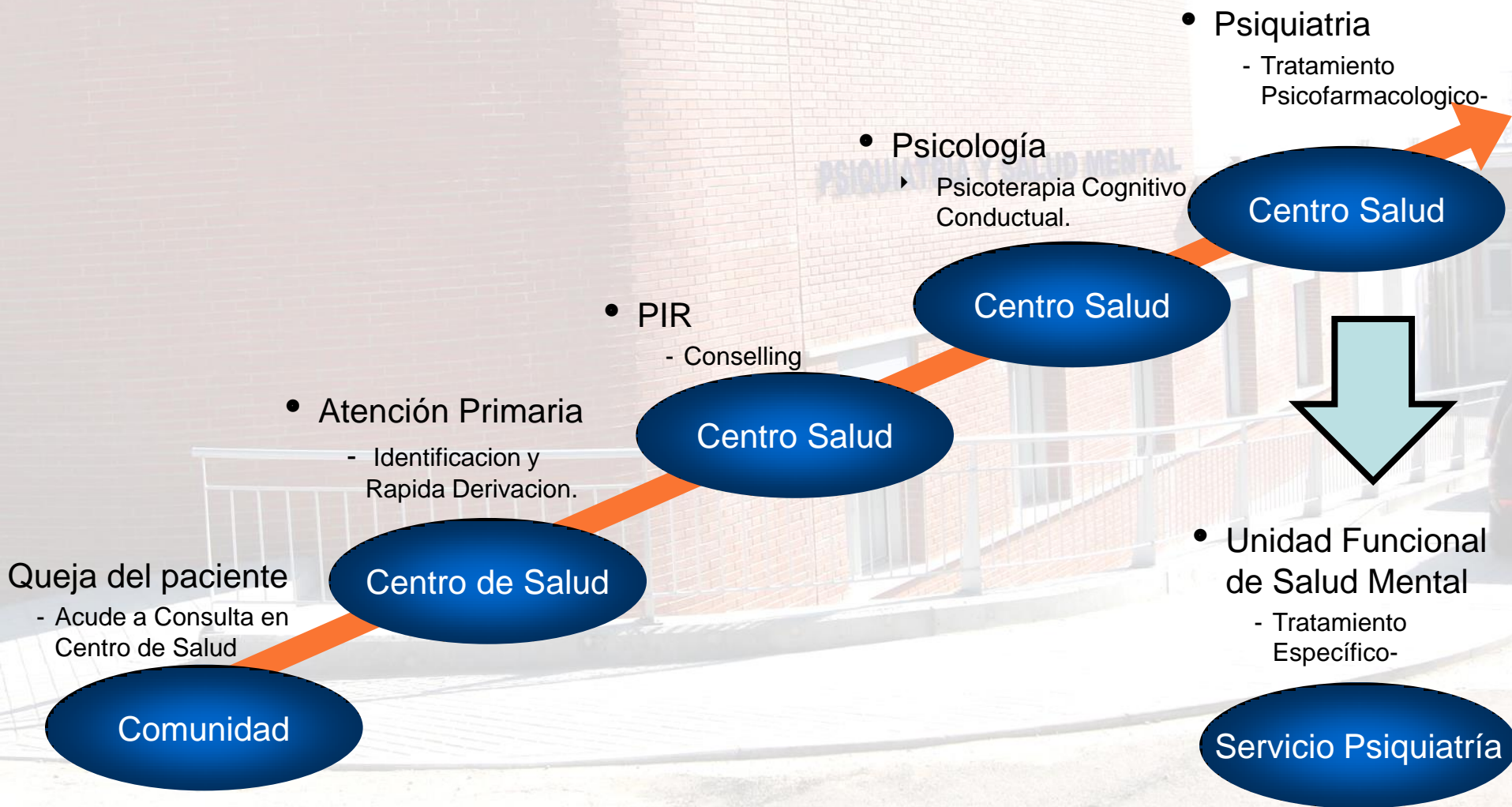


MODELO TRADICIONAL TRATAMIENTO





MODELO NUEVO DE TRATAMIENTO



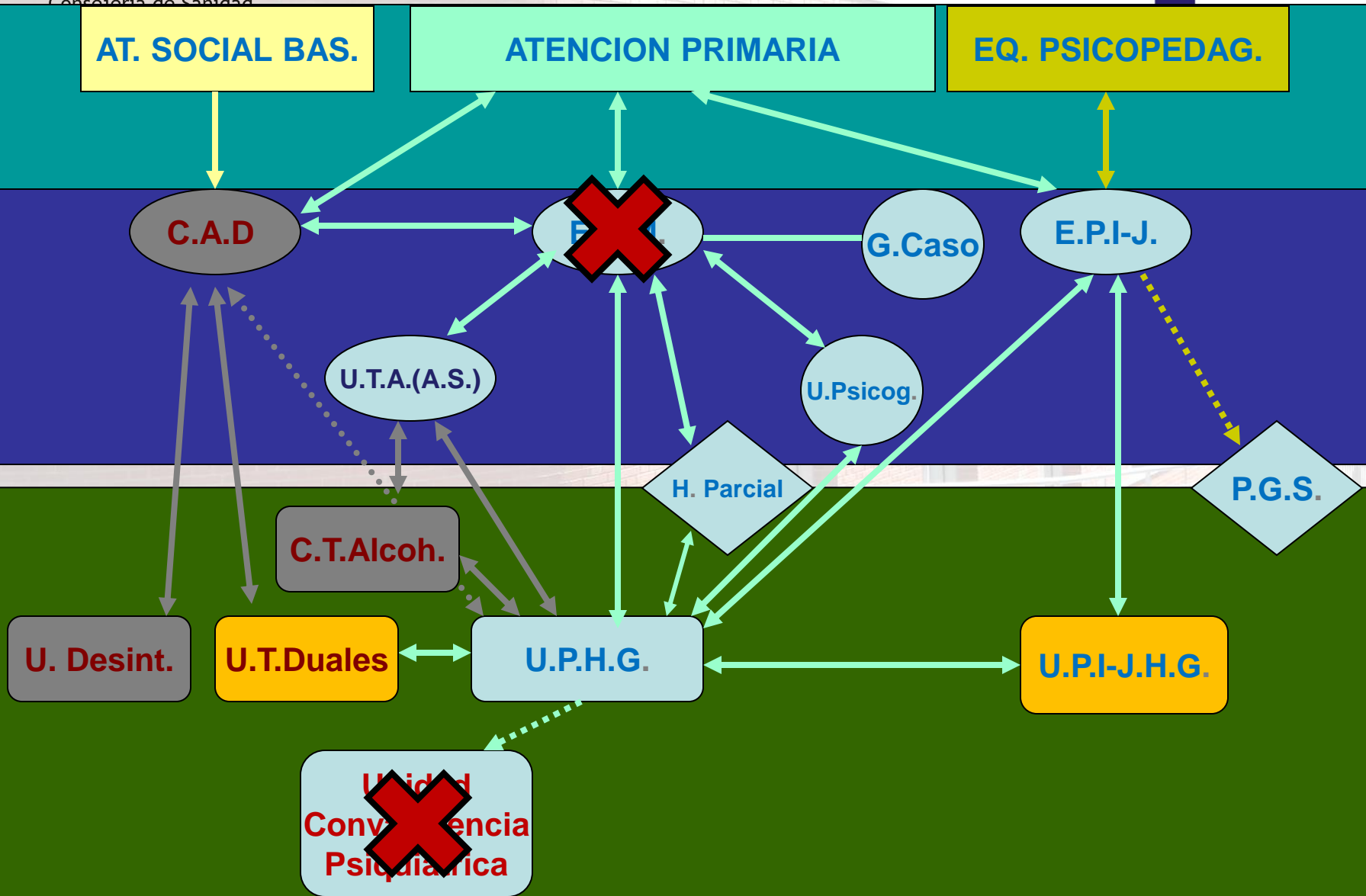
- Urgencias: media de 1/día (200.000 hab.).
- Reducción relevante de pacientes con tratamiento psicofarmacológico.
- Reduccion de bajas laborales.
- Gestion de los dispositivos global trabajando en la comunidad.
- Conocimiento de la red de salud mental.
- Hacia la recuperación desde el inicio.



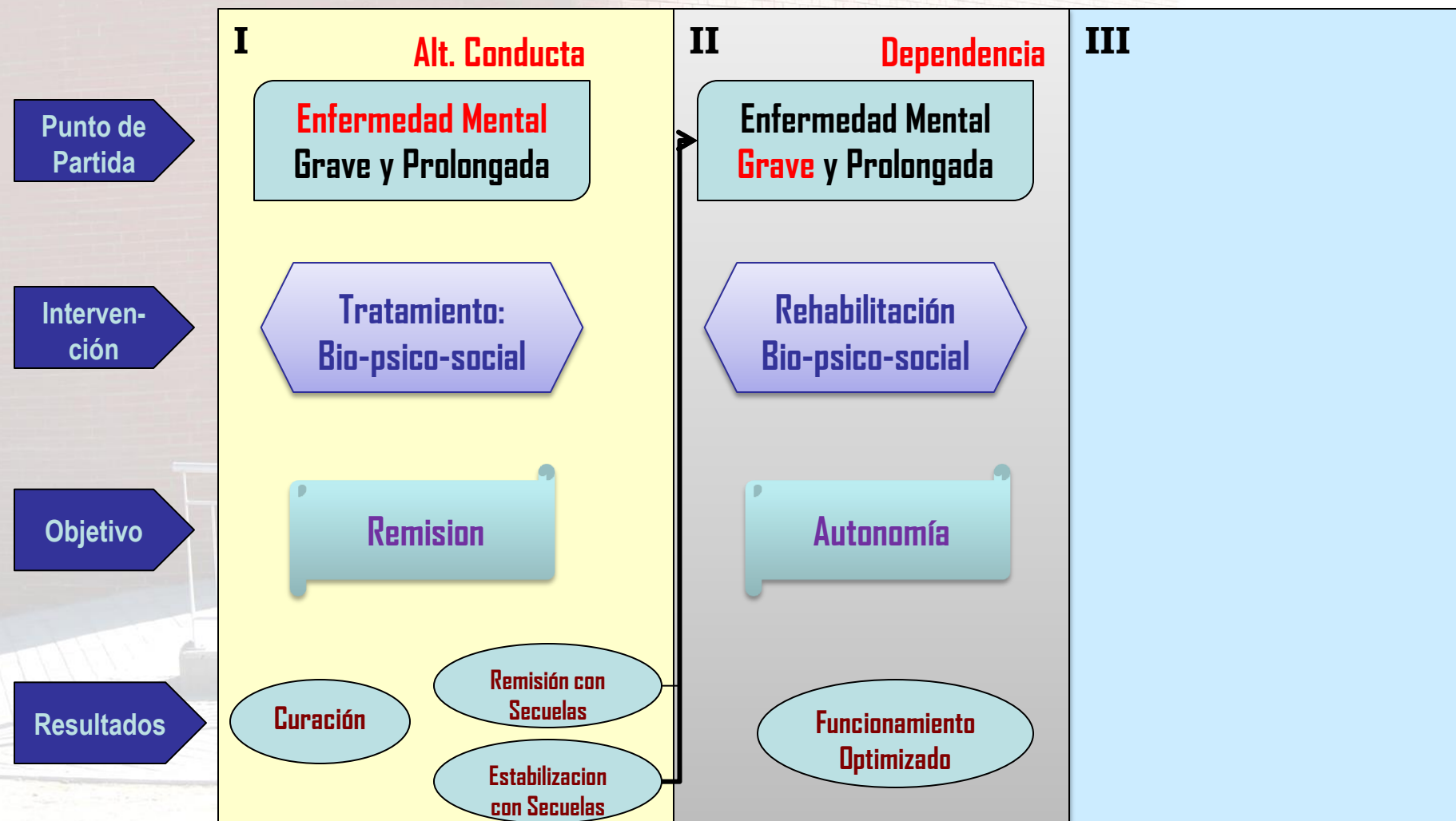
Junta de
Castilla y León

Consejería de Sanidad

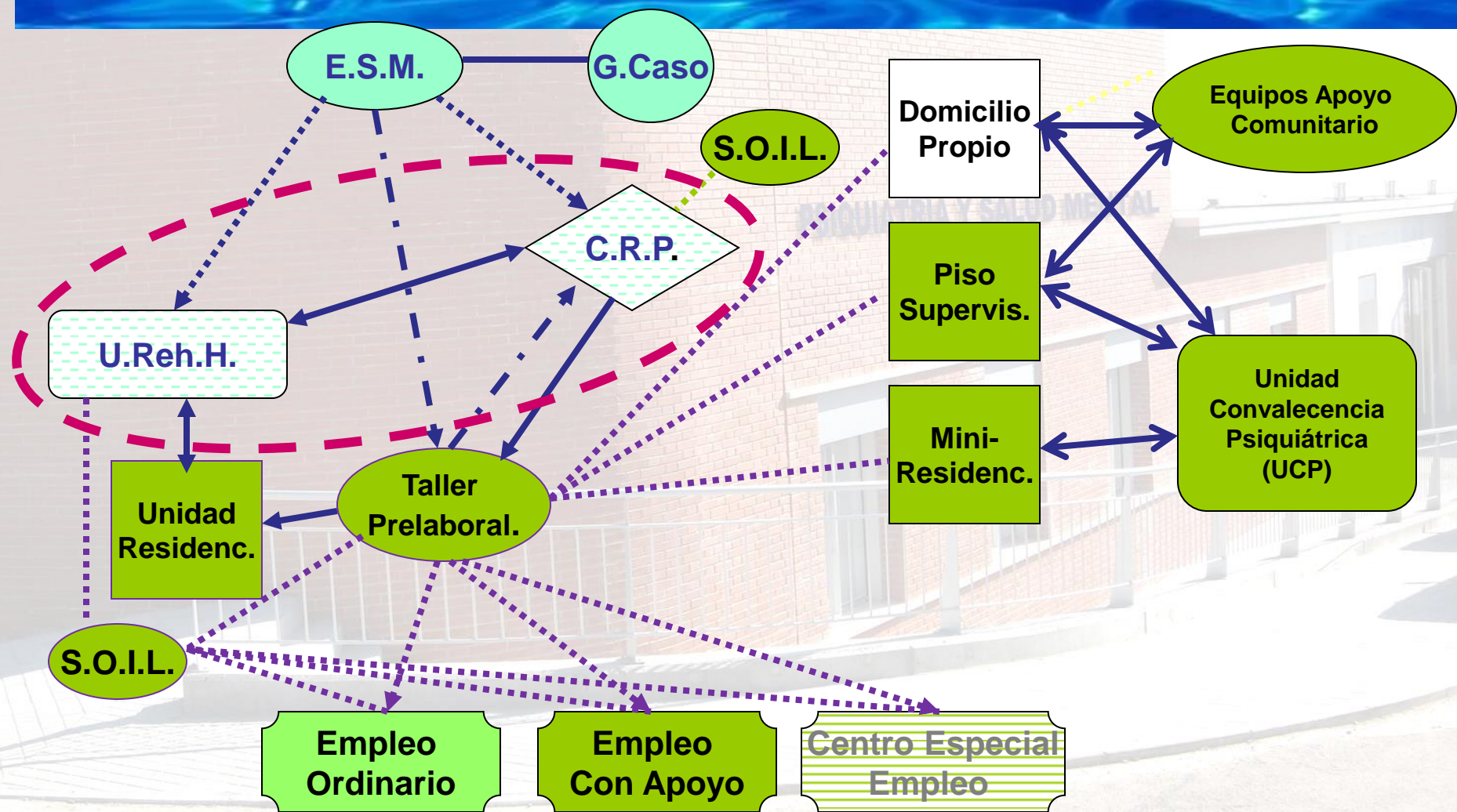
MODELO DE Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental EN CASTILLA Y LEON (Zamora).



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



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



CARACTERISTICAS DE PARTIDA

- 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 BÁSICA DE LA REHABILITACIÓN GENERAL VS. PSICOSOCIAL

Rehabilitac. Laboral

Habilidades Sociales

Entrenam. V. Autónoma

Rehab. Neurops.

Competencias

Psicofármacos

PARTICIPACION

LIMITACIONES FUNCIONAMIENTO

ALTERACIONES

NEUROPATOFISIOLOGICO

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
socio sanitaria*

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 Rehabilitación 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

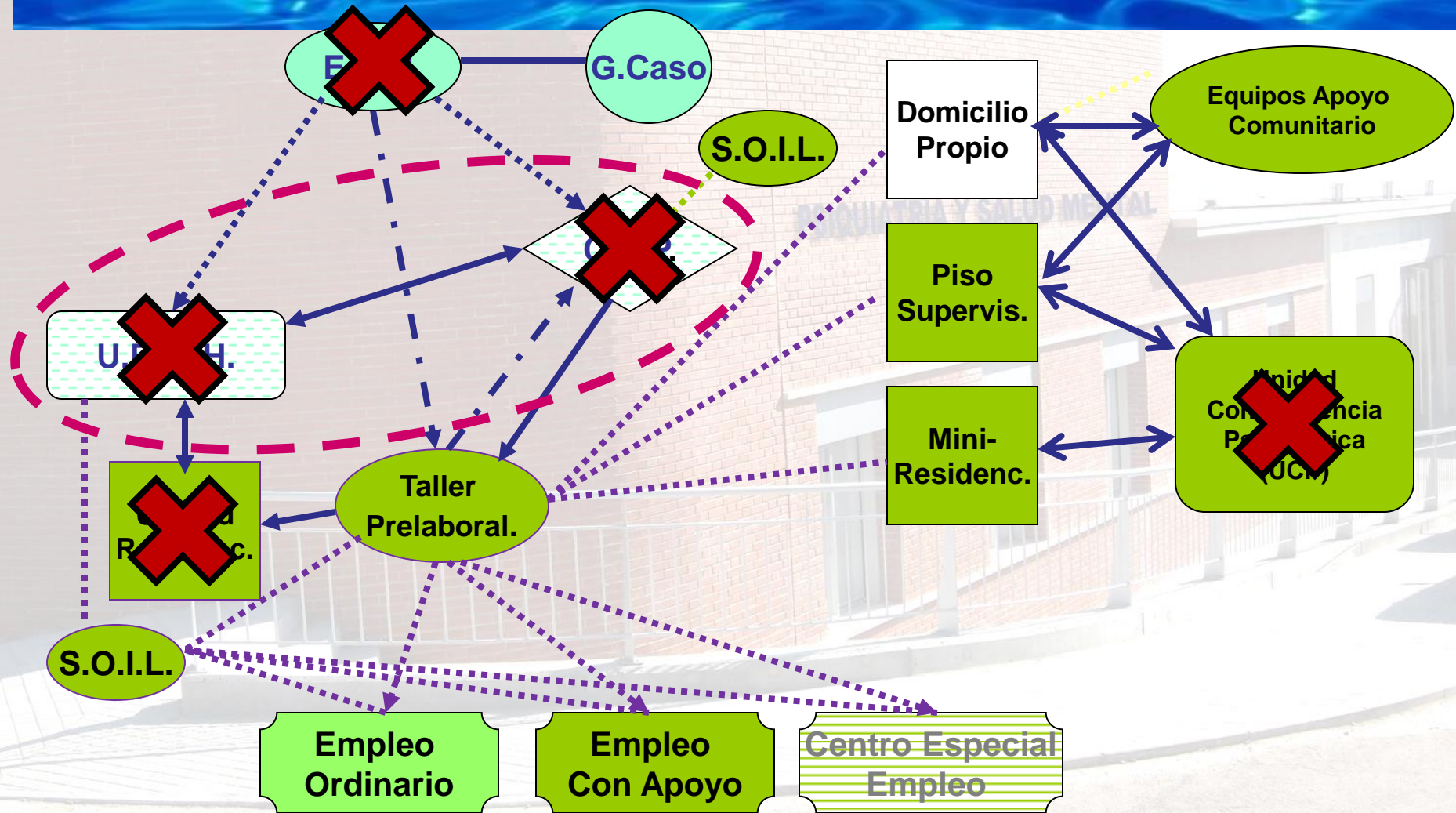
Unidad
Hospitalaria
Abierta

Viviendas de
Entrenamiento
Autónomo

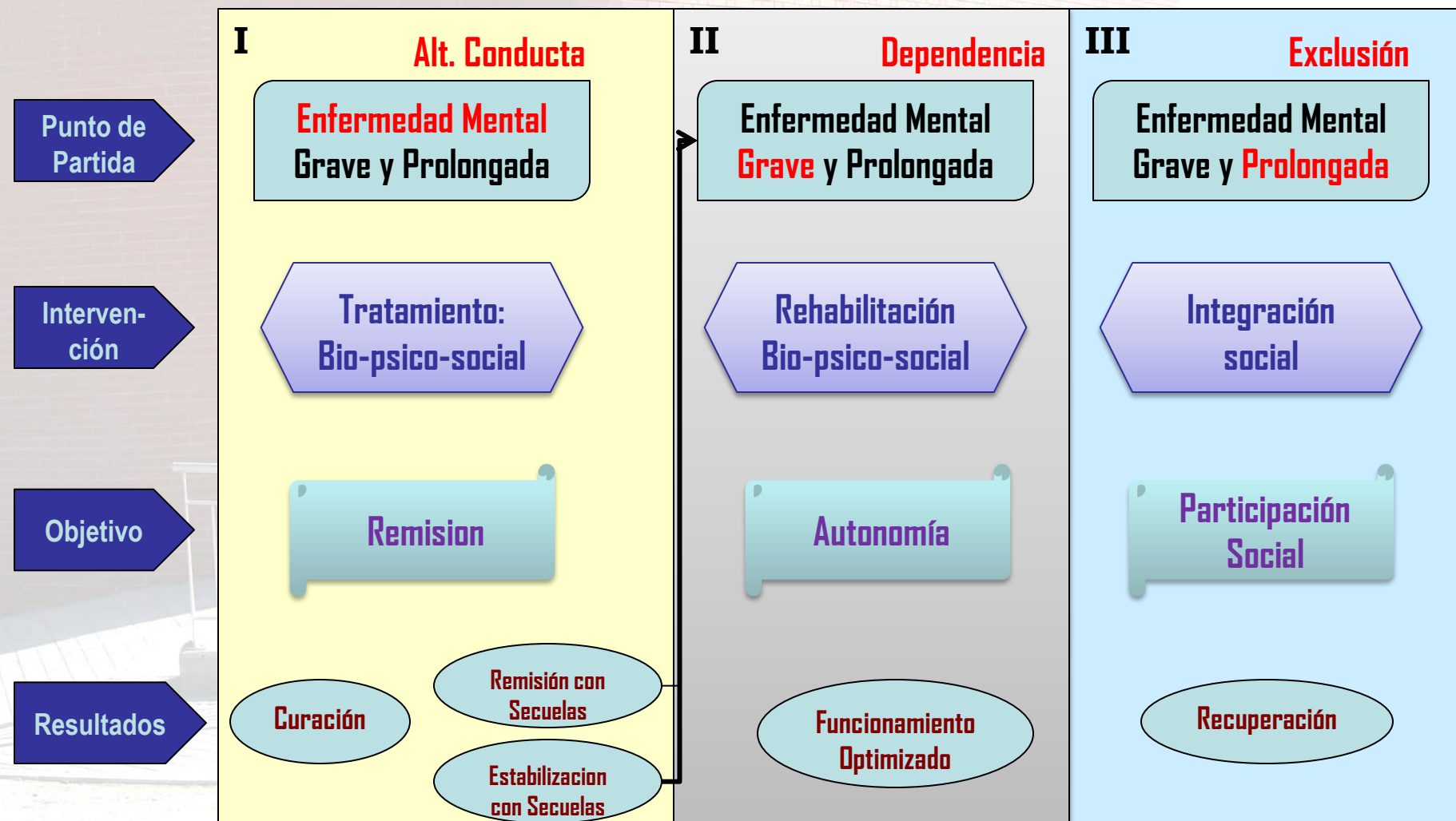
Hospitalización Parcial



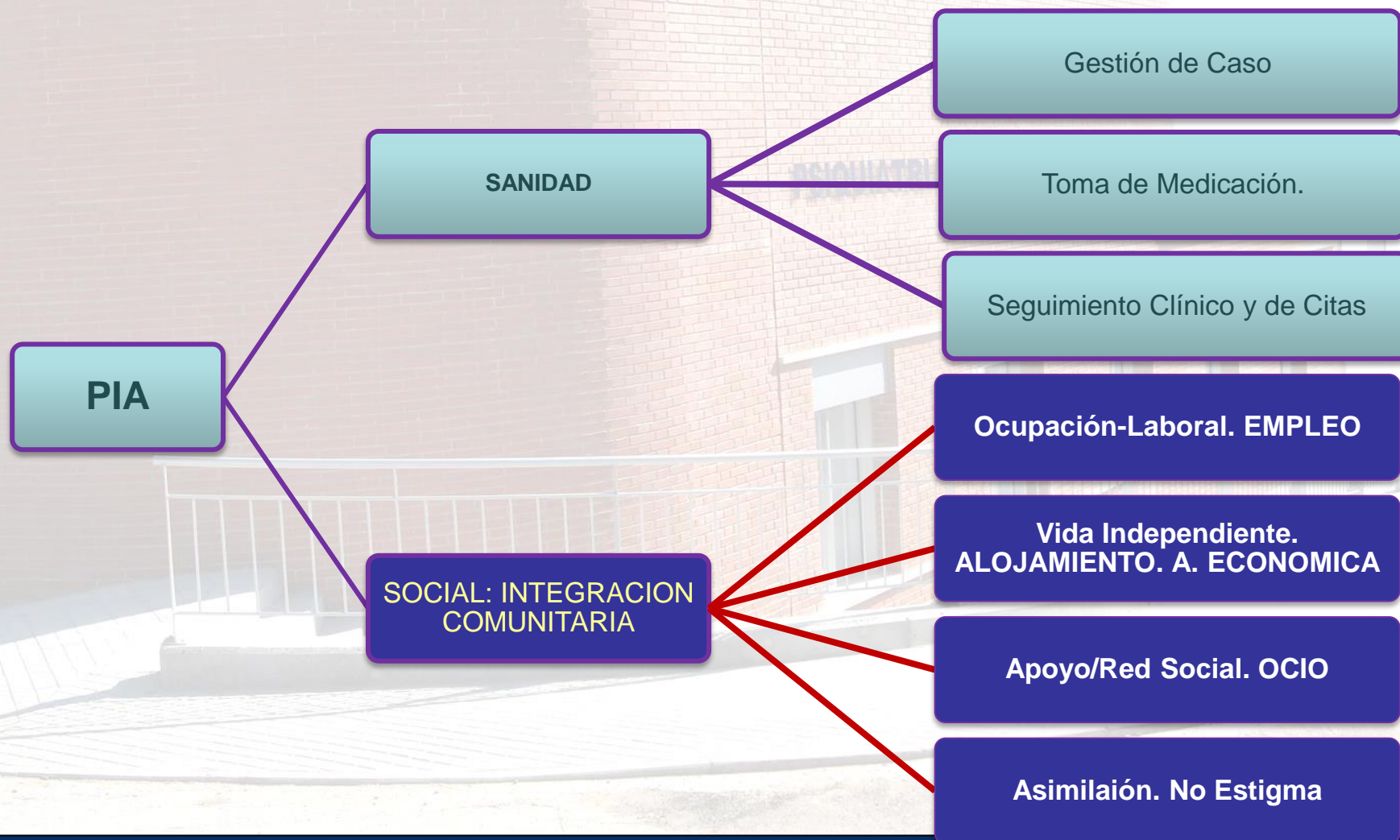
MODELO DE Asistencia Psiquiátrica a Personas con Enf. Mental Grave y Prolongada



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



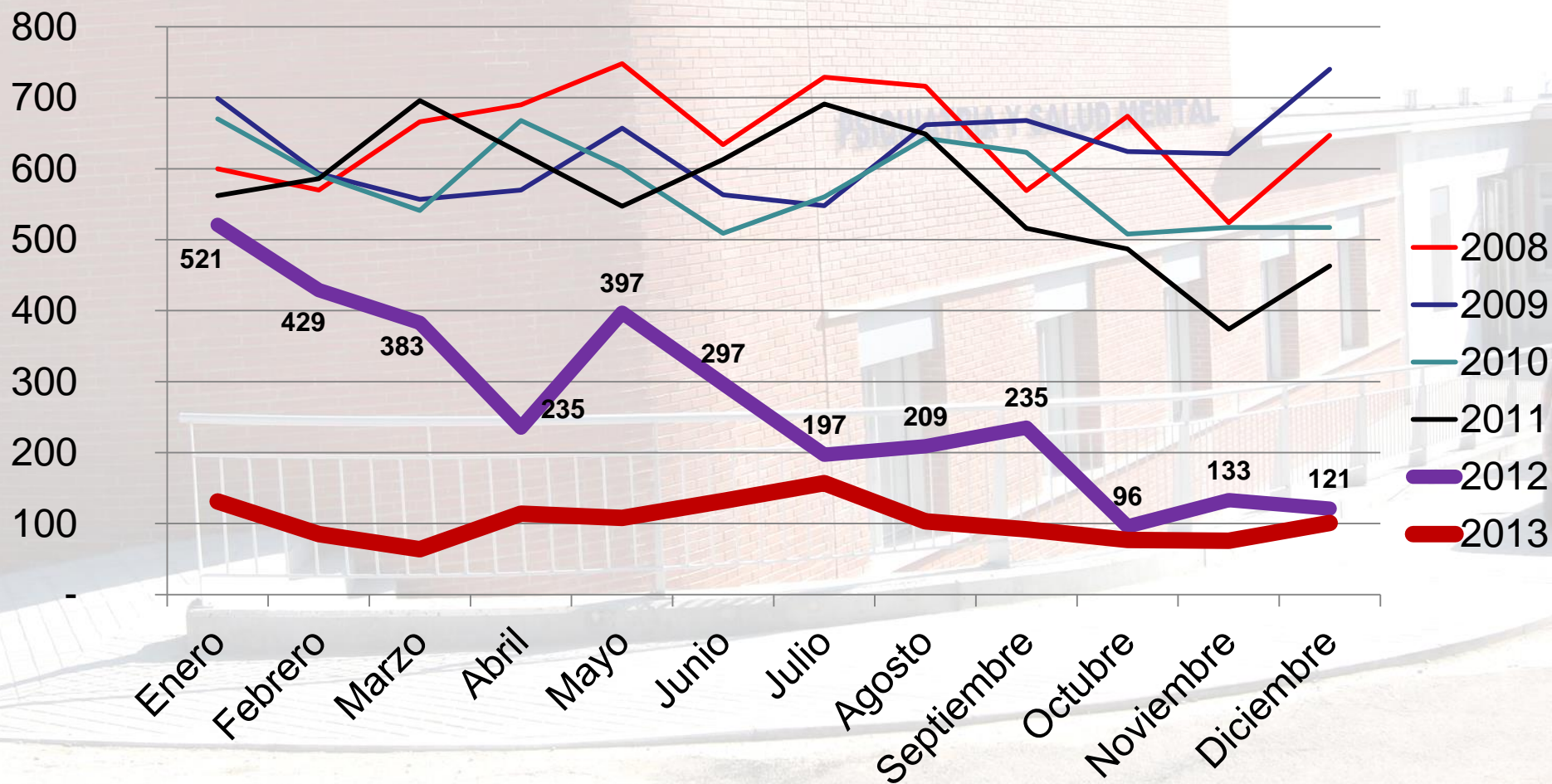
PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCION



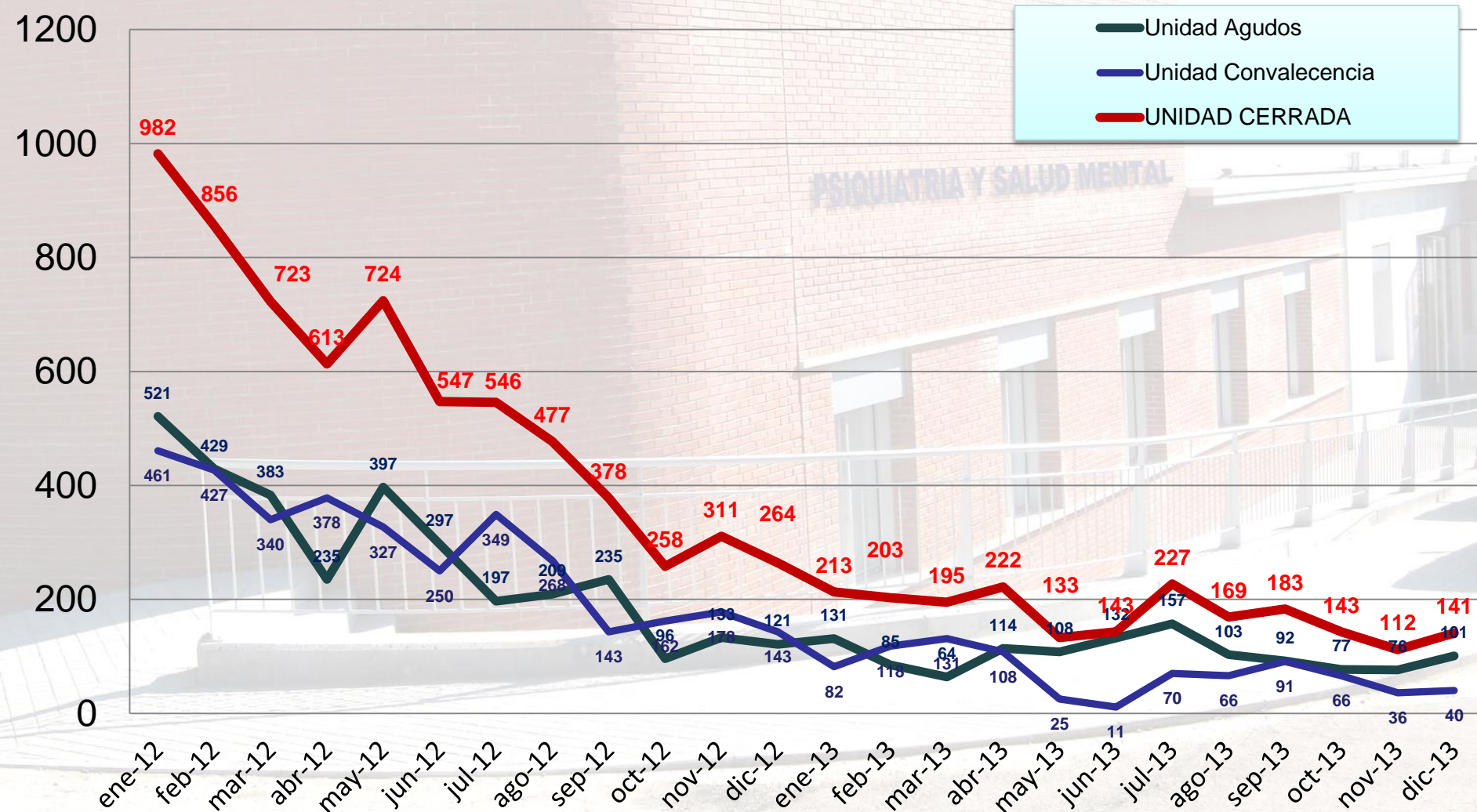


Sacyl

Evolución de Estancias.



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



PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

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