

La Rehabilitación Psicosocial: implicaciones para el Modelo de Salud Mental Comunitario.

Ricardo Guinea.

Médico .Psicoanalista. Psicoterapeuta.

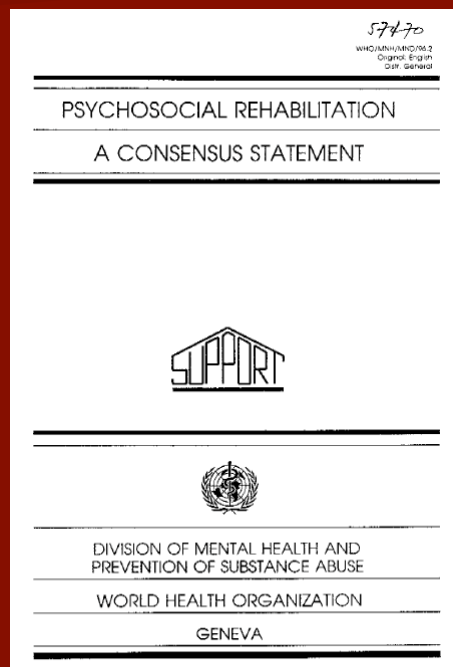
Gerente Programas Mil S. Coop.

Delegado Asuntos Internacionales FEARP.

Dep. Secretary General WAPR.

Objetivo de la RPS

OMS/WAPR Consensus Statement 1996.



- “Facilitar oportunidades a individuos...”
- “Discapacitados, en desventaja por enfermedad mental...”
- “Alcanzar su nivel óptimo de funcionamiento en la comunidad”.

Conceptos fundamentales.



- Tratamiento de calidad.
- Orientado a la recuperación para la vida independiente.
- Apoyo a familiares.
- Alojamiento.
- Rehabilitación vocacional y empleo.
- Ocio y tiempo libre.
- “Empowerment”:

Delimitación del Colectivo.

Criterios de NIMH:

■ Diagnóstico.

- Esquizofrenia, Tr. Bipolar, (Tr. de personalidad...??)

■ Discapacidad:

- Para usar servicios, vivir de manera independiente.
- Discapacidad difícil de objetivar (*Baremo Dependencia*).

■ Duración:

- Comienza al inicio de la vida adulta y frecuentemente condiciona toda la vida de la persona.

Importancia del tema.

- Creciente conciencia de la dimensión del problema.
 - Las Enfermedades Neuropsiquiátricas en su conjunto son responsables del 12% de la carga de Discapacidad (DALYs).
 - Impacto global en la economía de 3-4 % PIB.
 - Coste económico y social muy importante (Costes directos, indirectos e intangibles)

Cuantificación del colectivo.

- **Estudio Verona (Tansella) y Londres (Thornicroft).**
- **Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), IMSERSO, INE, F. ONCE, 1999.**
- **Casos valorados por IMSERSO.**

Tabla 1: Estimación cuantitativa de personas con EMGD en España.

ESTIMACIÓN NÚMERO DE PERSONAS CON EMGC	
Método	Número
Proyección sobre estudios epidemiológicos (0.3%)	150.000
Encuesta EDDES 1999	181.433
Casos Valorados IMSERSO 1999	161.065

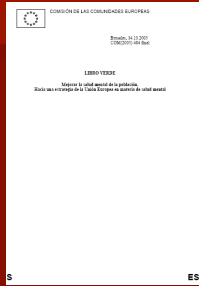
Impacto sobre la vida de las personas.

- Expectativa media de vida reducida 10 años.
- Exposición a problemas médicos (y que permanezcan sin diagnosticar).
- Altas tasas de muerte por suicidio (10%).
- Gran desventaja social (60-90% desempleo).
- Efectos secundarios de tratamientos farmacológicos. (Obesidad, discinesia, sedación...)
- Estigmatización social.

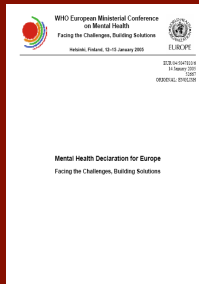
Características del colectivo.

- Heterogeneidad...
- “Ley del cuidado inverso”: cuanto mas severamente afectado, mas dificultades para demandar atención:
 - No conciencia de enfermedad
 - Falta de oportunidades de tratamiento.
 - Desconocimiento de derechos y servicios existentes...
 - La Relación con los servicios resulta desalentadora...

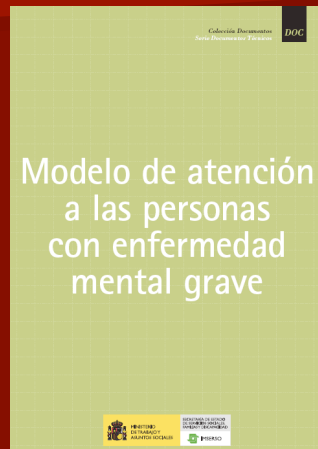
Referencias Internacionales.



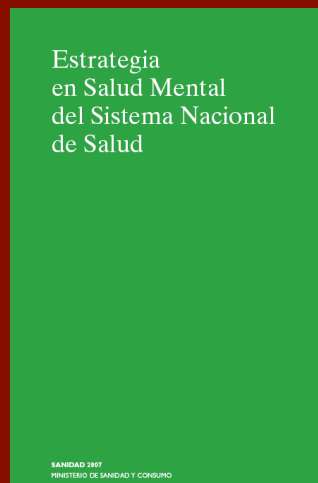
- Libro Verde UE 2004: Hacia una Estrategia Europea en salud Mental.
- Declaración de Helsinki 2005: Mental Health Declaration for Europe. (Conferencia de Ministros de Sanidad Región Europea OMS).
- European Pact for Mental Health and Well-being 2008: (Directiva 5 para *Combatir estigma y exclusión social*).



Referencias Estatales.



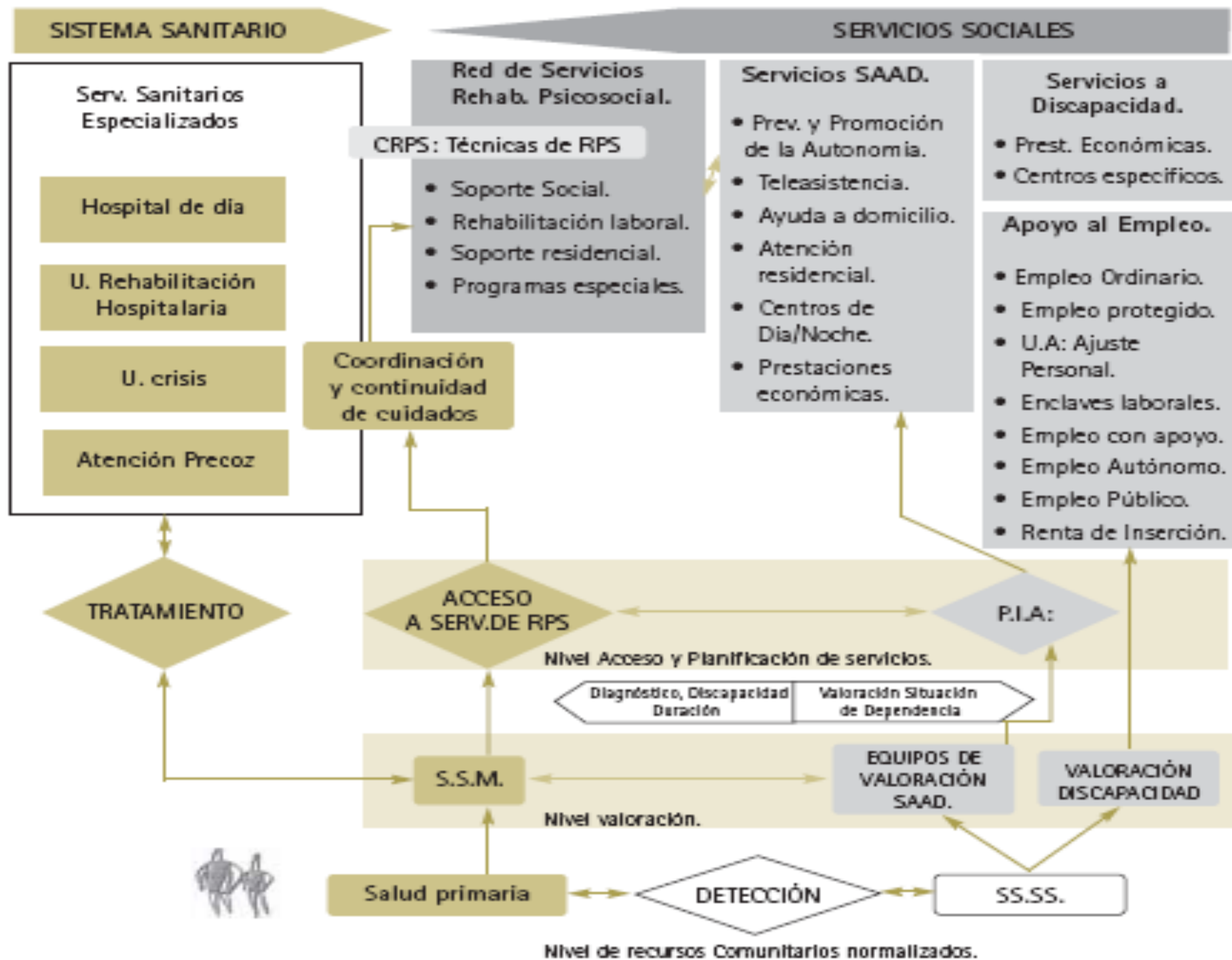
Modelo de Atención a personas con Enfermedad Mental Grave. Documento de Consenso IMSERSO / FEARP, AEN, FEAFES, Hermanas Hospitalarias.



Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Situación actual.

- Gran diversidad.
 - 17 comunidades autónomas.
- Ubicación en Sanidad o servicios sociales.
- Se debe completar la implementación de los recursos.



Comparación con países UE: % de PIB en Salud Mental.

Red Europea de Economía de la Salud Mental. Libre Verde 2001.

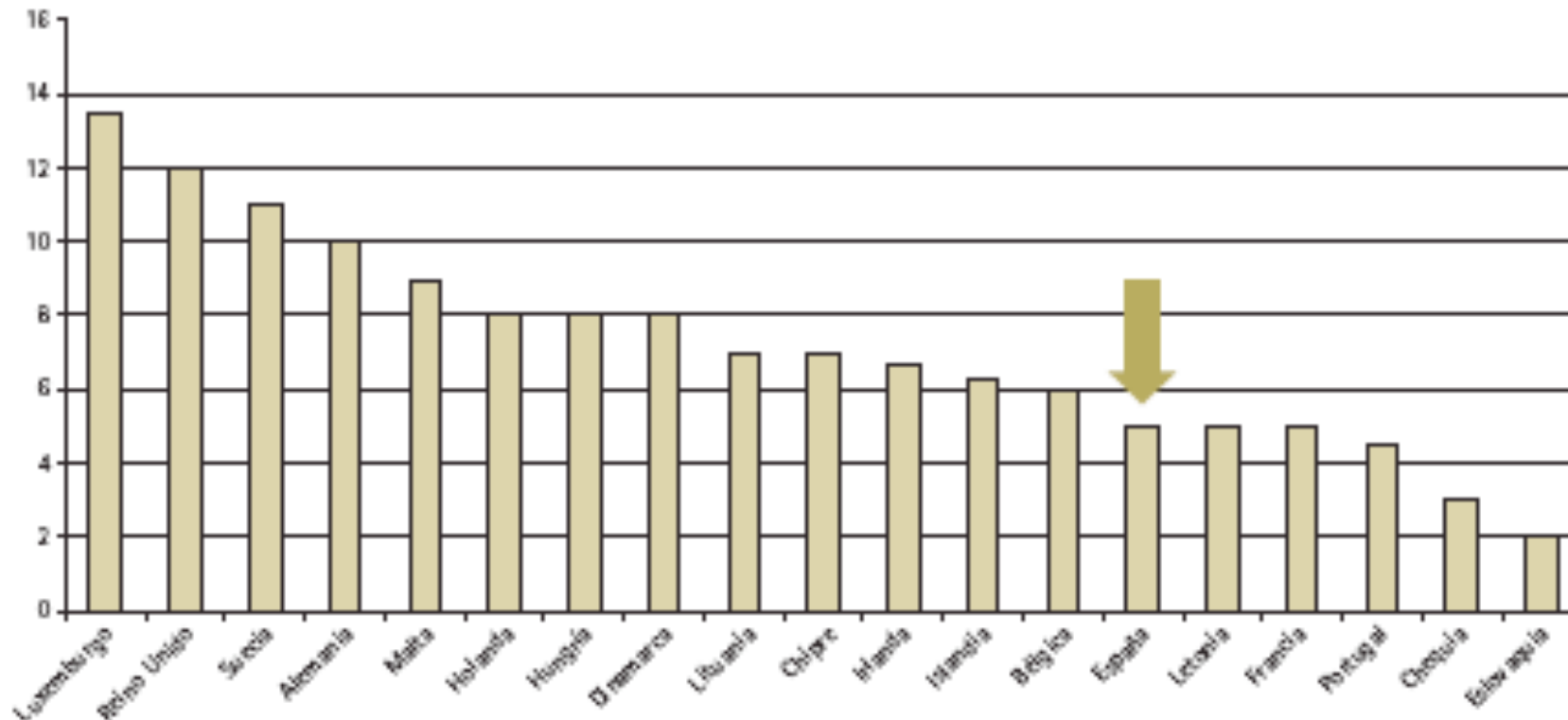


Figura 1: Gasto en Salud Mental en Países del Área Económica Europea (expresado en % del total de gasto total en Salud). Fuente: Red Europea de Economía de la Salud Mental. Libro Verde de la Comisión de la Comunidad Europea. 2001.

Divergencia con Media UE en Gasto en SS.SS. Eurostat 2006.

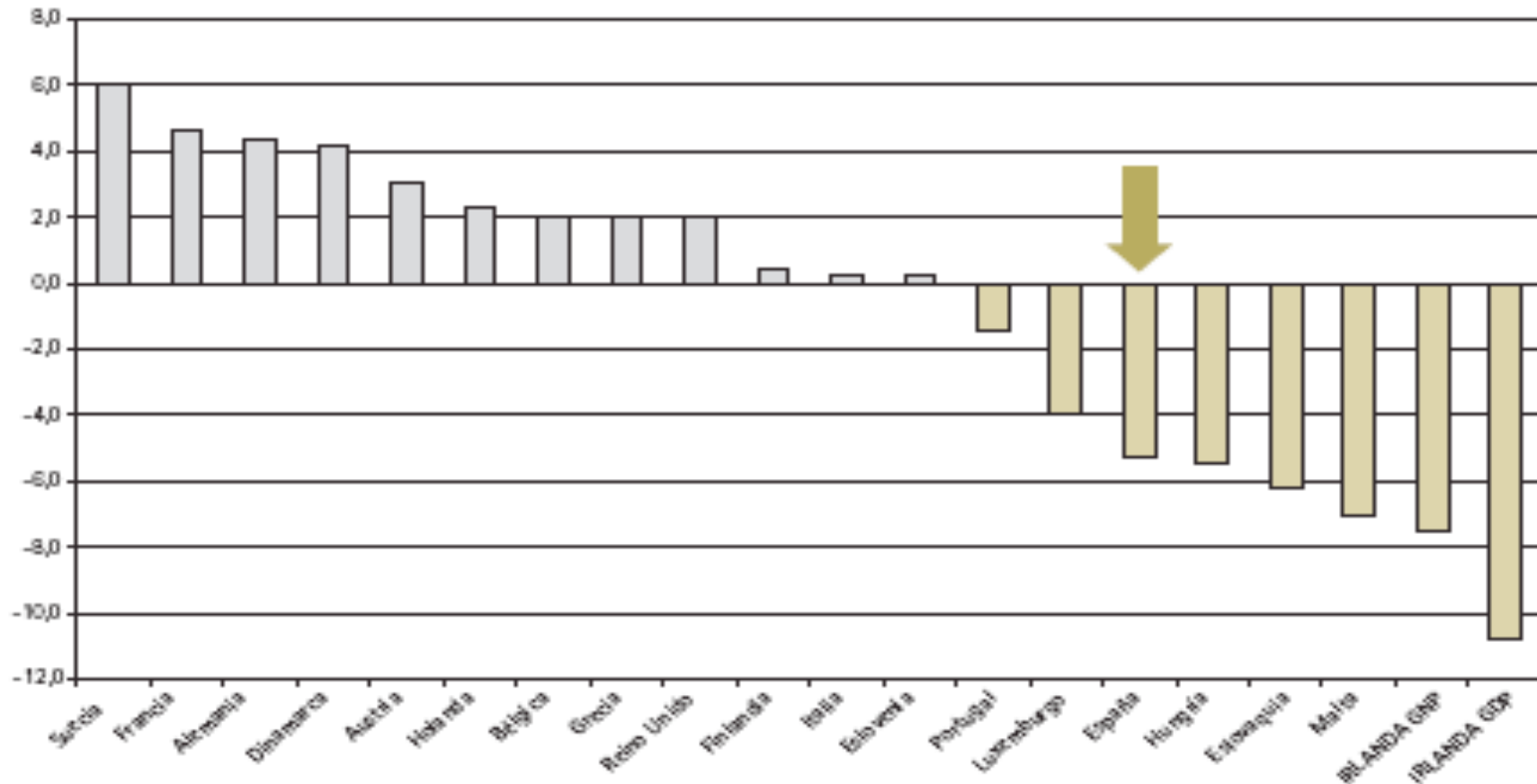


Figura 1 : Porcentaje de divergencia en gasto en protección social respecto de la media de los países de la Unión Europea. Fuente: Eurostat (2006:14) and CSO (2006:3).

RPS y modelo Comunitario.

- Paradigmas mencionados en Doc. "Modelo de Atención a personas con EMGD" IMSERSO/FEARP 2007.
 - Modelo de Salud Pública.
 - Modelo Servicios Sociales.
 - Modelo Salud Mental Comunitario.
 - Modelo de Recuperación.

RPS y Modelo Comunitario (1).

- La propia RPS es el desarrollo específico del modelo comunitario de salud mental para personas con enfermedad mental grave y duradera.
- Es la ruptura y la diferencia con otros modelos previos, abandonados en casi todo el mundo desarrollado en los años '70:
 - Modelo de institucionalización.
 - Modelo "bio-médico".
 - Modelo "hospitalocèntrico".
 - Modelos Neoliberales que dan prioridad a factores no centrales: "el lucro", la "eficiencia".

RPS y el Modelo Comunitario(2)

- La responsabilidad *activa* de un equipo sobre un área y un grupo de población permite:
- Estimar recursos necesarios y planificar de manera proporcionada y realista.
- Detectar necesidades y planear nuevas aproximaciones (Equipos de TAC...)
- Políticas de prevención: detección precoz, apoyo familiar, prevención de situaciones potencialmente muy conflictivas...
- Organizar atención a grupos especiales (personas enfermas en prisión, sin hogar, patología dual...)

Algunos retos de futuro.

- Completar el desarrollo del modelo / Sostenibilidad del modelo.
- Lucha contra el estigma.
- Adaptación a distintos contextos culturales.
- Envejecimiento de la población.
 - Incorporación del punto de vista de los usuario: avance en la comprensión de modelos de recuperación
 - Consideración del derecho a la “diversidad funcional”.



•Madrid 1998, New York 2002.



Una vida normal...

Jornadas Salud Mental y Trabajo Social UNED. Madrid, 2007.

