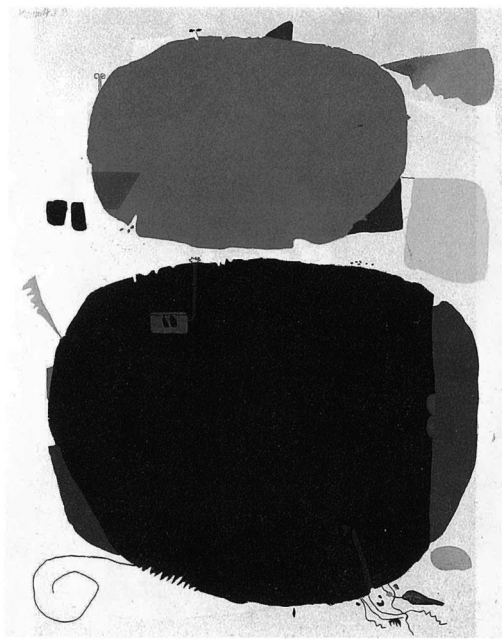


CUADERNOS DE **PSIQUIATRIA** **COMUNITARIA**

Vol. 11, número 1, 2012



SALUD MENTAL COMUNITARIA: **EL MODELO DE GIRONA**

Cristina Gisbert y Jordi Cid
(Compiladores)

Fundada en 2001

Consejo de redacción: Víctor Aparicio Basauri, Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Cristina Fernández Álvarez, José Filgueira Lois, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González, Juan José Martínez Jambrina, Ana Esther Sánchez Gutiérrez y Cesar Sanz de la Garza.

© *Copyright 2001*: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental - Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)

e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: Montaruru mit Rot, por Willi Baumeister, 1953. Colección Privada.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Número de ejemplares: 300

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión : Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo

Periodicidad: Semestral

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 11 - Núm. 1 - 2012

ARTÍCULOS ORIGINALES

- La Red de Salud Mental y de Adicciones del Institut d'Assistència Sanitària (IAS) de Girona: una visión desde la gestión**
Jordi Cid, Claudi Camps, Margarita de Castro, Lluís Franch 9
- Los Centros de Salud Mental en la XSM-IAS de Girona**
Agustí Camino Vallhonrat, Marifé Martín Pérez, Javier Merino Aguado 23
- Programa de Soporte de Salud Mental al Equipo de Atención Primaria**
Montserrat Gibernau, Pilar González, Ignacio Pascual 41
- El programa de atención temprana a la psicosis de la red de salud mental de las comarcas de Girona**
Equipo de Programa PAE-TPI XSM-IAS 49
- Hospital de Día de la XSM-IAS: Adultos e Infanto-Juvenil**
E. García Núñez, D. Serrano López, Glòria Trafach 67
- Urgencia y Hospitalización Psiquiátrica en coordinación con la atención comunitaria**
Jordi Font, Domenech Serrano, Marta Font, Raúl Otín 79
- Rehabilitación psicosocial hospitalaria: cambios ante las nuevas demandas**
Cristina Gisbert, Isabel Mitjà, Pilar Oliveras, Eduard Fernández 93
- Una integración comunitaria adecuada: habilidades, trabajo, familia, recursos residenciales y tutela**
Eduard Palomer Roca, Susanna Masnou Barrera, Rosa Garcia Villalba 107
- INFORMES**
- El consenso de Panamá** 121
- RESEÑAS**
- Antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana**
Sergio J. Villaseñor Bayardo, Carlos Rojas Malpica y Jean Garrabé de Lara 123
- NOTICIAS BREVES** 127

| | |
|------------------------------------|------------|
| REUNIONES CIENTIFICAS | 129 |
| NORMAS DE PUBLICACIÓN | 137 |

“Lo realmente importante en una red de salud mental es la forma en que los diferentes dispositivos se ensamblan, así como el estilo de trabajo de los profesionales. Este estilo incluirá la forma en la que se involucra a los pacientes y sus cuidadores en las discusiones sobre su tratamiento y atención”

Thornicroft y Tansella
“La matriz de la Salud Mental” (2005)

La Red de Salud Mental y de Adicciones del Institut d'Assistència Sanitària (IAS) de Girona: una visión desde la gestión

The Network of Mental Health and Addiction of the Institut d'Assistència Sanitària (IAS) of Girona:
A view from the management

Jordi Cid

Psicólogo Clínico. Coordinador Programas XSM

Claudi Camps

Psiquiatra. Director Asistencial XSM y Adicciones.

Margarita de Castro

Enfermera Psiquiátrica. Adjunta a la Direcció XSM.

Lluís Franch

Médico. Gerente IAS.

RESUMEN

Este artículo describe como el Institut d'Assistència Sanitària, empresa pública que presta servicios de salud de la Generalitat de Catalunya, ha ido configurando la red de salud mental de las comarcas de Gerona desde una perspectiva de la Gestión. Repasamos brevemente la historia desde una concepción asilar de la salud mental hasta la concepción basada en mejorar la calidad de vida del usuario. Se describe como a través de la modernización empresarial, con la introducción de sistemas de gestión basados en la planificación, en la calidad y en los procesos asistenciales se configura una red de salud mental integrada centrada en el tratamiento de proximidad del usuario. También se describen los distintos dispositivos hospitalarios y los comunitarios (CSM Adultos, InfantoJuvenil, Centros de Rehabilitación, Centros de Drogas, recursos residenciales, y recursos laborales) que conforman la actual red. Delimitamos los dos principios básicos de la red: la continuidad asistencial y tratamiento integral del usuario; y finalmente mostramos una serie de resultados y proporcionamos un análisis de costes de la red de salud mental de las comarcas de Girona.

Palabras clave: *gestión clínica, calidad asistencial, red de salud mental, dispositivos hospitalarios, dispositivos comunitarios, continuidad asistencial, tratamiento integral,*

ABSTRACT

This article describes how the Institut d'Assistència Sanitària public company that provides health services of the Generalitat de Catalunya, has been shaping the mental health network in the counties of Girona from a management perspective. We review briefly the history from a perspective of mental health nursing based design to improve the quality of life for users. It is described as through business modernization, with the introduction of management systems based on planning, quality care processes and set up an integrated network of mental health treatment focused on user proximity. It also describes the different devices and Community Hospital (CSM Adults, Children and Youth, Department of Rehabilitation, Drug Centers, residential resources, and labor resources) that make up the current network. Delimit the two basic network principles: continuity of care and comprehensive treatment of the user, and then show a series of results and provide a cost analysis of the mental health network of the province of Girona.

Key words: *clinical management, quality of care, mental health network, community outpatient services, inpatient services, continuity of care, comprehensive treatment*

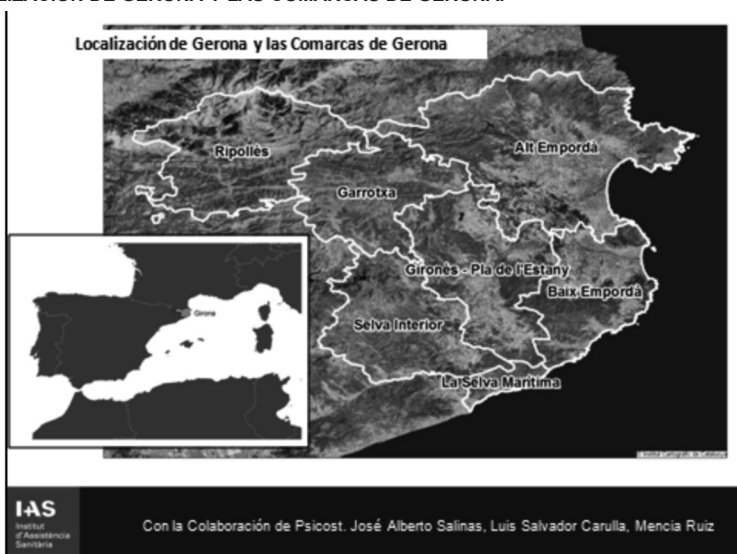
INTRODUCCIÓN

El “Institut d’Assistència Sanitària”, empresa pública perteneciente al Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, provee servicios de salud mental de cobertura pública en las 7 Comarcas de Girona, servicios sociosanitarios a las comarcas de la Selva Interior y Gironès (300.000 habitantes), de Hospitalización Aguda a la Selva interior y parte del Gironès (155.000 habitantes) y Atención primaria en 3 ABS (55.000 habitantes); Véase Figura I para su localización. La provincia de Girona tiene 750.000 habitantes, y esta divida administrativamente en 7 comarcas (AltEmpordà, BaixEmpordà, Gironès-Pla de l’Estany, Garrotxa, Ripollès, La Selva Marítima y la Selva Interior) y cuenta con 221 municipios. A nivel de Región Sanitaria está organizada en 36 Áreas Básicas de Salud y 7 Hospitales Generales, uno por comarca y 1 hospital con tecnología media-alta.

La prestación de servicios de salud por parte del IAS tiene una larga tradición ya que se remonta al primer asilo de la ciudad de Girona que data de 1212 y continúa con la creación del Hospital de Santa Caterina en 1666⁽¹⁾. Es en 1850, cuando se inician los servicios de salud mental en el manicomio de Salt, y esto ocurre cuando la Diputación de Girona asume la dirección del asilo-hospital de Girona. Otro hecho importante a lo largo de la historia del IAS es que en 1970 se firma el concierto con la Seguridad Social, dejando de ser una institución puramente de beneficencia, lo que coincide con los inicios de la reforma psiquiátrica y supone el inicio de la asistencia comunitaria a iniciativa de los profesionales de salud mental, con la creación de los primeros ambulatorios fuera del hospital psiquiátrico, en las capitales de comarca⁽²⁻³⁾.

Posteriormente, en 1992, el IAS es trasladado desde la Diputación a la Generalitat de Catalunya creándose una empresa pública con el mismo nombre e inicia su

FIGURA I. LOCALIZACIÓN DE GERONA Y LAS COMARCAS DE GERONA.



desarrollo empresarial como empresa pública, a lo que se le añade el inicio de la actividad sociosanitaria y de atención primaria de salud. Este periodo del 1992 hasta el año 2000 se puede definir como periodo donde se identifican e intentan resolver una serie de problemas de tipo estratégico: a) Eliminar la subvención a la explotación y alcanzar la suficiencia financiera, b) Abordar la Reforma psiquiátrica pendiente (se mantiene la estructura del hospital psiquiátrico no reformado y los servicios comunitarios no modernizados); c) Cambiar la gestión orientada a la estructura y con un modelo burocrático-administrativo a una gestión empresarial moderna y orientada al usuario; d) Completar la integración de las especialidades desde el ambulatorio de Girona al Hospital Santa Caterina y e) Afrontar importantes inversiones para cambiar las antiguas infraestructuras (especialmente hospital psiquiátrico y hospital Santa Caterina) por otras modernas.

En conclusión desde la perspectiva estratégica, se hacía necesaria la modernización empresarial del IAS en tres aspectos fundamentales, el primero que se garantizará una autoeficacia financiera, el segundo, pasar de estar centrado en estructuras a centrarse en la proximidad y en el acercamiento a los usuarios, y el tercero que se alejara del modelo de caridad y se orientara al usuario.

Estas necesidades de cambio a nivel estratégico se dan a menudo en las instituciones sanitarias, pero en muchos casos estos cambios no se producen porque no se dan las circunstancias políticas, económicas y sociales para que ocurran. En el caso del IAS el cambio fue posible porque la voluntad propia coincidió con la ley sanitaria

catalana (LOSC), la creación y desarrollo del Servicio Catalán de la Salud, un aumento significativo de recursos sanitarios públicos, el plan de reconversión psiquiátrica y la decisión de crear el parque hospitalario en Salt con un plan y convenio de inversiones que se aprobó en 1997.

EL CRECIMIENTO Y MODERNIZACIÓN DEL IAS EN LA ÚLTIMA DÉCADA

A partir de las bases sentadas en el periodo anterior, en esta última década se consolida el proyecto IAS con una época de gran crecimiento y modernización que podemos sintetizar en cuatro pilares: plan de inversiones, plan estratégico, plan de calidad, reorganización organizativa y de la cartera de servicios.

El Plan de Inversiones

Se ejecuta el Plan de Inversiones para la renovación de las infraestructuras dependientes del IAS por un valor total de unos 72 millones de euros en capital. Este plan consiste en la creación del "Parc Hospitalari Martí i Julià" en los terrenos del Hospital Psiquiátrico, donde se planifica la construcción del nuevo Hospital de Santa Caterina (2001-2004), la demolición de los viejos edificios del antiguo hospital psiquiátrico de Salt, la construcción de los edificios para el Servicio de Rehabilitación Psicosocial (1998-2003), para el Servicio de Psicogeriatría (2006-2009). Todo ello supone una reorganización de todos los Servicios Hospitalarios de Salud Mental de las Comarcas de Girona y la oportunidad de integrar por primera vez dentro del Hospital de Santa Caterina la Unidad de Hospitalización de Agudos e integrar las Urgencias Psiquiátricas

dentro de un Hospital General de ámbito comarcal. Además, se acompaña de una planificación de mejoras en las infraestructuras (edificios) y/o cambios de sede de algunos de los centros comunitarios (CSM Adultos, CSM Infantil, Centros de Día) de la Red de Salud Mental de las Comarcas de Girona y de los 3 Centros de Atención Primaria que Gestiona el IAS.

El Plan Estratégico

Se ejecuta y evalúa el Plan Estratégico 2001-2005 y se diseña y ejecuta el Plan Estratégico 2006-2010 (4), este último elaborado con una amplia participación de los profesionales (17 grupos con más de 150 profesionales). Se establece la **misión**: *“El IAS es una organización sanitaria con la finalidad de contribuir a la mejora del estado de salud de la población que se le asigne. Por este motivo ofrecerá una cartera de servicios (sanitarios, socio sanitarios y sociales) adaptado a las necesidades y expectativas de los ciudadanos en un marco de continuum asistencial. Su organización centrada en las personas estará orientada a ofrecer los servicios de calidad con criterios de eficacia, efectividad y eficiencia, así como responsabilidad social, implicando a sus profesionales, proveedores y otros agentes del sector salud. La docencia investigación e innovación contribuirán a la mejora de la asistencia como parte inseparable de la misma”*. También una **visión** basada en la excelencia de los resultados de salud y en la mejora de la calidad de vida y la cohesión social, y unos **valores compartidos** como son *“los ciudadanos nuestra razón de ser, el profesionalismo, la acogida, el compromiso y la innovación”*.

De modo más específico en lo que se refiere a la Salud Mental, la *Línea*

Estratégica 2 hace referencia en mejorar el liderazgo de la Red de Salud Mental y define de manera clara los diferentes objetivos del plan⁽¹⁾ Desarrollar el Plan Director de Salud Mental y Adicciones (aprobado por el Departamento de Salud del Gobierno de la Generalitat en el 2006) en todas las Comarcas de Girona⁽²⁾. Cambio de cultura y actitud de los profesionales (trabajar para que los profesionales tengan una visión del usuario en función de la calidad de vida y no exclusivamente sintomática),⁽³⁾ Transformar los Centros de Día en Centros de Rehabilitación Psicosocial,⁽⁴⁾ Mejorar la Atención al Trastorno Mental Severo en los Sectores,⁽⁵⁾ Implementar programas psicoeducativos para las familias para pacientes psicóticos en todos los sectores⁽⁶⁾ Incrementar los recursos residenciales,⁽⁷⁾ Reforzar la Inserción Laboral,⁽⁸⁾ Mejorar la Atención a los Trastornos de la Personalidad,⁽⁹⁾ Continuar avanzando en la transformación de la larga estancia hospitalaria,⁽¹⁰⁾ Estudiar el impacto de la Ley de la Dependencia.

Todos estos objetivos, con sus consiguientes acciones, más allá de su nivel de consolidación al final del periodo 2010, han marcado el desarrollo, e impulsado la modernización de los Servicios, Programas y de la Atención que se presta en la Red de Salud Mental de las Comarcas de Gerona.

La Reforma organizativa

El máximo órgano de gobierno es el *Consejo de Administración* nombrado enteramente por el Gobierno de la Generalitat de Cataluña. De este consejo pende la *Gerencia y Comité Directivo* (CD), con 10 miembros que constituyen la Alta Dirección y llevan la gestión del día a día de la institución. El núcleo del equipo de alta

dirección lo constituye la dirección asistencial que, dada la complejidad de los servicios, es colegiada con directivos de hospitalización de agudos, sociosanitario, atención primaria y Salud Mental. El resto del equipo está formado por las direcciones de apoyo: atención al usuario, área económica, recursos humanos, sistemas de información y servicios generales.

La reforma organizativa viene impulsada desde 2003 por la alta dirección, con el aval del Consejo de Administración, después de realizar un análisis del IAS desde la perspectiva de la gestión, donde encontraban como puntos **fuertes**: a) Estructura empresarial sólida, b) Profesionales buenos y comprometidos, c) Buena calidad asistencial, c) Directivos responsables y comprometidos, d) Instrumentos de gestión básica e) Inversiones en curso, y f) Estabilidad económica. Y como puntos **débiles**: a) una Organización fuertemente jerarquizada, b) una organización excesivamente compartimentada, c) Defectos en la transparencia y comunicación, e) Defectos en la participación de los profesionales, f) Defectos en los sistemas de información, y g) Poca fijación de objetivos y medición de resultados.

A tenor de este análisis, se realizaron e impulsaron toda una serie de cambios en la organización que se resumen en los siguientes puntos:

a) Una Orientación de la organización a los Usuarios, a los Profesionales y a los Resultados.

b) Aplanamiento de las estructuras. Se vertebró la organización y liderazgo por Unidades de Gestión, donde se pase de la Gestión Clínica a la Gestión Global. Se

constituyen 32 Unidades de Gestión Clínica con una estructura de liderazgo formada por una dirección de la UGC, formado usualmente por dos profesionales, ya sean dos facultativos (médico y psicólogo clínico) y/o un facultativo y un profesional de enfermería. También, se crea un Comité de Unidades de Gestión Clínica, que aglutina a los mandos intermedios del IAS, en total 75 personas, que conjuntamente con la alta dirección deben de gestionar el día a día de la institución.

c) Potenciar trabajo transversal. Un elemento clave en el cambio es pasar de una estructura jerarquizada a una estructura de tipo más transversal en tres ejes: *Procesos clínicos* definiéndolos para evitar duplicidades y garantizar una continuidad asistencial independientemente del servicio o unidad de tratamiento. Fomentar la *Investigación, la Formación continuada y la Docencia* para mejorar la capacitación de los profesionales ante los nuevos desarrollos y técnicas, mejorar la calidad y la eficacia de las intervenciones y promover el intercambio de conocimiento entre los profesionales. Y por último fomentar el trabajo conjunto con las *Fundaciones, instituciones y asociaciones* que participan conjuntamente los profesionales de la salud en la Inserción Laboral, en las tutelas, en las asociaciones de familiares y de pacientes.

d) Un importante desarrollo de los Sistemas de información, incluyendo la implantación de historia clínica electrónica.

e) Un cambio profundo en la gestión de los recursos humanos desde las formas más clásicas hacia una visión de gestión de personas, más allá de la simple relación contractual buscando la implicación, compromiso y

complicidad de los profesionales y con una seria preocupación del clima laboral.

f) La creación de la figura de adjunto a Gerencia-Dirección atención al usuario, responsable de las políticas de atención al usuario, de ética asistencial y empresarial, de las políticas de calidad y de la responsabilidad social corporativa, es decir intentando ser un ojo crítico de la organización.

g) Potenciar el Benchmarking y los acuerdos estratégicos con otras instituciones como elemento de mejora de resultados.

El Plan de Calidad

En estos años se ha iniciado la implantación de una sistemática de calidad que, aunque admite otros modelos (ISO, Joint-Comission) se decidió centrar en el Modelo de Calidad Europeo EFQM, como un modelo de mejora de la gestión. Este se ajusta tanto a las necesidades del IAS como a las directrices del Departamento de Salud, que había apostado por la aplicación de este modelo para la Acreditación de Centros Sanitarios: *Este modelo define que “la satisfacción del cliente, del personal y el impacto en la sociedad se consiguen mediante un liderazgo que impulsa una política y estratégica, una gestión del personal, de los recursos y de los procesos a la excelencia en los resultados financieros y no financieros”*. Por este motivo, se optó por no crear una estructura específica de Calidad sino por crear una Comisión de Calidad como impulsora y la responsabilidad del desarrollo fue asumida por la Alta Dirección y el Comité de Unidades de Gestión Clínica (CUG). En una primera fase se formaron en el modelo EFQM a dicha comisión, y a los responsables de la UGC. En una segunda fase, se realizó una autoeva-

luación EFQM, mediante la creación de un cuestionario adaptado al IAS. Se constituyeron grupos de profesionales para poder rellenar los cuestionarios y se realizó un análisis de los resultados que permitió definir acciones de mejora que fueron incorporadas a la gestión tanto por parte del Comité Directivo como en las Unidades de Gestión Clínica.

La Cartera de Servicios.

Otro de los aspectos clave fue redefinir y reorganizar la cartera de servicios que prestaba el IAS. Tal como podemos ver en la Tabla I, se describen la Cartera de Servicios que presta en la actualidad el IAS como empresa pública, en Salud Mental, en Atención Primaria y Sociosanitario en las Comarcas de Girona. Se describe la población de referencia que atiende, y el lugar donde se realiza, en el “Parc Hospitalari Martí i Julià” o en la Comunidad. Por lo que se refiere a los Servicios de Salud Mental Públicos, se prestan servicios a toda la provincia de Gerona con un área de referencia de 750.000 habitantes. La Red de Salud Mental se divide en dos partes, la parte de Atención Hospitalaria concentrada en el “Parc Hospitalari Martí i Julià” y en la parte comunitaria distribuida en las comarcas de Gerona.

En lo que se refiere al “Parc Hospitalari Martí i Julià” tenemos dentro del **Hospital General de Santa Caterina, las Urgencias de Psiquiatría**, punto único de atención a la urgencia de la provincia de Gerona. Esta está atendida por un psiquiatra de guardia y un residente de psiquiatría de guardia. Los pacientes pueden ir por voluntad propia, pueden ser derivados por los centros de la red de salud mental y también dan soporte a las

urgencias de psiquiatría que puedan llegar a los 6 hospitales comarcales, el Hospital de referencia o de las Áreas Básicas de Salud que realizan atención continuada. En el mismo hospital se encuentra la *Unidad de Hospitalización de Agudos* con 42 camas de referencia para toda la provincia de *Gerona*, la *Unidad de Hospitalización de Agudos de Infantil y Juvenil* con 5 camas, y la *Unidad de Desintoxicación* con 4 camas, llevada hasta este año por Medicina Interna, y traspasada la gestión a Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Agudos.

En los Edificios del Parque Hospitalario, en Salt 1, encontramos la *Unidad de Patología Dual* con 6 camas para el tratamiento de la comorbilidad de trastornos psiquiátricos del Eje I y II, y los trastornos por dependencia de sustancias. Todas estas unidades como veremos en el capítulo 6 están gestionados por la UGC de Agudos. En el edificio Salt 2, encontramos el **Servicio de Rehabilitación Hospitalario**, que está dividido en dos unidades, *Unidad de Subagudos* con 50 camas para el ingreso de pacientes con un perfil de trastornos mentales severos y la *Unidad de Media y Larga Estancia* con 38 personas del antiguo hospital psiquiátrico que no se han podido externalizar. En este mismo edificio hasta hace poco nos encontrábamos con el **Servicio de Psicogeriatría**, con 50 camas para pacientes psicogerítricos, una proporción importante de estos venían del antiguo hospital psiquiátrico y una proporción pequeña de nuevos ingresos. No obstante, la crisis económica actual, conjuntamente con la apertura del área socio sanitaria en el parque hospitalario, han hecho que este servicio pase a depender de la nueva y

moderna estructura socio sanitaria y que este servicio haya traspasado los pacientes ingresados a dicha área.

TABLA I. CARTERA DE SERVICIOS DEL IAS EN SALUD MENTAL, ATENCIÓN PRIMARIA Y SOCIO SANITARIA (VER PÁGINA SIGUIENTE)

Dentro del Parque, en el edificio Til.lers **nos encontramos con el Hospital de Día de Adultos, y el Hospital de Día de Adolescentes** con 25 plazas respectivamente para el tratamiento intensivo psicoterapéutico de adultos y niños-adolescentes con trastornos mentales graves. Ambos son dispositivos comunitarios y como tales deberían estar en la comunidad pero por problemas de económicos relacionados con el coste de los edificios comunitarios están en parque hospitalario.

En otra parte del edificio Til.lers nos encontramos con los **Servicios de Discapacidad Intelectual**, que se componen de un *Centro Especializado de Salud Mental y Discapacidad Intelectual*, para pacientes que tienen problemas en ambas áreas, discapacidad intelectual y trastornos mentales asociados. *Una Unidad de Trastornos de Conducta en la Discapacidad Intelectual*, unidad hospitalaria para personas con una discapacidad intelectual y con la presencia de graves problemas de conducta de 12 camas y la recién inaugurada *Residencia Til.lers de Discapacidad Intelectual*, con 39 plazas residenciales para la discapacidad intelectual y que cierra el proceso de atención a la Discapacidad Intelectual.

La Salud Mental Comunitaria, disponemos de una red integrada de atención a la salud mental tanto para adultos, como para infanto-juvenil, como para las adicciones como para la rehabilitación y residencia de los trastornos

| CARTERA DE SERVICIOS | Parc Hospitalari Martí i Julià | Comunitaria |
|--|--|--|
| Atención de Salud mental Región Sanitaria Girona (750.000 hab.) | Urgencias Unidad de agudos adultos (42) Unidad de agudos Infantil (5) Hospital de Dia Adultos (25) Hospital de Dia Infantil (25) Rehabilitación(38) Subagudos (50) Unidad Desintoxicación (4) Patología Dual (6) Discapacidad Intelectual | 7 Centros adultos 7 Centros dia 7 Centros niños 6 Centros Drogas 1 Hogar-residencia 9 Pisos Trabajo protegido con F. Drissa |
| Atención sociosanitaria Selva Interior y Gironès (300.000 hab.) | Convalecencia Paliativos UFISS Demencias UFISS geriatría Psicogeriatría-neurogenerativas | PADES |
| Atención hospitalaria agudos Selva Interior y parte Gironès (145.000 hab.) | Hospital Santa Caterina Hospital General 135 camas | PASSIR Pediatria |
| Atención primaria de salud parte Selva Interior y Gironès – 3 ABS (55.000 hab.) | | ABS Anglès ABS Breda-Hostalric ABS Cassà |
| Social | Equipo evaluación dependencia | |

mentales severos. La red se distribuye en función de las 7 comarcas en las que está dividida la provincia de Gerona: Alt Empordà, Baix Empordà, Gironès-Pla de l'Estany, Garrotxa, Ripollès, la Selva Interior y la Selva Marítima. En cada comarca y tal como podemos observar en la Figura II, hay un *CSM Adultos*, un *CSM de Infanto-Juvenil*, un *Centro de Rehabilitación Psicosocial*. En el caso de los *Centros de Drogodependencias (CAS)* están integrados desde el año 2005 a la red de salud mental, funcio-

nando como un dispositivo de atención específica a los problemas de adicción que trabaja de manera coordinada con el resto de dispositivos del sector de referencia, En este caso también hay un CAS en cada comarca, salvo en la Selva Interior los usuarios van al CAS del Gironès. Por último, en el caso de los dispositivos residenciales, en cada sector hay como mínimo *un piso con soporte parcial* para Trastornos Mentales Severos, y también disponemos de una **residencia hogar** para 25 usuarios con Tras-

torno Mental Severo y problemas residenciales del área de Girona que se ubica por razones económicas del coste del suelo en el “Parc Hospitalari Martí i Julià”.

ria (véase artículo de este número). Respecto a la cooperación con Justicia (cárceles, justicia juvenil) resaltar que la atención específica en dichos centros es llevada a cabo por profesionales de los centros de salud



FIGURA II. DISTRIBUCIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN GERONA

Dentro de la Red de Salud Mental, y con el impulso del Plan Director de Salud Mental y Adicciones se ha podido avanzar en la consolidación de los programas existentes tales como Ludopatías, cooperación con Enseñanza (centros educación especial), cooperación con Servicios Sociales, cooperación con entidades de inserción laboral (Fundación DRISSA, La Fageda y otros) y Programa de soporte en el hogar. Y también supuso la creación de nuevos programas específicos tales como el Programa de Trastornos conducta alimentaria, de Psicoterapia, de Atención Temprana a la Psicosis (véase artículo de este número), de Soporte a la Atención Prima-

mental y adicciones de las comarcas donde se ubican, favoreciendo enormemente la continuidad asistencial de esta población en su progresiva reinserción social.

RECURSOS HUMANOS Y GESTIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Uno de los cambios importantes de los últimos 10 años ha sido abandonar la estructura divisional compartimentada entre dirección médica, enfermería y otros por una única dirección asistencial de Salud Mental. Esta Dirección de Salud Mental está formada por un Director Asistencial (médico

psiquiatra) y una Adjunta a la Dirección (enfermera en salud mental), que funcionan de manera colegiada y coordinada y son responsables de una adecuada gestión para la consecución de los objetivos del contrato de compra de servicios, del plan director de salud mental y adicciones y del plan estratégico del IAS. A esta estructura le da soporte

madamente 29 millones de euros, de los 90 millones de euros de presupuesto global del IAS, un 29 % del presupuesto total del IAS. Este presupuesto supone un coste de 38,4 € por cápita. La distribución del presupuesto, es de un 60 % para la parte hospitalaria y un 40 % para la parte comunitaria.

| Profesionales | n |
|---------------------------------|---------------|
| Profesionales IAS | 1.400,0 |
| Salud mental asistencia directa | 366,0 |
| Psiquiatras | 53,4 |
| Psicólogos Clínicos | 57,8 |
| Enfermería en Salud Mental | 69,6 |
| Trabajadores Sociales | 23,5 |
| Otros trabajadores: | 162,2 |
| Presupuesto: 28,8 M € | Hospital 60% |
| 38,4 € per cápita | Comunidad 40% |

TABLA II. PROFESIONALES Y PRESUPUESTO RED DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DEL IAS

funcional un Coordinador de Programas (psicólogo clínico) y soporte administrativo de tres administrativas.

La red de salud mental es multiprofesional, en ella trabajan en total 466 profesionales equivalentes de los 1400 profesionales equivalentes que trabajan en el IAS, de los cuales 366 es personal de asistencia directa. En la Tabla II, podemos observar el número de profesionales en función de su profesión, la frecuencia mayor es para los profesionales de enfermería en salud mental con 69 profesionales equivalentes, seguido de psicología clínica con 57, psiquiatría con 53, y de los 23 trabajadores sociales. Por último, destacar que el *presupuesto de la Red de Salud Mental* es de aproxi-

Los principios que han guiado e impregnado la modernización de la red de salud mental y adicciones (5) han sido en apostar por (a) **un modelo comunitario** en contraposición al modelo hospitalocéntrico de los años 90, con un enfoque de proximidad, promoviendo y facilitando el acceso a las intervenciones en psicoterapia, garantizando rehabilitación psicosocial en los trastornos más graves, facilitando el acceso a una vivienda digna, a un trabajo y al ocio y tiempo libre en aquellos usuarios con un impacto funcional como consecuencia de un trastorno mental grave; (b) **No** ingresar a nuevos pacientes en la larga estancia hospitalaria; (c) **Territorialización**, fomentando el desarrollo de cada uno de los sectores comunitarios; (d) **coordinación-integración**,

con el objetivo de facilitar la continuidad asistencial real se trabaja en base a la coordinación de los diferentes servicios, dispositivos y centros tanto del IAS como con las distintas fundaciones, asociaciones o instituciones con las que se comparten procesos de intervención: escuela, servicios sociales, atención primaria y familias, siempre con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen un trastorno mental; (e) **el fomento de una formación continuada** que mejore la capacitación de los profesionales y proporcione una mayor calidad de la atención; (f) **participar en la formación de profesionales de salud mental**, que enriquece los equipos y dispositivos donde realizan las rotaciones de la formación. La red de Salud Mental del IAS está acreditada como Unidad Docente Multiprofesional, donde se forman profesionales de salud mental (MIR-PIR-EIR). En la actualidad también participa en la formación de pregrado de estudiantes de psicología, trabajo social, educación social, pedagogía y más recientemente de la medicina e (g) **informatizar la red de salud mental y adicciones**, esto ha permitido dejar la historia de papel. El uso de la historia clínica informatizada por parte de todos los profesionales de la red de salud mental y adicciones facilita una continuidad asistencial de la evolución del paciente y está fomentando la protocolización y registro de aquellas variables clave para la gestión clínica y administrativa.

Uno de los principales elementos de gestión de esta red es la *Junta Asistencial de Salud Mental*, donde están representados todos los responsables de las Unidades de Gestión Clínica que la conforman, los 7 sectores comunitarios, los dispositivos hospitalarios (Agudos, Rehabilitación-

Subagudos, Discapacidad Intelectual), la red de drogas, y los Servicios Residenciales, conjuntamente con representantes de la Fundación Tutelar, representante de la asociación de familias y de la Fundación Drissa para la reinserción laboral; conjuntamente con el gerente, el director de atención al usuario y la dirección de salud mental. Esta se reúne una vez al mes y es el órgano fundamental para garantizar que los siete principios anteriormente expuestos se cumplan. Tiene como objetivos, detectar y solucionar los problemas que van surgiendo en la red de salud mental, reflexionar sobre nuevos retos e impulsar los cambios necesarios en la atención, y por último es uno de los principales canales de comunicación entre la dirección y los profesionales.

También existen reuniones específicas de temporalidad bimensual o trimestral de los responsables de los dispositivos hospitalarios, de los comunitarios de salud mental, de los dispositivos de atención a las drogodependencias y de los dispositivos de infantil que comparten los mismos objetivos que la Junta Asistencial pero en los que se abordan aquellos temas más específicos relacionados con cada una de las modalidades de atención.

RESULTADOS DE LA RED DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

A continuación vamos a presentar una serie de resultados y de análisis de coste de la red de salud mental y adicciones que visualiza la modernización de la red de salud mental en los últimos 10 años y que darán un contexto global para la comprensión de los capítulos posteriores de este monográfico sobre la red de salud mental y adicciones del IAS.

| | 2005 | 2007 | 2010 |
|----------------------------|---------|---------|---------|
| Población | 654.500 | 706.100 | 748.660 |
| Nº Urgencias | 4.220 | 4.100 | 3.730 |
| Nº Ingresos Agudos | 1.310 | 1.130 | 940 |
| Nº Ingresos Subagudos | 340 | 297 | 267 |
| Nº Consultas CSM Adultos | 53.460 | 65.900 | 78.750 |
| Nº Consultas CSM Infantil | 11.100 | 21.400 | 25.600 |
| Nº Plazas de Pisos | 16 | 24 | 44 |
| Nº Plazas Hogar Residencia | 20 | 29 | 29 |
| Nº Plantilla Comunitaria | 108 | 136 | 160 |

TABLA III. RESULTADOS DE LA RED DE SALUD MENTAL DEL IAS

Tal como podemos observar en la Tabla III, donde se presentan resultados globales de la red de salud mental, podemos observar que desde el año 2005 se da un incremento de población de más de 100.000 habitantes en la provincia de Gerona, con un incremento en el volumen de actividad de las atención comunitaria de salud mental, el número de visitas aumentó en 25.000 en los Centros de Salud Mental de Adultos y 14.000 en los Centros de Salud Mental de Infanto-Juvenil. Al mismo tiempo se ha producido una disminución de la actividad hospitalaria en lo que concierne a las urgencias psiquiátricas con 3730 en el 2010. También disminuyen el número de ingresos, en la unidad de agudos se han pasado de 1300 ingresos en el 2005 a los 940 del 2010, con una estancia media de 13 días; y en la unidad de subagudos de 340 ingresos en el 2005 a los 267 del 2010, con una estancia media de 48 días. En ambos casos el índice de reingresos es menor al 10 %, lo que indica que no se dan fenómenos generalizados de pacientes reingresadores o puerta giratoria. Estos resultados se atribuyen al impulso y el aumento de los profesionales de la parte comunitaria de la red de salud mental, más de 60 en los últimos 5 años, y a la creación de plazas residenciales

para los trastornos mentales más graves con problemas de vivienda o con problemas para vivir con su familia, 28 en pisos y 9 en la residencia hogar en los últimos 5 años.

Con estos datos es posible hacer una primera aproximación al análisis de resultados de la red de salud mental pero debemos reconocer que, dentro del contexto de un déficit crónico y generalizado de evaluación de resultados del sistema de salud, es insuficiente para disponer un análisis amplio y riguroso. Este análisis más amplio debería poder contestar preguntas de eficacia, equidad y, sobretudo, eficiencia y, para ello debemos disponer de datos de costes y de resultados intermedios y finales en salud. Todavía no podemos disponer de resultados finales en salud pero hemos podido avanzar en los costes por unidad de gestión y esto nos ha permitido conocer los costes per cápita de los diferentes dispositivos (Tablas IV y V).

Por último, destacar que las encuestas de satisfacción que realiza el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya a los usuarios que son atendidos en los

| | Nº | Urgencias/ 1000 habitantes año | | €/urgencia | €/habitante | |
|-------------------|--------------|--------------------------------|-------------------|------------|-------------|-------------|
| Urgencias | | 4.000 | | 5,3 | 120 | 0,8 |
| | Nº | Camas/ plazas | Estancia media | Coste € | €/alta | €/habitante |
| Agudos | altas 950 | 42 | 13 | 3.500.000 | 3.500 | 4,6 |
| Rehabilitación | | 300 | 45 | 45 | 3.000.000 | 10.000 4 |
| Agudos+Reha. | | 1.250 | 87 | 20 | 6.500.000 | 5.200 8,6 |
| 40 larga estancia | 40 | 40 | 20 años | | 4.000.000 | - 5,3 |

TABLA IV. ACTIVIDAD Y ANÁLISIS DE COSTES DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS AÑO 2010

centros muestra un alto grado de satisfacción en la atención recibida por parte de los profesionales en los CSM Adultos, CSM Infanto-Juvenil, Centros de Día y Hospitalización de Agudos y Subagudos.

RETOS DE FUTURO DE LA RED DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La red de salud mental tiene que continuar el desarrollo y la modernización mediante la gestión por procesos, la revisión de la cartera de servicios, la orientación a la evaluación del impacto

de las intervenciones, la evaluación de coste-eficacia de los distintos dispositivos de la red de salud mental y un fomento de la investigación en la red de salud mental. La actual situación económica ha provocado una cierta ralentización, debido al reajuste presupuestario, en completar en todo el territorio el despliegue de los equipos de apoyo a la atención primaria y de los equipos de atención temprana a la psicosis, que cubren actualmente al 50% de la población. Otras líneas prioritarias consisten en acabar la transformación de los centros de día en centros de rehabilitación

TABLA V. ACTIVIDAD Y ANÁLISIS DE COSTES DE LOS SERVICIOS COMUNITARIOS 2010

| | Nº | sesiones pacientes | €/visita o sesión | Coste | €/paciente | €/habitante |
|--------------------------------|----------|-----------------------|----------------------|-----------|------------------|-------------|
| CSM 7 | 13.777 | 75.000 | 77 | 5.800.000 | 9 | 7,7 |
| CSMIJ | 4.085 | 25.000 | 130 | 3.300.000 | 24 | 4,4 |
| CAS | - | 25.000 | 120 | 2.940.000 | - | 4 |
| 7 Centros de Rehabilitación | 310 | 29.000 | - | 1.730.000 | 5.600 | 2,3 |
| | N Plazas | Altas | Coste/alta | Coste | Coste /habitante | |
| Hospital Día Adultos | 25 | 70 | 8500 | 600.000 | 0,8 | |
| Hospital Día Adolescentes | 25 | 40 | 15.000 | 600.000 | 0,8 | |

psicosocial, la apertura de un nuevo hospital de día descentralizado que favorezca la accesibilidad, generalizar el tratamiento asertivo comunitario y triplicar la oferta de plazas de pisos con apoyo y hogar-residencia.

El fortalecimiento de las empresas sociales y centros especiales de empleo existentes, que tan relevantes se han mostrado para consolidar la reforma llevada a cabo,

y la creación de un hogar-residencia asistido son dos aspectos clave en la estrategia actual de la institución.

Somos conscientes que la principal fuerza transformadora es y ha sido la ilusión y el compromiso de los profesionales, que han creído desde el principio en el ambicioso proyecto de transformación asistencial. A ellos y a los usuarios nos debemos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Narcís Castells. L'Hospital de Santa Caterina** (Diputació de Girona, 1989),
- (2) **Gil Tort RM. La Assistència Sanitària**. Quaderns de la Revista de Girona nº 112. Diputació Girona-Caixa Girona.
- (3) **Aparicio Basauri, V. Análisis de la transformación del Hospital Psiquiátrico de Salt**, pp. 553-565, en González de Chávez. Transformación de la Asistencia Psiquiátrica. Ed. Mayoría. Madrid. 1980.
- (4) **Plan Estratégico del Institut d'Assistència Sanitària.2007-2010**.
- (5) **Thornicroft G y Tansella M. La Matriz de la Salud Mental: Manual para la mejora de los servicios**. Triacastella. 2005.

Correspondencia:

Jordi Cid

Dirección Asistencial XSM. IAS. Edifici Til.lers.

Parc Hospitalari Martí i Julià. Dr. Castany s/n. 17190

Salt-Girona (España)

Correo electrónico:dirxsm@ias.scs.es

Los Centros de Salud Mental en la XSM-IAS de Girona

Mental Health Centers in Girona XSM-IAS

Agustí Camino Vallhonrat

Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental del Baix Empordà.

Marifé Martín Pérez

Psiquiatra. Jefe del CSM de la Selva Interior.

Javier Merino Aguado

Psiquiatra. Jefe del CSM de la Selva Marítima

RESUMEN

En este capítulo presentamos la organización por sectores de los centros de salud mental de adultos e infanto-juveniles de la red asistencial de Girona. Explicamos su funcionamiento por equipos multidisciplinares y los principales recursos asistenciales de que disponen.

Palabras clave: Centros de Salud Mental, programas, trastornos mentales severos, trastornos mentales moderados y leves, psicoterapia integradora.

INTRODUCCIÓN

A partir de 1975 el “Plan de Asistencia Psiquiátrica” con inspiración comunitaria y basado en la psiquiatría de sector francés, intenta cambiar algunas formas de ordenación asistencial del antiguo modelo manicomial⁽¹⁾. En Girona a finales de los 70 y principios de los 80 del siglo pasado profesionales que disientían de dicho modelo custodial abren por iniciativa propia los primeros Centros de Higiene Mental, pioneros en la reforma de salud mental. Son centros de carácter preventivo y comunitario. Con esta intención en el Hospital psiquiátrico de Salt, al igual que en el de Reus la iniciativa desinteresada de los profesionales inicia la atención de salud mental en dispensarios comunitarios en diferentes comarcas con la idea de sectorización. Son

ABSTRACT

Abstract. In this chapter we present the organization by sectors in which the mental health centers for adults and young people is distributed in the area of Girona. We explain its functioning, distributed in multidisciplinary teams and the principal resources which we dispose of.

Key words: Mental health centers, programs, severe mental disorders, mild and moderate mental disorders, integrative psychotherapy.

equipos incipientes formados por un psiquiatra y un asistente social. En 1981 se asumen las transferencias de la seguridad social y se crea el mapa sanitario. En 1985 se crea el documento para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica⁽²⁾. A partir de ello en Girona se comienzan a crear los primeros centros de salud mental, centros de día y comunidades terapéuticas fundamentadas en la psiquiatría comunitaria. Todo ello tiene su marco jurídico último en la Ley General de Sanidad de 1986 (3). En ella se plantea la atención en salud mental desde un modelo comunitario dirigido a la ampliación gradual de la red de centros de salud mental y la reconversión del hospital psiquiátrico de Salt.

En 1991 la Generalitat asume las competencias de Girona, Tarragona y Lleida.

Se crea el Servei Català de la Salut y el Plan de Salud Mental inspirado en la Ley General de Ordenación Sanitaria. En 1999 se culmina el proceso con el decreto-ley que define la Red de Salud Mental de utilización pública. Cuya finalidad es integrar la salud mental en una red única.

CONCEPTO DE CENTRO DE SALUD MENTAL Y OBJETIVOS

Teniendo en cuenta el marco jurídico planteado en la Ley General de Sanidad de 1986, desde los CSM de Girona se plantea la atención de la salud mental en proximidad con la población con una serie de principios básicos, que son comunes a la psiquiatría comunitaria:

—Territorialización de la asistencia. Delimitando las distintas áreas sanitarias de manera que garantice la cobertura de demandas, facilite la accesibilidad y que exista una conexión entre los diferentes dispositivos psiquiátricos del territorio con la población atendida.

—Unificación de redes asistenciales. De manera que el dispositivo de salud mental debe estar integrado en una red única, tanto a nivel de atención primaria, como a nivel de hospitalización.

—Enfoque interdisciplinar. La influencia de los factores sociales en salud mental, así como la importancia de la prevención, hace necesario la incorporación a los equipos de salud mental de psicólogos, enfermería y trabajadores sociales.

—Continuidad de cuidados. Lo que implica el mantenimiento de unos objetivos de tratamiento en los distintos dispositivos que utilice el paciente evitando

la fragmentación asistencial. Por ello es importante la comunicación fluida sobre el paciente en los distintos profesionales que le atiendan en su proceso.

Basándonos en estos principios de funcionamiento el Centro de Salud Mental se convierte en el eje de la atención de la salud mental y en la entrada a las actividades preventivas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras. Se subraya también la importancia de la coordinación con atención primaria, para que con el asesoramiento del equipo de salud mental puedan atender a una gran parte de los trastornos psicopatológicos y el seguimiento coordinado del enfermo mental.

ESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL

El centro de salud mental se encuentra dentro de una demarcación que son las áreas básicas de salud (según LGS de 1986), que desarrolla su actividad en dos ámbitos en la atención primaria de salud y en la atención especializada, dentro de ésta última se encuentra el área de salud mental.

Cada comunidad autónoma realiza estudios minuciosos sobre las características sociodemográficas de la población, con sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel de ocupación, necesidades especiales, vía de acceso, así como la población total y su distribución. Todo esto debido a que la falta de homogeneización de la población repercute en la planificación de los servicios y la asignación de los recursos económicos.

Tal como hemos visto, la red de salud mental de las comarcas de Girona, se estructuran en siete zonas básicas de salud

mental (Gironès, Baix Empordà, Alt Empordà, Selva Marítima, Selva Interior, Garrotxa y Ripollès). Todos los CSM de la XSM de Girona mantienen una misma estructura y composición interdisciplinar en aras de similares funciones. Si bien la población atendida en cada uno es diferente en número y distribución y en consecuencia con diferente número de profesionales. (Véase Tabla I.)

Los CSM se estructuran como pivotes de la asistencia de salud mental en la comunidad, manteniéndose como distribuidor de la continuidad de cuidados en todo el proceso patológico del paciente. Coordinan la atención a la salud mental atendida en la atención primaria, desde dónde es atendida la patología psiquiátrica más leve, y captada y derivada al CSM la patología más grave. A su vez mantiene la asistencial y continuidad del proceso patológico de los pacientes tratados en los recursos hospitalarios de agudos, rehabilitación y hospitales de día.

En nuestra población los centros de salud estructuralmente engloban la atención psiquiátrica básica tanto en la población de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ), como en la adulta (CSMA), y la atención rehabilitadora del Trastorno Mental Severo (Centros de Día).

FUNCIONES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL

En los Centros de Salud Mental de la XSM de Girona se desarrollan funciones generales en población adulta e infanto-juvenil. Es fundamental asegurar al paciente la continuidad de cuidados, para ello es importante que los recursos sanitarios del área de salud correspondiente

estén integrados, así evitaremos discontinuidad en la atención del proceso y duplicidad innecesaria de servicios. En nuestra región esto se ve muy favorecido por el hecho de tratarse de una única red asistencial unificada. Las intervenciones de la atención a la salud mental en nuestros centros de salud mental se concretan en:

—Asistencia de los pacientes con problemas mentales remitidos por los médicos de atención primaria o pediatras, al no poder abordarlos en el primer nivel asistencial.

—Atención a los problemas mentales de intervención urgente.

—Seguimiento de los pacientes en el centro tras su alta hospitalaria o en programas de rehabilitación.

—Asesoramiento en la atención a los facultativos de atención primaria.

—Colaboración en programas de información y formación en salud mental a los diferentes agentes de salud de la zona.

—En cualquier caso el equipo de atención primaria seguirá manteniendo la relación con el paciente y su responsabilidad respecto a las características del tratamiento que le conciernen y asumirá el pleno seguimiento del caso en cuanto le sea posible.

—Llevar a cabo tareas de investigación, tanto en el campo de la investigación básica y clínica, como preventiva y epidemiológica.

—Formación y docencia de los médicos, psicólogos clínicos y enfermeros residen-

tes, tanto de primaria como de psiquiatría. O bien estudiantes cuyas instituciones tengan convenios de colaboración con la entidad.

DISCIPLINAS, PROFESIONALES Y ROLES EN EL CSM: EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

La aparición de diferentes disciplinas que pretenden orientar acerca de la enfermedad mental desde diferentes enfoques es una razón de la necesidad de crear la existencia de los equipos multiprofesionales para la atención de dichos trastornos ⁽⁴⁾. Otra razón para la existencia de equipos en salud mental, son los cambios de la institución sanitaria en cuanto a la intervención en prevención, promoción y rehabilitación de la salud. El trabajo en equipo multiprofesional genera una serie de ventajas como:

—La unión de diferentes disciplinas y paradigmas es la mejor manera de ofrecer la mejor atención en trastorno mental por su etiología multifactorial.

—Se favorece el aprendizaje y la autoformación.

—Se producen protocolos más eficaces que contextualizan los saberes parciales de las diferentes disciplinas.

—Se mejora la creatividad. Se favorece la espontaneidad

—Se evita la cosificación del paciente.

—Los miembros se enriquecen y adquieren más tolerancia y solidaridad.

También existen inconvenientes de los equipos multidisciplinares como el riesgo

de confusión de roles, la dificultad de acercar las expectativas de los miembros del equipo a la realidad, resistencia al cambio etc. Las reuniones de equipo, con frecuencia semanal, son fundamentales para propiciar el debate interno, crear actitudes de escucha y mejorar las relaciones entre los profesionales y poder consensuar protocolos conjuntos. Las reuniones son importantes para las discusiones clínicas, la formación, y la coordinación entre los dispositivos internos y externos.

De forma genérica nuestros equipos están formados básicamente por:

—Psiquiatra. Realiza exploraciones y técnicas somáticas a fin de determinar un diagnóstico en función del cual plantea un tratamiento y realiza un seguimiento o alta.

—Psicólogo clínico. Realiza un diagnóstico en base al conocimiento de entrevista clínica y pruebas psicométricas planteando un tratamiento psicoterapéutico y realizando seguimiento del mismo.

—Enfermería. Se ocupa de la administración de los tratamientos prescritos, la administración de cuidados y técnicas de relajación, psicoeducativas, preventivas y de promoción de la salud.

—Auxiliares de enfermería. Ayudan y complementan las tareas de administración cuidados y tareas de rehabilitación.

—Trabajo Social. Se encarga de los problemas sociales y coordinación interinstitucional. Realiza abordaje social y seguimiento del paciente a este nivel.

—Administración. Realiza tareas de recepción, contacto, información y codificación de datos.

—En ocasiones y durante periodos de tiempo variables forma parte del equipo personal en formación (MIR, PIR, EIR).

La función global del equipo multiprofesional es mantener los objetivos asistenciales. Cada miembro del equipo debe tener claro cuál es su objetivo, asumir su función y saber que rol le corresponde

para una buena realización del proceso terapéutico. A esta visión global y comun se denomina interdisciplinariedad, y es clave porque permite ofrecer una complementariedad suficiente para asistir a la población de salud mental de referencia. Sobretodo cuando las relaciones de intercambio y de trabajo de los profesionales parten de una formación diferente. A parte de que cada miembro del equipo tenga esta visión de conjunto, es importante para conseguir funcionar de forma interdisciplinar, la función del coordinador o líder del equipo. Éste se ocupa de mantener la visión de

TABLA I. RATIO DE POBLACIÓN Y PROFESIONALES DE LOS CSM DE GIRONA

| CSMA / CSMIJ | Población | Psiquiatras | Psicól. Clínicos | Trabajo Social | Enfermería |
|----------------|-----------------|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| GIRONÉS | 229.000 H | 7 CSMA 1 EIPP | 3 CSMA 3 CSMIJ 1 TCA 1'5 AP 1'5 EIPP | 2 CSMA 2 CSMIJ 1 EIPP | 2 CSMA 1 A. domicil. 1 CSMIJ 1 EIPP |
| ALT EMPORDÀ | 135.000 H | 4 CSMA | 2 CSMA 3 CSMIJ 1 TCA | 2 CSMA 1 CMIJ | 1 CSMA |
| BAIX EMPORDÀ | 120.000 H | 4 CSMA 1 CSMIJ | 2 CSMA 2 CSMIJ 1 AP 1TCA | 2 CSMA 1 CSMIJ | 1 CSMA |
| SELVA INTERIOR | 75.000 H | 3 CSMA 0'50 CSMIJ | 1 CSMA 1'25 CSMIJ 0'50 TCA 0'50 AP | 1 CSM 0'50 CSMIJ | 1 CSMA |
| SELVA MARÍTIMA | 90.000H | 3 CSMA 0'50 CSMIJ 1 EIPP | 1'5 CSMA 1'5 CSMIJ 0'50 TCA 0'50EIPP | 1 CSMA 0'25 CSMIJ 0'50 EIPP | 1 CSMA 1 EIPP |
| GARROTXA | 55.400H | 3 CSMA 1 CSMIJ | 2 CSMA 2 CMIJ 1 TCA 1 AP | 1 CSMA 1 CSMIJ | 1CSMA |
| RIPOLLÉS | 30.000H | 1'5 CSMA 0'25 CSMIJ | 1 CSMA 0'25 CSMIJ | 1 CSMA | 1 |
| TOTAL | 734.400H | 30'75 | 34'50 | 17'25 | 13 |

conjunto (general) del equipo, detectar peligros de descoordinación, o fallos en la comunicación. También debe motivar al equipo para la mejor atención al paciente.

ORGANIZACIÓN: DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS INTERDISCIPLINARES.

Programa de seguimiento de los trastornos mentales severos.

En el modelo Comunitario que desde la década de los 90 se lleva a cabo en el Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS) de Girona, la atención integral e interdisciplinar de los Trastornos Mentales Severos (TMS) en su medio natural ocupa un papel central y preponderante. De esta manera en los siete Centros de Salud Mental de Girona (CSM) se gestionan los recursos materiales y humanos con la intención de brindar una atención prioritaria a estos ciudadanos y sus familias. A la hora de definir lo que se considera un TMS utilizamos unos criterios similares a los del National Institute Mental Health (NIMH) de los Estados Unidos de América (1987)⁽⁶⁾. Dichos criterios incluyen tres dimensiones principales:

- I. Diagnóstico: Trastornos psicóticos (incluyendo los trastornos afectivos mayores y excluyendo los orgánicos), algunos trastornos de la personalidad defectuales y graves (esquizotípica, límite)
- II. Duración del proceso de enfermedad superior a dos años.
- III. Presencia de Discapacidad que conlleve un anómalo funcionamiento social

en: autocuidado, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales y en su funcionamiento cognitivo en general. Para medir de forma sencilla la discapacidad se utiliza la Escala de Funcionamiento Global GAF (Global Assessment Functioning, APA 1987). Consideramos que la discapacidad social debe ser al menos moderada, GAF menor de 70, para definir un TMS.

Existen dos dimensiones más de carácter secundario y que también se tienen en cuenta: gravedad clínica (conductas hetero-autoagresivas por las alteraciones del sentido de realidad o dificultad de control de impulsos) y elevado uso de Servicios: hospitalizaciones.

Dentro del grupo de pacientes registrados como TMS se define un subgrupo de pacientes graves a nivel clínico, muy dependientes y con un considerable riesgo de exclusión social (GAF menor de 50). A dicho subgrupo de pacientes con un TMS se le denomina: población diana.

Además de la valoración psiquiátrica y generalmente psicológica, todos los pacientes del grupo de población diana son evaluados a nivel psicosocial (por la trabajadora social) y por enfermería (parámetros de control metabólico). Todos los profesionales registramos las diferentes informaciones en una única Historia Clínica Informatizada (Programa Omisam. Stacks).

Cuando se detecta un TMS, se pone en conocimiento de todo el equipo en la reunión semanal. Después de ser valorado y de tener un clínico de referencia (normalmente el psiquiatra), se procede a asignar-

le un profesional referente o tutor, generalmente el diplomado en enfermería o la trabajadora social según el criterio del equipo de quién podrá tener un vínculo mejor para el bienestar del paciente. Los tutores tienen un contacto frecuente con dichos usuarios (en general, mensual con la población diana).

En el año 2010 tenemos registrados en los 7 Centros de Salud Mental (CSM) de adultos del IAS 3742 cumplen criterios diagnósticos de TMS, de ellos 1519 estarían dentro del programa TMS, y aproximadamente un 30% constituyen la población diana.

El profesional de referencia o tutor del paciente se encarga de:

—Acogida y vinculación al programa: inician el seguimiento del paciente, muchas veces antes de un alta hospitalaria cuando son detectados por primera vez, y de su familia. Construyen una alianza terapéutica empática y recogen los datos que contribuyan a que el equipo pueda elaborar el programa terapéutico individualizado (PTI).

—Actividades de apoyo, psicoeducación, asesoramiento, puntualmente, de forma excepcional, de acompañamiento (se tiene claro que el objetivo es mejorar la autonomía y la calidad de vida de nuestros usuarios). A lo largo del año se organizan dos grupos psicoeducativos dedicados a TMS y conducidos por un Psicólogo Clínico y el Diplomado en Enfermería.

—En la mayoría de casos con problemas de adherencia al tratamiento o de prescripciones protocolizadas (litio,

clozapina, etc.) suele ser el diplomado en enfermería el que realiza las funciones de referente y a su vez presta especial atención al control metabólico (Índice de Masa Corporal, perímetro abdominal, pliegue cutáneo, analíticas).

—Cuando los tutores, en sus visitas rutinarias o ante una crisis (a petición del ciudadano afecto de un TMS o de su familia), detectan signos de descompensación, solicitan una evaluación por el terapeuta de referencia y se deciden las medidas a llevar a cabo (cambios en las prescripciones, hospitalizaciones, etc.).

—Entrevistas con la familia y otras personas relacionadas con el paciente. El diplomado en Enfermería junto con un Psicólogo Clínico conducen un grupo Psicoeducativo para familiares de pacientes afectados de Trastornos Psicóticos.

—Coordinación con otros recursos que forman parte del plan integral interdisciplinar: Servicios Sociales, Empresas de Trabajo Protegido (Fundación Drissa, el Molins d'en Puigbert, La Fageda d'en Jordà, MAP, etc.) en los que se integran muchos de nuestros pacientes. Los trabajadores sociales llevan a cabo estas tareas y las ponen en conocimiento de todo el equipo. Este último se reúne con dichas organizaciones al menos una vez cada semestre. Los trabajadores sociales también coordinan los pisos protegidos en los cuales conviven usuarios diagnosticados de un TMS. Estos se reúnen semanalmente con los trabajadores familiares que dan soporte a dichos pisos.

—Promueven actividades de socialización en la Comunidad. Todos los

equipos se muestran abiertos y participan en diferentes actividades de formación en la Comunidad: Asociación de Familiares de Enfermos Mentales, Centros Cívicos.

—Asesoramiento, defensa de los derechos del usuario. En diversas ocasiones, hay que solicitar ayudas económicas o recomendar curatelas económicas (más rara vez incapacidades totales).

Los profesionales referentes se encargarán de cumplimentar, registrar y supervisar los Programas Terapéuticos Individualizados (PTI) (ver Tabla II), que incluyen: Diagnóstico clínico, GAF en el último año, Escala HoNOS (Health of the

Nation Outcome Scale) para valorar las necesidades del usuario, resumen de los objetivos terapéuticos, modalidades de intervención, tiempo de evolución de la enfermedad, situaciones de riesgo que se plantean, tutor de referencia, terapeuta responsable y sistema de evaluación.⁽⁶⁾

Aunque los profesionales referentes se encargan de cumplimentar, registrar y supervisar los PTI, los objetivos siempre se consensuan con el clínico responsable y con el resto de profesionales que intervienen en el caso. A ser posible, se intenta que la mayoría de los objetivos y dificultades se expongan y decidan en las reuniones del equipo multidisciplinar. En aquellos pacientes diagnosticados de un TMS que no

| PROG. DE SEGUIMIENTO DE TMS Diana | | | | |
|--|---|--|--|--|
| PTI nº | (etiqueta identificativa) | | | |
| Clínico Responsable: | | | | |
| Fecha / /20 Referente del caso: | | | | |
| Diagnósticos: | | | | |
| Eje I | GAF HONOS | | | |
| Eje II | <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Eje III | | | | |
| OBJETIVOS TERAPÉUTICOS (los próximos 6 meses) | | | | |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| A LARGO PLAZO... | | | | |
| Modalidades y Estrategias de Intervención | | | | |
| Tiempo de evolución de la enfermedad: Necesita atención domiciliaria: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | | | | |
| Interrupción del tratamiento-desvinculación (fecha y motivo)..... Próxima revisión: | | | | |

TABLA II. REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS USUARIOS TMS DIANA

pertenecen a la población diana se procede al registro de la información relevante del caso en las fichas correspondientes especificándose: el profesional clínico de referencia y otra información de interés del paciente: factores de riesgo; diagnóstico.

Numerosos pacientes diagnosticados de un TMS en periodos de estabilización realizan un trabajo psicoterapéutico grupal conducido por dos Psicólogos Clínicos del equipo.

Muchos de los pacientes afectos de un TMS realizan un Programa de Rehabilitación Individualizado (PIR) participando en diferentes actividades del Centro de día. Varios profesionales de los Centros de Día participan en las reuniones semanales de Equipo del CSM pudiendo compartir información, objetivos y dificultades.

En ocasiones, de común acuerdo con nuestros usuarios o sus familias solicitamos que realicen actividades en el Hospital de Día o en CAS de Drogodependencias o en las Unidades de Hospitalización (Agudos, Subagudos, Rehabilitación, Patología Dual). Con todos estos Servicios un profesional del CSM se coordina cada semana y a su vez permite compartir opiniones, criterios y objetivos con todo el equipo del CSM.

A su vez, en aquellos pacientes miembros de la población diana se ponen en práctica, cuando es preciso, una serie de estrategias de revinculación pactadas por el equipo: llamadas telefónicas, visitas domiciliarias.

En los últimos 5 años, dos de los siete CSM del IAS de Girona disponen de un Programa de Atención Específica a las personas con un Trastorno Psicótico

Incipiente. Dicho programa se dirige a tratar de forma intensiva a las personas y a sus familias que sufren un primer episodio psicótico o que padecen un estado mental de riesgo de desarrollar un episodio psicótico⁽⁷⁾. Este equipo intensifica las tareas de coordinación con los profesionales que trabajan en las Áreas Básicas de Salud de cara a la detección precoz y llevan a cabo un trabajo intensivo y proactivo para vincular al programa a dichos usuarios haciendo gran hincapié en el trabajo comunitario. Estos equipos constan de un Psiquiatría, un Psicólogo Clínico, un Diplomado de Enfermería y Trabajador Social y se coordinan con los otros profesionales del CSM. (Véase artículo específico en este monográfico).

Programa de coordinación con los equipos de atención primaria (AP)

Todos los CSM del IAS de Girona se coordinan mensual o bimensualmente con sus correspondientes AP de sectorización. Consideramos importante mejorar la formación por parte de los profesionales del AP para poder tratar los diferentes problemas de salud mental. Desde las AP se puede hacer un importante trabajo preventivo a todos los niveles y, además, es importante la sensibilización y aptitud de estos profesionales en relación con la patología psiquiátrica severa. A través de estas coordinaciones, también los miembros del equipo de Salud Mental conocemos de primera mano y nos sensibilizamos con la realidad de las AP. Además colaborando en nuestras intervenciones podemos evitar muchas duplicidades y/o contradicciones en la atención que se presta desde los diferentes servicios.

Disponemos de un Protocolo de Derivación que se revisa periódicamente entre los equipos de Salud Mental y Atención Primaria y en el que los pacientes que a juicio de los profesionales del AP deben de ser valorados por el equipo de Salud Mental son clasificados desde el AP como urgentes (se valoran antes de que pasen 48 horas desde que llega la derivación), Preferentes (se examinan entre 15-30 días desde el momento de la derivación) y ordinarias. Cada semana se comunica al AP las altas por parte del equipo de Salud Mental y aquellas primeras visitas que no han acudido a la citación en el CSM. Cada usuario que es dado de alta recibe un informe clínico de su evolución.

Hacemos mucho hincapié en la importancia de poder tratar muchas alteraciones psicológico-psiquiátricas “menores” en los AP, evitando psiquiatrizar reacciones adaptativas ante diversos factores estresantes u otras patologías “menores”. Disponemos de una red virtual y a través del e-mail se mantiene un contacto frecuente que permite resolver dudas o plantear cuestiones problemáticas.

En las reuniones de coordinación se habla de casos clínicos problemáticos, protocolos o de cuestiones farmacológicas de eficacia y eficiencia (genéricos). También en cada encuentro se plantea un tema de interés para los profesionales de Atención Primaria y dicho tema se trata de forma dinámica, preparándolo tanto los profesionales del CSM como los del AP.

Cuatro de los siete CSM del IAS de Girona disponen de un Programa de Soporte Específico a AP. Así hay un profesional (Psicólogo Clínico) o incluso dos (psiquiatra y psicólogo en el CSM del

Gironés) que realizan su tarea asistencial en el propio AP intentando evitar las derivaciones innecesarias al CSM y aumentando las competencias en temas de Salud Mental de los Profesionales del AP. A su vez, conducen grupos psicoterapéuticos especializados en patología de la esfera neurótica en la ubicación natural del ambulatorio de Salud incorporando como coterapeuta a algún profesional del AP. (Véase artículo específico en este monográfico).

Programa dirigido a los pacientes graves con rasgos de personalidad del cluster B.

Los trastornos de la personalidad (TP) del cluster B, en especial los TP límites constituyen una población atendida asiduamente en nuestros centros y que con frecuencia presenta importantes alteraciones de conducta (autoagresividad, heteroagresividad). Se trata de unos usuarios difíciles en su manejo clínico por su: inestabilidad emocional, alteraciones de conducta, alteraciones de la identidad. La mayoría de los autores coinciden en que estos pacientes no se benefician de las hospitalizaciones prolongadas y que incluso no son recomendables, aunque en algunas ocasiones son necesarias de forma puntual y con escasa duración (en episodios psicóticos breves) ⁽⁸⁾.

Además del tratamiento psiquiátrico, esencialmente farmacológico, estos pacientes realizan un tratamiento psicoterapéutico individual (generalmente con el Psicólogo Clínico) y en algunas ocasiones Sistémico Familiar. Por último muchos de estos usuarios se benefician de un trabajo psicoterapéutico grupal inspirado en el modelo dialéctico-conductual de

Marsha M. Linehan⁽⁹⁾. En algunas ocasiones, también estos pacientes precisan ser integrados en el Hospital de Día para realizar un tratamiento psicoterapéutico más intensivo y coordinado con los profesionales del CSM.

Programa de atención específica a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Los pacientes diagnosticados de un TCA, con edades entre los 13 y los 30 años son tratados a nivel interdisciplinar. Esencialmente realizan un tratamiento psicoterapéutico individual con un psicólogo clínico (terapeuta principal), que se dedica de manera específica a esta tarea en cada CSM, seguimiento de enfermería, tratamiento grupal y en ocasiones familiar. Además cuando es necesario son valorados y seguidos por el psiquiatra (adultos o infantil según la edad del usuario). En el año 2.010, 773 pacientes de la provincia de Girona diagnosticados de sufrir un TCA se han incluido en el programa y la mayoría (73%) mayores de edad. El terapeuta principal del programa en cada sector se coordina tanto con los profesionales del CSM de adultos como con los de Infanto-Juvenil y con los Hospitales de Día de Adultos o de Infanto-Juvenil. Asimismo, en caso de que un paciente diagnosticado de un TCA precisase una hospitalización médica o psiquiátrica se vincula con los profesionales implicados para compartir objetivos y asegurar la continuidad asistencial.

Se trata por tanto de un programa transversal, con un despliegue de profesionales con dedicación exclusiva a TCA a nivel comunitario y unos programas de actuación con reserva de plazas específicas en los hospitales de día, existiendo un co-

ordinador técnico de la globalidad del programa.

PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL (CSMIJ)

Programa del trastorno mental grave en la infancia (TMG)

Se incluyen en este grupo una serie de Trastornos Mentales que tienen o pueden llegar a tener una repercusión importante en el futuro de la calidad de vida de estos pacientes. En la valoración y clasificación de los diferentes casos clínicos se utilizan seis ejes:

—Diagnóstico clínico tanto en un nivel de certeza como de presunción: trastornos psicóticos, trastornos generalizados del desarrollo (síndrome de Kanner y otros síndromes autísticos generalizados, síndrome de Asperger); psicosis desintegrativa infantil (síndrome de Heller, síndrome de Rett y otras psicosis deficitarias), esquizofrenia, psicosis simbióticas, trastornos delirantes, trastornos afectivos, trastornos límites de la personalidad, trastornos hipercinéticos con retraso mental y movimientos estereotipados, trastornos graves de la organización y control de impulsos.

—Comorbilidad: retraso mental o abuso de tóxicos.

—Gravedad evolutiva.

—Gravedad de utilización de Servicios.

—Gravedad relacionada con situaciones psicosociales asociadas.

—Gravedad relacionada con discapacidad psicosocial.

La población diana susceptible de incluirse en el programa de TMG serán todos los niños o adolescentes en los cuales se pueda realizar un diagnóstico de certeza de cualquiera de los supuestos del eje I y en particular si presentan criterios de gravedad de los ejes II a VI. También será incluida en la población diana aquellos pacientes con un diagnóstico de presunción en el eje I, pero con comorbilidad y dos o más criterios de gravedad.

Las características del programa TMG son: (a) Los casos se priorizan en función de la gravedad, (b) Se asigna un referente a cada caso, (c) Se realiza un Proyecto Terapéutico Individualizado (PTI) en el primer mes, (d) Se determina un Programa de Atención Individualizado (PAI) antes de dos meses, (e) Tanto el PTI como el PAI se revisan cada 6 meses, (f) Se evalúan los resultados, (g) En el seguimiento de los casos se incrementa la frecuencia y se otorga flexibilidad de cara a la atención (urgencias, familias...), (h) Se realiza un programa de acogida individualizado, (i) Si es necesario se realiza un contacto domiciliario, (j) Se realiza una búsqueda activa de casos y un trabajo de revinculación de aquellos que se ausentan., (k) Se trabaja en red, con las familias, de manera multidisciplinar y en la comunidad.

El PTI incluye una valoración: psicopatológica, psicológico ., familiar, del funcionamiento psicosocial, escolar y de pronóstico. El PTI también especifica las diferentes intervenciones: psicoterapéutica, farmacológica, soporte-inter-

vención familiar y comunitarias. Se realiza coordinación con otros dispositivos que en numerosas ocasiones intervienen en el proceso terapéutico: Hospital de Día (HD), Unidad de Referencia Psiquiátrica Infantil (URPI), Unidad de Crisis del Adolescente (UCA), CSM de adultos, AP y Centros Educativos.

El CSMIJ elabora un PAI en coordinación con los otros equipos de trabajo que forman parte de la red multidisciplinar:

- a) Sanitarios: Atención Primaria, Red Hospitalaria, Drogodependencias.
- b) Sociales: Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP), Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP), Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia EAIA).
- c) Educativos: Centros docentes de Educación Ordinaria y Especial; Servicios de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica (EAP)
- d) Jurídicos y laborales.: Centros de la Dirección General a la Infancia y Adolescencia (DGAIA).

Programa de atención a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): convenio de asesoramiento a centros de educación especial

Desde los CSMIJ se realizan reuniones semanales de coordinación en las que un psicólogo clínico del equipo se desplaza a los Centros de Educación Especial de niños diagnosticados de Tras-

tornos Generalizados del Desarrollo, Discapacidad Intelectual Severa o Síndromes Degenerativos Infantiles (Síndrome de Rett, etc.). Durante este par de horas semanales se asesora a los profesionales del campo de la Pedagogía en el abordaje de los casos conflictivos, así como se valoran y tratan los niños y sus familias que a juicio de los educadores plantean especiales dificultades.

Convenio con la dirección general de la atención a la infancia y adolescencia: programa DGAIA

Los menores de edad internados en los Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE), por lo tanto tutelados, sujetos a medidas jurídicas y dependientes del DGAIA pueden ser derivados al CSMIJ para su valoración, eventual tratamiento o ante una posible derivación a Unidades de Hospitalización (UCA o URPI).

Existe un protocolo de derivación que incluye: agitación psicomotriz, hetero-autogresividad por problemas de salud mental, tentativas autolíticas, sintomatología psicótica, trastornos de la conducta alimentaria, sintomatología depresiva o ansiosa moderada o severa.

Programa Salud y Escuela

En este programa profesionales de salud mental realizan dentro de las escuelas la detección precoz de problemas de salud mental realizando un seguimiento y derivación de los casos. También se realiza asesoramiento a los profesionales del ámbito educativo.

LA PSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL

En los últimos años la incorporación del programa de soporte a la atención primaria en cuatro de los siete CSM de Girona nos ha permitido aumentar las prestaciones y la calidad de las intervenciones psicoterapéuticas que se realizan en nuestros Centros de Salud Mental. La descongestión de la demanda de atención de los Trastornos Adaptativos en los CSM que ha producido este programa, el funcionamiento del cual se explicita en otro capítulo, nos ha permitido mejorar el abordaje psicoterapéutico dando prioridad a la atención de los trastornos mentales severos, cabe señalar que en los sectores que no disponen de este programa se siguen dando dificultades para la estructuración adecuada de los servicios psicoterapéuticos por la fuerte demanda existente. Aunque no existe un protocolo unificado de estructuración de la psicoterapia para todos los CSM y cada clínico dispone de su criterio de organización según la población atendida y recursos de los que dispone a continuación describiremos la estructuración y organización de las prestaciones psicoterapéuticas que intentamos realizar la mayoría de profesionales en los distintos CSM.

Prestaciones, estructura y proceso de la psicoterapia en el CSM

En los servicios públicos de salud mental se dan unas altísimas tasas de abandono de los procesos terapéuticos, entre un 25 % y un 40% (10). Otro de los problemas que encontramos para la buena marcha de la psicoterapia en los CSM es que la fuerte demanda de psicoterapia

satura las agendas impidiendo programar las sesiones de terapia con una frecuencia entre sesiones que permita establecer el vínculo terapéutico necesario para iniciar el proceso terapéutico.

Por tanto para conservar la buena salud de la psicoterapia en nuestros CSM hemos diseñado una estructura que permita superar estas dificultades, aunque como hemos mencionado cada clínico la aplica según su criterio. Esta estructuración se basa en realizar desde el primer encuentro un contrato terapéutico claro y concreto donde se especifique el número de sesiones que se espera realizar, la duración de cada sesión y su frecuencia; una descripción lo más concreta posible de los objetivos del tratamiento; normas de horarios y consecuencias de no asistir a las sesiones (encuadre)⁽¹¹⁾. Un claro contrato terapéutico es uno de los elementos que favorece una buena adherencia al tratamiento evitando los abandonos y al estructurar el número de sesiones a realizar permite mejorar la frecuencia entre las sesiones. Este contrato nos protege de entrar en un proceso de desbordamiento y bloqueo de la agenda para la prestación de psicoterapia. Al mismo tiempo aumenta el compromiso para el cambio y la implicación en el proceso terapéutico del paciente.

Actualmente priorizamos las intervenciones psicoterapéuticas de los Trastornos Mentales Severos que constituyen entre el 35 % de los usuarios atendidos en nuestros CSM.

Estructuramos la atención de los TMS en cinco pilares o niveles atencionales: intervención farmacológica, psicoterapia individual, psicoterapia familiar, psicoterapia grupal e intervenciones psicosociales. Obviamente no todos los casos

necesitaran pasar por todos los niveles, a más grado de severidad del trastorno más pilares o niveles se incorporaran en la prestación de la atención.

Concretamente uno de los protocolos de psicoterapia para la atención de pacientes diagnosticados con esquizofrenia y sus familiares es el siguiente: (a) Psicoterapia individual (realizada por el psicólogo clínico, con una frecuencia inicial no superior a un mes. (b) Terapia unifamiliar de la emoción expresada (EE) y resolución de conflictos⁽¹²⁾ (realizado por terapeuta y co-terapeuta, frecuencia mensual. (c) Seguimiento familiar por el equipo de TMS (compuesto por asistente social y enfermería). (d) Terapia de grupo para pacientes psicóticos (realizado por psicólogo clínico y psiquiatra con una frecuencia quincenal). (e) Grupo multifamiliar psicoeducativo (conducido por enfermería y asiste social, un modulo de 10 sesiones). (f) Evaluación para derivación al centro de día (realizado por el referente del caso y equipo de seguimiento de TMS).

Las psicoterapias realizadas; sean individuales, familiares o grupales parten de un enfoque integrador de las diferentes escuelas. La demostración de la efectividad y eficiencia de cada escuela por numerosos estudiosos validados⁽¹³⁾, nos ha permitido superar las estériles disputas entre ellas. Intentamos incorporar lo mejor de cada una de ellas alenándonos lo más posible de las ortodoxias limitantes. Creemos que una buena integración consiste en un buen conocimiento y formación de las cuatro principales escuelas: Dinámica, Humanista, Familiar Sistémica y Cognitiva-Conductual.

Trabajo en “equipo terapéutico”

Para los casos de más gravedad y mayor afectación funcional, a nivel psicoterapéutico creemos muy necesario el realizar un trabajo en lo que llamamos “equipo terapéutico”; que implica llevar a la práctica la filosofía del trabajo interdisciplinar o sea la visión global y de consenso que proporciona la interdisciplinariedad. En el proceso psicoterapéutico el trabajo en equipo conlleva la posibilidad de poder realizar sesiones conjuntas de los profesionales implicados en el mismo caso, realizando sesiones en “binomio psicoterapéutico”: psiquiatra y psicólogo, enfermera y psicólogo, asistente social y psicólogo, psiquiatra y enfermera, etc.

En estos casos más graves o en situaciones de crisis este método de intervención terapéutica se ha mostrado mucho más efectivo y estructurante para el proceso terapéutico que el realizar sesiones independientes, por separado cada profesional. Además ayuda al paciente a integrar las diferentes figuras que intervienen en su rehabilitación. Es mucho más eficiente que una simple coordinación hablada del caso, tiene la ventaja de protegernos de la disociación y disgregación en las intervenciones.

Disponer de un espacio de supervisión de casos, a ser posible por un profesional externo a la institución, es un elemento cohesionador y de formación continuada para el equipo muy enriquecedor, el mantenimiento de este espacio es necesario para el buen funcionamiento del trabajo en equipo y la filosofía multidisciplinar.

Psicoterapia breve de los trastornos mentales no severos

Dada la presión asistencial existente y a fin de evitar la “eternización de los tratamientos” creemos que el marco conceptual y práctico que ofrece la terapia breve se muestra idóneo para el contexto asistencial en el que trabajamos⁽¹⁴⁾. Actualmente se han desarrollado múltiples modelos de terapia breve a partir del modelo desarrollado por el equipo de Mental Research Institut de Palo Alto⁽¹⁵⁾, también en este campo incorporamos las aportaciones de modelos de terapia focal de la escuela psicodinámica y cognitivo-conductual, por tanto también en terapia breve abogamos por un enfoque integrador.

Lo que hace posible que una terapia sea breve es la capacidad del terapeuta de mantener el foco en un problema concreto y no desviarse hacia problemáticas inespecíficas o intentar resolver muchos problemas a la vez. Los factores más relevantes que hacen posible que la terapia sea breve son: contrato terapéutico bien definido, establecer un número de sesiones limitado (entre 5-10 sesiones), realizar una frecuencia que permita una intensidad de la intervención (15 días-un mes), definición y concreción del problema a tratar. Esta es la estructura básica que nos permite hacer una terapia breve independientemente del modelo de referencia utilizado.

En nuestra experiencia y contrastado por estudios realizados, demuestran que la mayoría de estos trastornos de tipo neurótico no realizan más de 5 sesiones terapéuticas y que la mejoría se dan entre las 10 primeras sesiones⁽¹⁶⁾. Entendemos como TM moderados o no severos los siguientes diagnósticos:

| |
|---|
| 1. Establecer relación empática creando un espacio de escucha activa, expresión emocional y validación |
| 2. Contrato terapéutico bien definido: <ul style="list-style-type: none"> - Número de sesiones (5-10) - Frecuencia mensual o quincenal - Duración de las sesiones (20-30 minutos) - Normas generales de relación, asistencia, puntualidad (encuadre) - Definir objetivos concretos |
| 3. Definir concretamente el problema y la solución: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué espera el paciente de la terapia? - ¿Qué sería estar recuperado? - Concretar el malestar en términos conductuales, cognitivos, emocionales y relacionales |
| 4. Exploración conjunta sobre las causas del malestar: construcción de hipótesis psicosocial del problema. <ul style="list-style-type: none"> - Descripción de desencadenantes y acontecimientos vitales que rodean la aparición de los síntomas - Comprensión clara del “porque y como” de su malestar y de la índole transitoria (reactivo-adaptativa) de su malestar |
| 5. Análisis de las soluciones intentadas, identificación conjunta de los patrones desadaptativos que perpetúan el malestar. |
| 6. Diseñar conjuntamente con el paciente las tareas y estrategias para cambiar los patrones identificados. |
| 7. Las entrevistas no se deben centrar en la sintomatología sino en los patrones que generan y mantienen el malestar. |
| 8. Fomentar el apoyo familiar como recurso natural y las relaciones interpersonales |
| 9. Evaluar los objetivos alcanzados |
| 10. Positivar los cambios, normalizar las dificultades no superadas, repasar temas trabajados con breve psicoeducación emocional. |

TABLA III. TERAPIA BREVE FOCAL

trastornos de ansiedad, depresiones neuróticas, duelos patológicos, fobias, trastornos adaptativos, etc.). Este grupo constituye entre el 40% y 60 % de los usuarios que atendemos en los CSM. En la Tabla III se muestra un resumen de todo el proceso terapéutico basado en los factores más relevantes de las escuelas de psicoterapia breve.

Psicoterapia de grupo

A parte de los grupos que se realizan en el programa de atención primaria, en los distintos CSM se realizan diferentes tipos de terapias de grupo (TG) según las demandas y necesidades de cada centro. Actualmente damos preferencia

a: (a) TG para trastornos de personalidad inspirados en el protocolo de la terapia dialéctico-conductual y aportaciones de la terapia interpersonal y dinámica. (b) Grupos psicoeducativos para familiares con un miembro con TMS, y (c) TG para pacientes con trastorno psicótico. En diferentes momentos de cada centro se han realizado las siguientes terapias de grupo: TG para la depresión, TG ansiedad, fibromialgias, distimias, arteterapia para trastornos psicóticos, TG para el aumento de la asertividad y autoestima, psicoeducación trastornos bipolares, y TG agorafobia.

BIBLIOGRAFIA

- (1) **González Duro. La Asistencia Psiquiátrica en España.** Edic.Castellote. 1975.
- (2) **Baván B. La Reforma Psiquiátrica de 1985: Evaluación de Técnicas de Salud Mental.** Edic. AEN. 1993.
- (3) **Desviat M. La Reforma Psiquiátrica.** Edit. Dor.SL.1994.
- (4) **González de Chávez M. Historia de los cambios asistenciales y sus contextos sociales en la transformación de la asistencia psiquiátrica.** Edic. Mayoría. Madrid. 1980. pág 56-83.
- (5) **Lieberman, J.A. & Perkins, D.O. Psychotic Disorders Measures. In: American Psychiatric Association (Ed.), Handbook of Psychiatric Measures, 490-494.** Washington, DC: American Psychiatric Association (APA). 2005
- (6) **Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicossocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones, N°6.** Madrid: Aociación Española de Neuropsiquiatría. 2002
- (7) **Edwards, J., McGorry, P. D. La intervención precoz en la psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis.** Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. 2004
- (8) **Anthony, W.A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's.** Psychosocial Rehabilitation Journal, 16 (4), 11-23. 1993
- (9) **Linehan M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite.** Ed. Paidós 2003.
- (10) **Kleinke C.L. Principios comunes en psicoterapia.** Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 2002
- (11) **Fernández Liria A., Rodríguez Vega B. La práctica de la Psicoterapia.** La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 2001
- (12) **Kuipers E., Leff J., Lam D. Esquizofrenia.Guía práctica de trabajo con las familias.** Ed. Paidós 2004
- (13) **Preston J., Terapia Breve Integradora. Enfoques Cognitivo, Psicodinámico, Humanista y Neuroconductual.** Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 2003
- (14) **Fernandez MJ, Luengo CM, Garcia H J, Cabero AA,González DM, Braña MB., Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental I: Diseño, tratamientos y procedimientos.** Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría.2010, 108: 563-580.
- (15) **Watzlawick P., Weakland J., Fish R. Cambio. Formación y solución de los problemas humanos.** Ed. Herder.1986
- (16) **Beyeback M. 24 ideas para una psicoterapia breve.** Ed Herder. 2006.

Correspondencia:
Agustí Camino Vallhonrat
Psicólogo Clínico
Centro de Salud Mental del Baix
Empordà. Girona (España)

Programa de Soporte de Salud Mental al Equipo de Atención Primaria

Mental health support program to Primary Care Team

Montserrat Gibernau

Psicóloga clínica. Programa Soporte Primaria del CSM Baix Empordà.

Pilar González

Médico de familia. Servei Salut Integrals Baix Empordà. Palamós

Ignacio Pascual

Médico de familia. Servei Salut Integrals Baix Empordà. Palamós

RESUMEN

En los últimos años han aumentado significativamente la demanda de tratamientos en trastornos adaptativos, por este motivo se ha desarrollado el programa de soporte de salud mental y adicciones en los Equipos de Atención Primaria. Los resultados cualitativos y cuantitativos demuestran: mejor coordinación asistencial, mejor resolución diagnóstica, racionalización de la prescripción farmacológica y reducción de la lista de espera en EAP.

Palabras clave: *trastornos adaptativos, intervenciones preventivas, mejora en la detección, capacidad resolutoria en EAP, consultas de evaluación, psicoterapia de grupo.*

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de atención primaria tienen la responsabilidad de estar en la puerta de entrada del sistema sanitario que identifica y trata la mayor parte de trastornos mentales, (80% de las consultas médicas por problemas psíquicos se realiza por primera vez en atención primaria). La mayor prevalencia de diagnósticos son: depresión, ansiedad, trastornos adaptativos y somatizaciones. Según diferentes estudios, en una de cada cinco consultas que realiza un médico de familia, el paciente consulta por algún problema de índole psicológica o psiquiátrica. El índice de frecuentación por estos trastornos es

ABSTRACT

Abstract: During the last years the request of treatments on non serious mental disorders have increased significantly in primary care which creates the needs to develop an specific program on Mental Health and Addictions in Primary Care. The qualitative and quantitative results show the improvement on welfare coordination activities, improve the resolution on diagnosis from primary care sites, rationalization of pharmacological prescription and decrease of waiting list at the Mental Health Care Sites.

Key words: *Adaptive disorders, preventive intervention, improve detection, resolution capabilities on primary care sites, evaluation consultation, psychotherapeutic groupst.*

elevado, aproximadamente la mitad había realizado una consulta médica, en un plazo menor de 15 días⁽¹⁾. Las enfermedades físicas y crónicas presentan componentes psicológicos importantes que deben ser evaluados y tratados adecuadamente por profesionales en salud mental o profesionales de atención primaria formados en entrevista psicológica y técnicas de soporte psicológico.

Estos datos suponen una carga asistencial importante para los profesionales en EAP en referencia a salud mental, además también deben ampliar sus conocimientos en diferentes especialidades médicas, estar actualizados en tratamientos farmacológicos,

adaptarse a la incorporación de nuevas guías clínicas.

Ante este contexto y previsión del aumento gradual de consultas por problemas de salud mental, actualmente en cuatro Centros de Salud Mental de la provincia de Girona, se realizan programas de soporte de salud mental en los equipos de atención primaria, para crear un puente entre niveles asistenciales, mejorando la continuidad asistencial (en información, gestión y relación) y mejorando la accesibilidad de la población en los tratamientos.

HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA

El “Programa de soporte de salud mental al equipo de atención primaria” se inicia en octubre 2006, el departamento de sanidad de Cataluña diseñó un plan director en salud mental, se aplicó el programa en CSM Baix Empordà (130.000 habitantes) de la provincia de Girona y se definió la cartera de servicios específicos. Durante el primer año se organiza el programa como un proyecto piloto, y se realizan las siguientes acciones:

- a. Fase inicial se revisa la cartera de servicios propuesta con el psicólogo clínico referente del programa y se diseña un plan de actuación con dirección asistencial IAS y el coordinador CSM Baix Empordà (incluye 5 Equipos de Atención Primaria), se acuerda elaborar una metodología adaptada a cada EAP.
- b. Fase previa de la incorporación del programa, evaluándose las necesidades y demandas de cada EAP. Se realizan observaciones en consultas (médicos de familia, pediatría, enfermería), para

conocer el contexto de EAP desde diferentes perspectivas: conocer el perfil de cupo, identificar los estilos relacionales y epistemológicos de los diferentes profesionales, conocer la dinámica asistencial y las necesidades de los profesionales respecto salud mental.

- c. Fase de presentación del programa y devolución de los datos obtenidos de la fase observación a los respectivos equipos se realiza mediante el formato de sesiones clínicas, creando un espacio de reflexión, consenso en los objetivos y en organización del programa.

- d. Desarrollo de la cartera de servicios según las necesidades de los EAP y los CSM.

- e. Evaluación anual del programa (IAS, EAP), se realiza una memoria activadas realizadas durante el año y se revisa la cartera de servicios del programa.

El primer año desde implementación del programa se observa una reducción significativa de primeras visitas en CSM de 25%. Refleja una mejora en la gestión y de la priorización racional de la derivación de EAP a CSM, que facilita la accesibilidad y permite dar mejor atención a los TMS. Otro dato importante es la reducción del tiempo de espera (año 2005 periodo espera 3 meses) en primeras visitas, a un plazo de de un mes, filtrando y realizando intervenciones psicoterapéuticas desde AP de trastornos adaptativos⁽²⁾.

Finalmente el registro de tratamiento farmacológico en historias clínicas de AP, en pacientes que han consultado en el programa EAP-CSM, es aproximadamente de una reducción 35 %⁽³⁾. Por diferentes razones a la adecuada intervención del

médico en el abordaje farmacológico, y en la mejora en la contención y gestión relacional-cognitiva-conductual y emocional del paciente. La intervención precoz permite asignar al paciente el tratamiento más adecuado (entrevistas diagnósticas, entrevistas de evaluación familiar, psicoterapia de grupo, interconsultas) realizado por el profesional CSM asignado al programa EAP.

A partir de los resultados positivos cuantitativos y cualitativos de programa, se amplía el programa a otros CSM Girones y Olot durante el año 2007 y recientemente también a CSM Selva 2010. Actualmente la mayoría de profesionales son psicólogos, a excepción de un psiquiatra. En el territorio donde realizamos este programa la empresa proveedora es la misma en ambos dispositivos y facilita todo el proceso posterior de derivación, tratamiento y seguimiento. (CSM, CSMIJ, CAS) forman parte de la misma institución, favoreciendo la integración de los servicios. A diferencia de otras comarcas de Cataluña que están gestionadas por diferentes entidades y dificultan la aplicación sistemática del protocolo del programa soporte CSM-EAP.

PROGRAMA DE SOPORTE DE SALUD MENTAL AL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP)

Existen diferentes formas de colaboración y coordinación entre los equipos de atención primaria (EAP) y los centros de salud mental (CSM). En este apartado presentamos el programa de soporte de los CSM a los EAP que está siendo extensivo a nivel nacional y que presenta como elemento primordial la incorporación de un miembro del CSM, generalmente psicólogo, al EAP.

Los programas tradicionales del sistema sanitario que realizan soporte desde la atención especializada a la atención primaria tienen un enfoque de consultoría. Dicho modelo tiene las siguientes características: es una relación asimétrica entre el especialista y el médico de familia, breve en el tiempo (son consultas aisladas), esta centrada en el manejo del caso por parte del médico de familia e implica baja responsabilidad por parte del especialista.

El programa de soporte CSM en EAP se basa en un enfoque de colaboración, este modelo dispone de unas características que favorecen de forma más integradora la intervención de la atención especializada Salud Mental con la atención primaria. Se basa en una relación simétrica entre ambos profesionales, prolongada en el tiempo, centrada en el paciente y que favorece la corresponsabilidad⁽⁴⁾.

El protocolo de aplicación consiste en que un profesional del EAP pide una consulta conjunta con el psicólogo por los siguientes motivos: conocimiento (dudas sobre determinados diagnósticos en salud mental o adicciones, grupos de edad.), habilidades (ampliar recursos en formación de psicoterapia), autoconfianza (problema de confianza generalizada, la edad, inexperiencia o sentirse quemado) y objetividad (identificación, transferencia, implicación personal).

La cartera de servicios propuesta por CSM y que se realiza en el propio EAP se debe adaptar a las necesidades de cada centro, al tipo de población atendida y a los recursos existentes. El profesional del CSM tiene en cuenta las diferencias de cultura asistencial. Por tanto cada una de las acciones está orientada a mejorar la

- Detectar y atender de forma no medicalizada, los trastornos adaptativos
- Desarrollar intervenciones preventivas en salud mental
- Detectar, orientar y tratar a los trastornos mentales de más baja complejidad (leves: trastornos adaptativos, ansiedad, reacciones a duelos y componentes psicológicos de enfermedades somáticas)
- Detección precoz y seguimiento de los trastornos mentales graves
- Mejorar la detección y la capacidad resolutive de los problemas de salud mental desde los EAP
- Mejorar la formación de los profesionales en habilidades psicoterapéuticas básicas
- Soporte psicológico y familiar para afrontar enfermedades físicas graves
- Optimizar la coordinación de los equipos especializados con EAP
- Descongestionar la saturación de demanda de psicoterapia en los CSM

TABLA I. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SOPORTE DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

coordinación entre CSM-EAP: en estructuras organizativas (compartir tiempo y lugar), integración de sistema de información (compartir historia clínica) e incremento en la capacidad resolutive (asumir responsabilidades por parte de los profesionales implicados). En la Tabla I se muestran los objetivos del programa de soporte de salud mental en atención primaria

PRESTACIONES/CARTERA DE SERVICIOS DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN LOS EAP

Las principales actividades asistenciales que realiza el psicólogo clínico en el EAP son las siguientes:

—Consultas psicológicas: Las peticiones de consulta incluyen atención a todas las franjas de edad: menores, adolescentes y adultos. Los diagnósticos más corrientes en la población infantil y adolescente son: los trastornos conductuales en la infancia, los trastornos de ansiedad, y problemas psicológicos asociados a problemas médicos. Se realizarán preferentemente intervenciones psicoeducativas e

intervenciones familiares de orientación y apoyo. También incluye consultas de orientación en salud mental y toxicomanías en la población adulta. El objetivo de las consultas psicológicas es orientar el caso y realizar intervenciones de resolución de problemas y psicoterapia breve. Tabla III.

—Consultas conjuntas (psicólogo clínico con médico de familia/enfermería o pediatra): Se realizan entrevistas individuales, de pareja o familiares. En muchas ocasiones el médico de familia tiene incluido en su cupo a todos los miembros de la familia, por tanto la información de la familia que conoce el médico es muy útil. El objetivo es mostrar habilidades psicoterapéuticas y de apoyo al profesional EAP. El tiempo de consulta psicológica y consulta conjunta se debe adaptar a la agenda del EAP, siendo breve y no excediendo los 20 minutos, normalmente son consultas “únicas”, y en menor proporción se realizan un máximo de tres entrevistas con el mismo usuario.

—Interconsultas: Puede presentarse en dos modalidades, una entrevista

conjunta con el profesional de atención primaria sin el paciente y de modo documental con una petición de derivación. Las interconsultas realizan una función de filtraje: gestionando derivaciones evitables, evaluando idoneidad de la derivación, permitiendo categorizar la gravedad y ordenar prioridades, ofreciendo recomendaciones y pautas específicas de prevención y promoción de la salud mental. Actividades formativas: Las sesiones clínicas impartidas son útiles, adecuadas al contexto EAP y que sirven para compartir información. Es importante adaptar la metodología más apropiada para cada tema (“rol playing”, casos clínicos presentados en video o simulados, etc.). También se realizan sesiones de formación específica (profesionales de atención al usuario, enfermería, pediatría y médicos de familia) para ampliar conocimientos, incorporar habilidades psicoterapéuticas básicas y actitudes (4)

—Psicoterapias de Grupo: Es una de las intervenciones más importantes por lo que la desarrollamos en el siguiente apartado.

Consultas conjuntas Médicos de Familia y Psicólogo Clínico CSM

Ventajas para los profesionales EAP:

—Cambio de percepción del problema y del paciente: Una entrevista conjunta crea un nuevo enfoque del problema. El profesional CSM, no conoce al paciente y sus preguntas (biográficas, relacionales, emocionales y laborales) son útiles para evaluar desde otra perspectiva las limitaciones y recursos del paciente.

—Soporte para afrontar indicaciones, derivaciones, clarificaciones diagnósticas: La entrevista conjunta MF y CSM crea un contexto único, quizás es la primera experiencia en su vida de compartir tiempo y espacio con dos profesionales sanitarios de diferentes disciplinas, que se han reunido exclusivamente para ayudar al paciente. En general los pacientes expresan su agradecimiento de este espacio, por tanto su actitud es de confianza.

- Indicaciones: dos expertos en dos disciplinas distintas realizan una indicación y/o recomendación (prescripción farmacológica, ejercicio físico, afrontamiento cognitivo, afrontamiento conductual) creando un efecto que amplifica la indicación.

- Derivaciones: en situaciones de resistencia y baja conciencia del problema la intervención dos profesionales con el mismo objetivo terapéutico clarifica al usuario. Por ejemplo: reconocer una mujer adulta que necesita ayuda para afrontar su trastorno alimentario; o trabajar la motivación de iniciar un tratamiento específico en toxicomanías.

- Clarificaciones diagnósticas: realizar un diagnóstico diferencial apropiado facilita el modo de intervenir el médico de familia y la adecuada derivación a la red asistencial de salud mental.

—Aprendizaje experiencial, intensivo y breve: Los estudios indican que el mejor método de aprendizaje es experiencial o práctico. La entrevista conjunta es un catalizador en la adquisición de habilidades de manejo psicológicas. El MF

comparte con psicólogo clínico todas las fases de la entrevista: socialización, formulación del problema, evaluación, intervención y resultado (en 20 minutos aproximadamente de tiempo). También se considera breve en el tiempo de adquisición de aprendizaje del MF, porque la práctica directa es una metodología más activa que una exposición de casos en sesiones clínicas.

Ventajas para los profesionales CSM:

—Facilita la intervención precoz: Desde CSM la intervención precoz permite que determinados procesos disfuncionales no se cronifiquen, por ejemplo que un trastorno adaptativo no genere un trastorno depresivo.

—En patología dual y trastornos mentales severos es muy útil la intervención precoz, muy a menudo los pacientes minimizan su sintomatología y también los familiares necesitan indicaciones y recomendaciones específicas desde AP para trabajar la aceptación de la derivación a profesional de salud mental

—Mejora en la recepción y acogida primeras visitas: En la entrevista en EAP, el psicólogo clínico define el problema y clarifica al paciente su situación actual respecto al motivo de consulta. Generando que los usuarios que son derivados finalmente a CSM, relatan su motivo de consulta de forma más ordenada. Por tanto permite una gestión del caso de forma más resolutiva.

Mejora en la atención TMS: Es muy importante el abordaje inicial TMS, un diagnóstico realizado en EAP, permite conocer antecedentes previos registra-

dos en la historia clínica y relatados por el propio MF, muy a menudo difícil de resumir de forma objetiva el paciente o la familia en las visitas iniciales al centro de salud mental.

Ventajas para los usuarios:

—Facilidad en acceso, tiempo y espacio: Para el paciente ser atendido por un profesional CSM en su ambulatorio, permite ahorro de tiempo y comodidad. Las poblaciones rurales deben utilizar servicios públicos y los horarios son restringidos, también el transporte privado no es accesible para todos los usuarios.

—El programa dispone de una agenda de atención ágil y no saturada, permitiendo programar entrevistas de forma semanal o quincenal en los ambulatorios.

—Intervención integradora, ofrece un continuum asistencial: Compartir la información biográfica, historia médica y la percepción del MF que conoce al paciente en sus etapas del ciclo vital. Compartir esta información antes de la entrevista o incluso en la misma entrevista, genera una confianza y transparencia en la forma de intervenir.

—Modifica la percepción y relación del MF: Muy a menudo los pacientes explican sorprendidos que nunca antes habían considerado necesario explicar cierta información al MF, y que su malestar físico no lo habían interpretado desde un enfoque psicológico.

—Mayor adherencia al tratamiento: Los pacientes toman más conciencia de la importancia de las prescripciones

| | |
|---------------------|--|
| Metodología | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia integradora • Evaluación psicométrica y entrevista clínica • Grupo cerrado: 8 sesiones • Frecuencia semanal: 90 minutos/sesión |
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Adquirir consciencia de la base psicoafectiva y relacional de su malestar • Adquirir recursos adaptativos a las dificultades • Adquirir herramientas afrontamiento y autocontrol emocional |
| Criterios inclusión | <ul style="list-style-type: none"> • Edad 25-55 años • Diagnóstico de Trastorno Adaptativo |
| Criterios exclusión | <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de Personalidad/TMS • Problema relacionados con abuso de sustancias y/o alcohol |

TABLA II. PSICOTERAPIA DE GRUPO EN EAP DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS

formuladas por su MF, porque han estado consensuadas por otro profesional experto. Durante la entrevista ha podido expresar miedos y dudas al respecto del tratamiento y las repuestas desde MF y psicólogo clínico, favorecen la adherencia al tratamiento

Psicoterapia de Grupo de los Trastornos Adaptativos

La terapia de grupo de trastornos adaptativos cumple el objetivo de acercar el tratamiento psicoterapéutico a la población. Al mismo tiempo que descongestiona la fuerte demanda de psicoterapia en los CSM. Diferentes investigaciones han demostrado la eficacia y eficiencia de la terapia de grupo para los trastornos adaptativos⁽⁵⁾.

Para demostrar los resultados y la eficacia de los grupos, se realiza una fase de evaluación psicométrica pre y post grupal. La entrevista motivacional que realizamos en la fase inicial facilita la evaluación y modifica las creencias respecto las expectativas de una psicoterapia de grupo. Muy a menudo los mismos profesionales del

EAP se muestran reticentes a derivar a sus pacientes a grupo, pero con el paso del tiempo, cuando conocen experiencias positivas de sus propios pacientes de cupo, se flexibilizan y recomiendan ellos mismos a otros pacientes este modelo psicoterapéutico. Una expresión que normalmente utilizamos para definir la psicoterapia de grupo: "es una oportunidad para aprender a utilizar un botiquín de primeros auxilios psicológicos en el presente y para saber afrontar en un futuro las adversidades y dificultades de la vida."

La psicoterapia de grupo de trastornos adaptativos se realizan de modo continuado a lo largo de todo el año y en menor número también se realizan los grupos de trastornos distímicos. Las sesiones son conducidas por un psicólogo clínico y en co-terapia con un profesional EAP. Se recomienda adaptarse a las necesidades de cada territorio y de las demandas específicas de los profesionales y usuarios. Por ejemplo si se detecta la necesidad en el EAP se pueden iniciar grupos de duelo, grupos de adultos con problemas médicos (ictus, accidentes laborales).

BIBLIOGRAFÍA

1. **Fernández Rodríguez LJ. Aspectos básicos de salud mental en atención primaria.** Madrid: Ed. Trotta 1999
2. **Gibernau M. Memoria del Programa de soporte CSM en EAP.** Institut Assistència Sanitària. Girona 2007
3. **Gibernau M. Comunicación oral: “Como integrar la atención especializada de salud mental en EAP”.** XXII Jornadas Estatales de AEN. Girona. 22-24 mayo 2008
4. **Caplan G, Ruth B. Caplan. Consulta y colaboración en salud mental: Teoría y práctica.** Barcelona: Ediciones Paidós 1997
4. **Casajuana Brunet J. Gestión del día a día en el equipo de atención primaria.** Barcelona: Ediciones semfyc 2007
5. **González López P. Psicología de los grupos: teoría y aplicación.** Madrid: Editorial Síntesis 1999.

Correspondencia:
Montserrat Gibernau
Psicóloga clínica.
Programa Soporte Primaria
del CSM Baix Empordà.
Girona

El programa de atención temprana a la psicosis de la red de salud mental de las comarcas de Girona

Early intervention program for psychosis of mental health network the province of Girona

Jordi Cid

Psicólogo Clínico. Responsable PAE-TPI XSM-IAS. Coordinador Programas XSM.

Este artículo se hizo con el apoyo de los profesionales del programa PAE-TPI de las comarcas de Girona: Myriam López, Natalia Camprubí, Laia Gasull, Alex de Tomàs, Esther Martínez y Leli Camps por parte del EIPP del Gironès, e Iria Marcote, Beatriz Jimenez, Luis Muñoz, Monica Poch y Javier Merino por parte del EIPP de la Selva Marítima.

RESUMEN

Existe evidencia disponible acerca de la eficacia, coste-eficacia de la intervención temprana en la psicosis. Este artículo describe el proyecto de organización/reorganización red de salud mental que se ha realizado en las Comarcas de Gerona al crear un Programa de Atención Temprana en la Psicosis. Se describe el proceso de implementación de los dos equipos transversales en dos de las 7 comarcas, Gironès i Pla de l'Estany y de la Selva Marítima, la filosofía de trabajo y funcionamiento en atención temprana, los procesos de implicación-evaluación y de intervención y algunos resultados de programa PAE-TPI de las Comarcas de Gerona.

Palabras clave: atención temprana; psicosis; programa atención temprana.

ABSTRACT

There is evidence about the effectiveness, cost-effectiveness of early intervention in psychosis. This article describes the proposed organization / reorganization mental health network that has been done in the Girona province to create an Early Intervention Program in Psychosis. We describe the implementation process of the two teams Gironès-Pla de l'Estany and Selva Marítima in two of 7 health areas of Girona. We also explain the philosophy and performance work in early intervention, the processes of involvement, assessment and intervention and some results of PAE-TPI program in the two health areas of Girona province..

Key words: Early psychosis; psychosis; early intervention.

INTRODUCCIÓN

En estos momentos tenemos suficiente evidencia disponible en que la intervención temprana en la psicosis puede prevenir o limitar las dificultades a largo plazo⁽¹⁻⁴⁾, y existen datos que muestran su coste-

eficacia⁽⁵⁻⁸⁾. El desarrollo de la intervención temprana implica un cambio en la organización de la asistencia al trastorno psicótico⁽⁹⁾. En este artículo describimos el desarrollo del Programa de Atención a la Psicosis de las Comarcas de Gerona (PAE-TPI XSM-IAS). Este programa se

inició en Septiembre de 2007, a raíz de la demanda de la Región Sanitaria de Gerona y de la Dirección del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de crear un equipo piloto de Atención Temprana a la Psicosis⁽¹⁰⁾. Esta demanda se sustenta en el Plan Director de Salud Mental y Adicciones, aprobado por la Generalitat de Catalunya en el año 2006, donde define la priorización de la atención a la psicosis incipientes, con la creación de programas de atención, y su implementación en un 30 % del territorio en el 2007⁽¹⁰⁾. Esto supuso la creación de 13 programas de atención temprana a la psicosis en Catalunya. Uno de los aspectos claves para el desarrollo de dicho programa, ha sido la creación por parte del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de una *Comisión Pedagógica y de Seguimiento del Programa de Atención Específica- Psicosis Incipiente (PAE-TPI. Cat.Salut 2007)* que agrupa a los responsables de estos programas pilotos, y que en base a la evidencia disponible y el consenso a) ha definido un programa común de atención para todos los territorios en los que da cobertura b) ha descrito la población diana, los objetivos, los métodos de evaluación, las modalidades de intervención, y la organización c) ha definido la organización y la estructura del programa, y d) ha planificado la formación continua necesaria para su desarrollo e) y por último, ha elaborado una Guía para la Implementación del Programa PAE-TPI en Catalunya, que sirva de marco para los futuros programas⁽¹¹⁾. En el IAS de Gerona, además la apuesta por esta nueva modalidad de atención, se recoge en el Plan Estratégico del Institut d'Assistència Sanitària (IAS) 2006-2010⁽¹²⁾, donde en la Línea 17 de Salud Mental, incorpora como objetivo la creación de Equipos de Atención Temprana a la psicosis, uno por cada uno

de las 7 comarcas en las que está dividida Gerona, y con un calendario de apertura de un equipo por año. Esta previsión, no se ha cumplido como consecuencia del impacto de la crisis económica en la sanidad pública, y en estos momentos tenemos dos equipos de atención temprana a la psicosis, el del Gironès y el de la Selva Marítima.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA PAE-TPI XSM-IAS

Estructura Programa

El Programa de Atención Temprana de las Comarcas de Gerona, cubre un área de referencia de 330.000 habitantes, un 30 % de las Comarcas de Gerona, y ha significado reorganizar la atención a la psicosis en la red de salud mental de Gerona. El Programa está formado por dos equipos de atención temprana a la psicosis (EIPP). El primer equipo, el EIPP del Gironès se formó a finales del año 2006 y estuvo operativo en Febrero del 2007, tiene un área de referencia de 250.000 habitantes y 11 Áreas Básicas de Salud. El segundo, EIPP de Blanes, se creó en el año 2008, con un área de referencia de 90.000 y 3 Áreas Básicas de Salud. En ambos casos los equipos constan de un equipo multidisciplinar compuesto por un profesional de psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social. En el caso del Gironès, todos los profesionales tienen dedicación completa al programa, a excepción del segundo psicólogo clínico que está al 50 % de jornada laboral. Y en el caso de Blanes el médico psiquiatra y el enfermero están al 100%, y el psicólogo clínico y trabajador social está al 50 % de su jornada laboral. La filosofía de dedicación exclusiva de los profesionales al programa es una característica

diferencial del programa del IAS, respecto al resto de equipos pilotos desplegados en Cataluña. En este caso, distintos profesionales, de distintos proveedores funcionalmente dedican una parte de su tiempo al Programa PAE-TPI.

Los dos equipos funcionan de manera transversal en el territorio asignado, dependen del Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), pero tienen una organización y autonomía propia. El equipo se configura como una unidad funcional donde ha definido los circuitos y protocolos de coordinación (A. Primaria, Escuelas, Servicios de salud mental de referencia: CSM Adultos, Infantil, CAS, hospitalización), tiene protocolos de evaluación, y de tratamiento diferenciados del CSM. A pesar de que los equipos dependen del jefe del CSMA, existe una coordinación transversal del programa de base territorial que tiene como objetivo garantizar una homogeneidad en la atención que se dispensan en los dos equipos, garantizar una continuidad asistencial de los usuarios del programa en función de las necesidades de los usuarios, consultoría técnica de procesos clínicos y de casos complejos y mediar los conflictos.

Población Diana

La población diana del PAE-TPI XSM- IAS tal como es definida internacionalmente⁽¹³⁾: (a) La población que presenta características prodrómicas o de un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR), (b) La población con manifestaciones psicóticas propias de un primer episodio, (c) Franja de edad comprendida entre los 16 y 35 años. A pesar de que la Guía de implementación Catalana (2) habla de una franja de edad de población diana de

14-35, en nuestro caso al ser proveedor único de servicios de salud mental y teniendo en cuenta que para edades inferiores existe el programa del TMG que funciona de manera adecuada en los CSMIJ. Se decidió que la franja de 14-16 se seguirán atendiendo en el programa TMG y que si había necesidades que podía cubrir el EIPP de referencia, entonces se daría soporte a dichas necesidades a demanda del Programa TMG.

Objetivos del programa PAE-TPI XSM IAS

Los objetivos generales del programa son: (a) favorecer la atención a los trastornos psicóticos incipientes y a las poblaciones de riesgo de forma prioritaria en la red de atención primaria y la red de salud mental especializada en salud mental. (b) disminuir el periodo de psicosis no tratada, (c) mejorar el pronóstico y la evolución de los pacientes con un primer episodio de psicosis. (d) Disminuir el sufrimiento individual, familiar y social generado por los trastornos psicóticos, (e) Prevenir la estigmatización de la psicosis a nivel comunitario, (f) Profundizar el conocimiento de los factores epidemiológicos, clínicos y biológicos que influyen en el curso de los primeros episodios psicóticos, (f) Disminuir los costes sociales y económicos de los trastornos psicóticos. En resumen, y tal como lo presentamos en nuestro tríptico del programa, nuestro objetivo es “*gestionar servicios para promocionar el bienestar, reducir el aislamiento social y restaurar el funcionamiento general mediante una intervención comunitaria, en aquellas personas que están en riesgo de desarrollar una psicosis, o tienen un diagnóstico de trastorno psicótico*”.

Criterios de Exclusión

Es importante delimitar el perfil de pacientes que van a ser incluidos en el Programa PAE-TPI, sobretudo en el inicio del Programa para diferenciarlo de otros programas ya existentes. Por este motivo, como criterios de *no inclusión* en el programa se definió un Cociente Intelectual menor a 80, para diferenciarlo de los Programas de atención a la salud mental en personas con discapacidad Intelectual. También ante la presencia de un Trastorno de la Personalidad de Cluster B y/o C (antisocial, histriónico, límite, evitación, dependencia y/o obsesivo) para diferenciarlo de los Programas de Trastornos de la Personalidad, y para delimitarlo con el Programa de Trastorno Mental Grave, se pusieron como criterios de exclusión inicial que los pacientes tuvieran un certificado de disminución +65% y/o una incapacitación total.

Filosofía

El Programa tiene como principios de actuación que (a) sea proactivo, flexible e Intensivo, (b) basado en la Cooperación y Coordinación entre servicios, dispositivos y profesionales, (c) Asuma criterios de normalización de la Psicosis, y realice estrategias de minimización del estigma (d) Evaluación del Programa y de las Intervenciones, (f) Aplicación de Terapias Basadas Evidencia y Uso de las Guías Clínicas para la administración medicación y (g) Reflexión pares, consultoría y supervisión Estos se concretan en los siguientes compromisos de intervención:

—Capacidad detección EMAR y Primeros brotes: Atención a la derivación a las **24 - 72** horas mediante llamada de telefónica o e-mail y la posibilidad de que

el equipo se desplaza a la Unidad derivante para ofrecer mejor coordinación.

—Seguimiento del caso de 1 a 5 años.

—Se facilitará **el entorno más adecuado** al paciente y a la familia para llevar a cabo las intervenciones minimizando la estigmatización y favoreciendo la **adherencia a tratamiento**.

—Cada usuario tiene un referente con quien tiene una relación más cercana y estrecha. Este gestionaran los recursos más adecuados para cada momento. Al mismo tiempo todos los usuarios van a conocer a todos los miembros del equipo que valoran conjuntamente con el referente y co-referente del caso.

Fases de Implementación

La reestructuración en la atención a la psicosis de base territorial que significa la implementación de un programa de estas características en diferentes fases de implementación.

1. Formación Equipo Atención Temprana. Es una de las fases importantes para el correcto funcionamiento de un programa. Esta fase consta de (a) la selección del equipo multiprofesional, (c) formación continuada específica para desarrollar las tareas del programa ya sea mediante cursos de formación o en la actualidad conocer el funcionamiento de uno de los EIPP. (d) estructura básica de funcionamiento: función referentes vs. rol profesional, (e) preparación de un tríptico para la presentación del programa a los derivantes, con listado de cribaje de síntomas (EDIE) (f) reuniones con los responsables de los

servicios derivantes del área de referencia (las áreas básicas de salud, servicios sociales, educación y servicios sanitarios) para la presentación del programa, (g) presentación del programa a los derivantes (h) escoger los responsables del EIPP de cada una de las coordinaciones, (i) e ir generando cultura de equipo. Esta fase termina cuando se realizan las presentaciones del programa a los servicios derivantes, se definen los periodos de coordinación con los servicios derivantes y se reciben los primeros casos en Programa.

2. Inicio del Trabajo EIPP. A medida que se van realizando las presentaciones, empiezan las primeras derivaciones y se pone en funcionamiento el trabajo del EIPP. Es una etapa de aprendizaje, de cambio global en la atención en el área territorial de referencia, las derivaciones no van directamente al CSM, sino al equipo EIPP. El equipo multiprofesional debe de ir asumiendo el cambio de la filosofía proactiva de la atención temprana a la psicosis. En nuestro caso, se tomaron una serie de decisiones para facilitar la consolidación de la filosofía del programa:

(a) la primera de tipo estratégica fue durante el primer año focalizar los esfuerzos en la atención a los primeros episodios de psicosis; sin que esto significara una no atención de los usuarios derivados con un estado mental de alto riesgo. Conocíamos a través de un estudio realizado en la red de salud mental de Gerona⁽⁹⁾, que aproximadamente un 20 % de pacientes con un primer episodio de psicosis abandonaban el seguimiento, y que al cabo de un año demandaban de nuevo asistencia en el Centro

de Salud Mental. Pensábamos que el programa debía evitar el abandono de estos pacientes y por lo tanto debían ser candidatos a estar en el programa. Por este motivo, pedimos a los compañeros de CSM Adultos e Infantil si tenían pacientes con un único episodio de psicosis, sin recaídas que estuvieran en fases de recuperación tempranas o en periodo crítico de menos de tres años que pensarán que se pudieran beneficiar de las intervenciones intensivas que proporcionaba el programa. Esto nos permitió consolidar los procesos de derivación, evaluación e intervención. (b) Trabajo centrado en la Atención Primaria de Salud, para conseguir que las coordinaciones con Atención Primaria fueran diferentes que las CSM tanto de Adultos como Infantil, y realizar talleres de formación para médicos e enfermería en atención temprana a la psicosis. Estos talleres tienen como objetivo una adecuada identificación a través del Cuestionario EDIE y un manejo óptimo de los pacientes para prepararlos para la derivación. (c) Reuniones de trabajo con los profesionales de Urgencias, Unidad de Agudos y Subagudos para protocolizar los mensajes, la intervención en primeros episodios de psicosis y fijar las coordinaciones. (d) A nivel de EIPP, se decidió trabajar con los usuarios en pares de profesionales para facilitar el aprendizaje de la flexibilidad respecto a la vinculación y la implicación del paciente en el programa; y ganar seguridad en el trabajo en la comunidad. Los pares de profesionales se hacían en función de las necesidades del caso. (e) generar una organización y estructura horaria que se adapte a las necesidades del programa, (f) organizar la evaluación, (g)

definir las intervenciones basadas en la evidencia que se aplicaran (h) Generar Cultura Equipo: Asumir los principios de proactividad y flexibilidad ante la derivación y la intervención. Realizar una evaluación objetiva previa a la intervención intensiva, y asumir el rol de referente vs. Profesional, no es una tarea fácil de conseguir por parte de los profesionales y significa un cambio en la manera de trabajar habitual de los profesionales de salud mental. El trabajo basado en máximas tales como *“El equipo es responsable de la derivación, una vez recibida una demanda”*, *“liderazgo del referente del caso en la organización del Plan de Trabajo Individualizado”* o *“la toma de decisiones consensuada en base a la visión conjunta interdisciplinar”* son aspectos que hay que ir trabajando en cada reunión, en cada caso para que sean asumidos como la nueva forma de funcionar.

Esta segunda etapa, se realizaron más de 20 presentaciones del programa en los servicios derivantes, y se planificaron las coordinaciones. Estas son a demanda con la Unidad de Agudos en función de los ingresos y una reunión general cada dos meses. Las coordinaciones con el CSMA son una vez al mes, con el CAS, CSMIJ y Servicios Sociales con una periodicidad bimensual. Además desde entonces las coordinaciones con todas las Áreas Básicas de Salud, son diferenciadas de CSM de Adultos e Infantil, y se realizan cada dos meses, y también se estableció un calendario para programar talleres de formación acerca de la psicosis en cada área Básica de Salud. Estos se realizan desde entonces de manera regular a demanda de los intereses de los profesionales.

3. Consolidación de los procedimientos e intervenciones. En esta tercera fase, una vez consolidado el proceso de derivación y de implicación-evaluación, se fue organizando la asistencia en base a los Planes Individualizados de Intervención. Ha sido un periodo de organización interna de las agendas de los profesionales y de las reuniones, de la evaluación rigurosa, de la planificación de las distintas modalidades de intervención, de la protocolización de la terapia psicológica, de la consolidación de las intervenciones grupales, de la organización de la asistencia comunitaria y del inicio de la protocolización de la asistencia en el Programa. También, se decidió que en las unidades de hospitalización y hospitales de día existiera un referente para el programa de primeros episodios que facilitara la coordinación y la continuidad asistencial, aunque esto no implica que sea el clínico que atienda a los pacientes de programa en la hospitalización.

4. Trabajo por procesos. Una vez la filosofía de la atención temprana a la psicosis se asume por parte del equipo, se es sensible y flexible al proceso de implicación, se es riguroso en las evaluaciones y en la planificación de las intervenciones es el momento de iniciar el trabajo por procesos en la gestión del Programa. Desde el año 2010, en las reuniones conjuntas de los dos equipos que se realizan una vez al trimestre se van homogeneizando las maneras de trabajar, a través de la definición de los procesos básicos de atención, de la definición de funciones por parte de los profesionales, de la delimitación de perfiles de atención a los usuarios en las distintas fases de la psicosis, con un doble objetivo *“dos equipos un solo programa”* y ser capaces de reorganizarnos ante las nuevas necesidades (atención a los usuarios

inmigrantes y con riesgos de exclusión social) y a las necesidades cambiantes de atención de los usuarios en el programa.

LA DERIVACIÓN AL PROGRAMA

En la Figura I podemos observar el circuito de derivación ante la detección de un primer episodio de psicosis o de una persona con riesgo de desarrollar un episodio psicótico. El derivante (Atención Primaria, Urgencias y Hospitalización, Servicios Sociales y Educación) ante la sospecha de un caso se pone en contacto ya sea mediante teléfono móvil o correo electrónico con el EIPP, Los datos que se le van a requerir son (a) Datos de identificación del usuario, (b) Descripción de la situación, (c) Rellenar listado síntomas, (d) Persona que hace la demanda, (e) Datos de identificación del profesional y del centro de referencia.

En todos los casos, antes de las 24 durante la semana o 72 horas en caso de fin de semana, se dará una respuesta a la demanda mediante coordinación con el derivante. En este caso el objetivo es conocer si el usuario derivado cumple o no los criterios de programa. En todos los casos en los que el usuario derivado se sospecha que cumple los criterios de derivación al programa, en el EIPP se le asigna un referente de vinculación que será quien va a estar pendiente todo el proceso de vinculación-implicación. En este caso se va a establecer un plan de actuación consensuado con el derivante con el objetivo esencial conseguir la adherencia y vinculación del paciente, para así poder valorar su estado mental, problemas, síntomas, necesidades y riesgos. Este plan debe ser flexible y adaptado a la situación cambiante del

paciente: posibles síntomas psicótico o no, si quiere venir o no, tipo de visita que acepta o tipo de canal de comunicación que acepta. En algunos casos el soporte y la información se da a la familia, por ejemplo, “familia que está preocupada por qué su hijo está encerrado en casa, ha dejado los estudios y le oyen hablar sólo”. En función de estos factores, el plan de acción puede incluir desde desplazarse a hacer coordinación con el derivante para establecer puntos clave de la detección del caso, visita conjunta con el derivante para establecer si el estado mental y funcional del paciente son para ser admitido en el programa, hacer visita domiciliaria conjuntamente con Atención Primaria o por parte del EIPP, hacer contactos informales (teléfono móvil, mail) con el usuario, visita con el usuario para explorar estado mental en la comunidad, en la escuela, o en el centro y visita con la familia.

El fin que se propone es que en un periodo de máximo tres meses poder conocer al paciente y valorar su estado mental, y si este estado mental tiene riesgo de desarrollar una psicosis, si es una psicosis o cualquier otra alteración psicopatológica que necesite tratamiento. *Los casos que no cumplen criterios de programa*, y si tienen una patología mental son derivados al Servicio Correspondiente, ya sea CSM de Adultos, CSM Infantil, CAS de drogas, o al Programa de Soporte a la Primaria o al propio Médico de Primaria. *Los casos que cumplen criterios de Programa* se les asigna un referente en el equipo, y se realiza el protocolo de valoración inicial (Véase, Figura II). Este protocolo también se aplica en aquellos casos en los que no queda claro los criterios de inclusión en programa, ya sea porqué la sintomatología psicótica no esté filiada, por los datos

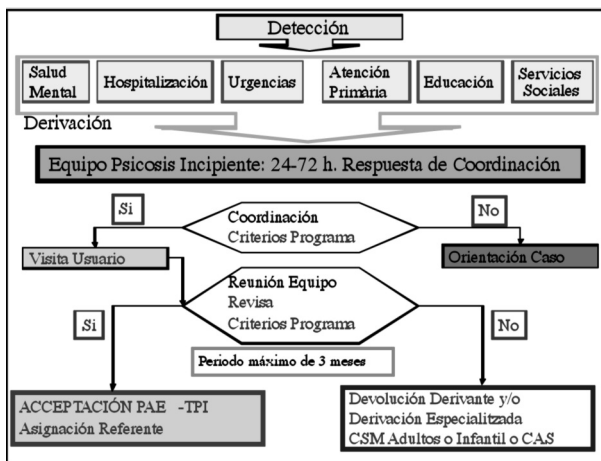


FIGURA I. PROCESO DE DETECCIÓN, DERIVACIÓN Y ACEPTACIÓN EN EL PAE-TPI

de evolución del caso queda ambiguo los criterios de programa.

EL PLAN INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN COMO BASE DE LA IMPLICACIÓN Y VALORACIÓN DE UN USUARIO EN PAE-TPI

El plan de actuación anteriormente descrito busca de la manera más rápida posible poder implicar, evaluar, y diseñar el Plan Individualizado de Intervención (PTI) en un periodo de tres meses. No obstante, este periodo de tres meses que al inicio facilitaba la nueva manera de trabajar, no resultaba útil a medida que se iban incorporando nuevos casos en el programa. En muchos de los casos, y ante un primer episodio de psicosis o un estado mental de alto riesgo que buscaba ayuda, no era posible esperar tres meses a tener el PTI inicial para intervenir. Por este motivo se ha reorganizado el proceso de implicación y valoración para agilizar este proceso tanto en los primeros episodios como en los estados mentales de alto riesgo.

El objetivo clave es poder tener la información necesaria para poder realizar un PTI inicial. En un primer episodio psicótico el plan de actuación busca en el periodo de un mes hacer un PTI inicial a través de (a) una **Valoración Clínica**, que realiza el psiquiatra o psicólogo clínico en dos visitas para realizar la Historia Clínica y Psicopatología, y poder definir un diagnóstico trabajo, (b) una **valoración de Hábitos y Social**, entrevista conjunta entre trabajo social y enfermería para valorar las Actividades de la Vida Diaria, Hábitos, estilo de vida, laboral, ocio y tiempo libre. Necesidades y riesgos sociales, y (c) una **valoración de la familia**, que realiza el referente, si es posible conjuntamente con el psicólogo clínico, donde se valora la situación familiar, el impacto del primer episodio, las necesidades de la familia, se valoran el soporte y la calidad de las relaciones familiares, las necesidades y las variables relacionadas con la emoción expresada y psicopatología familiar.

El PTI, en su estructura se basa en la historia clínica del Early Psychosis Service de Birmingham. La elaboración de dicho

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| Entrevista Evaluación Diagnóstica | Primeros Episodios de Psicosis | Escala para la Síndrome Positiva y Negativa en la Esquizofrenia (PANSS, Kay RS, Fiszbein A, Opler LA. 1990) |
| | Estados Mentales Alto Riesgo | Entrevista de evaluación global de los estados mentales de alto riesgo (CAARMS) |
| Funciones Cognitivas | Cribaje Neuropsicológico | Test de aprendizaje Verbal de Rey Trail Making Test (A-B) FAS Letras y números Vocabulario (WAIS-III o WISC-IV) Semejanzas (WAIS-III o WISC-IV) Cubos (WAIS-III o WISC-IV) Matrices (WAIS-III o WISC-IV) |
| Personalidad | Estados Mentales Alto Riesgo | Inventario clínico Multiaxial de Millon (MCM-III) |
| Medicación | Efectos Secundarios | UKU (Lingjaerd O, Alhlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. 1987). |
| Familia | Impacto Familia | Cuestionario Familiar (FQ, Quinn J, Barrowclough C, Tarrier N, 2003) |
| Patrones funcionales | Global | NIC-NOC. NANDA |
| Social | Funcionamiento Social | Escala de Funcionamiento Social (SFS. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. 1990) |
| Funcionalismo | Global | EEAG del DSM-IV-TR |
| Calidad de Vida | Global | Euroquol 5D-3D |

TABLA I. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL PAE-TPI XSM

PTI es responsabilidad del referente del caso, donde se le van añadiendo las valoraciones de las áreas que cada uno de los profesionales tiene asignado. El PTI se realiza en una reunión donde estén todos los miembros del equipo y donde el referente del caso trae un borrador. Lo importante en este PTI inicial es delimitar (a) los principales problemas del paciente en las siguientes áreas: *Estado Mental, Conciencia y Manejo del Trastorno, Tratamiento Farmacológico* [adherencia, efectos adversos y

control metabólico] y *Morbilidad Médica, Adaptación Psicosis e Integración psicológica, Área Social y Laboral, Familia, Riesgos* [suicidio, agresividad (auto y hetero), consumo de sustancias, exclusión social] y *Grado de Implicación PAE-TPI*, (b) las necesidades, (c) las áreas no evaluadas en profundidad o sin posibilidad de evaluar, y (d) definir como máximo dos áreas de intervención inicial. En la reunión del PTI también se planifican las evaluaciones objetivas pendientes. El Protocolo de

evaluación (Véase Tabla I) se inspira en el consenso AEN de Atención Temprana a la Psicosis⁽⁹⁾ y es común para todos los programas de atención temprana que se han desarrollado en Cataluña.⁽¹¹⁾

Este plan de trabajo inicial es consensuado con el paciente y la familia, de cara a facilitar una recuperación lo más óptima posible del primer episodio de psicosis y también es la base de la organización de la evaluación. *A los 3 meses se realiza el PTI de seguimiento*, donde se revisa toda la información disponible de cada una de las áreas, se le añade la información de las evaluaciones realizadas, se valora la evolución del caso, y se establece un plan de intervención para los siguientes seis meses en base a las necesidades de los pacientes que también se consensua con el paciente y la familia.

En el caso de ser un usuario que cumple criterios de Estado Mental de Alto Riesgo, el esquema es similar, con pequeñas modificaciones, se realizan tres entrevistas clínicas para realizar una anamnesis y una exploración psicopatológica. Posteriormente, se administrará la *Entrevista Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS)* para la identificación de estados mentales de Alto Riesgo de Psicosis⁽¹³⁾. En el caso de ser positiva para cualquiera de los grupos de EMAR, el procedimiento es igual que con la psicosis, se realizaría un PTI inicial para establecer un plan de trabajo, consensuado con el paciente. Aquí la única diferencia es que el PTI de seguimiento se realiza a los 6 meses, y que se intentan obtener la administración del Cuestionario de personalidad Millon, la Exploración Neuropsicológica y el EEAG antes del PTI inicial.

INTERVENCIONES

Las modalidades de intervención que ofrece el programa siguen las recomendaciones de las principales guías y consensos de atención temprana^(1,2). Son intervenciones diseñadas para las diferentes fases de la psicosis, desde los estados mentales de alto riesgo, fase aguda, fase de recuperación, y fase de recaída. En líneas generales, los usuarios en función de las necesidades con un *Estado Mental de Alto Riesgo* tienen disponibilidad de acceder a las intervenciones de Tratamiento Farmacológico, Terapia Cognitiva para estados mentales de alto riesgo y Soporte Familiar y Social. En el caso de los *Primeros Episodios de Psicosis* tienen disponibilidad de (a) Tratamiento Farmacológico: Adherencia, efectos secundarios, control metabólico, psicoeducación y prevención de recaídas, y monitorización somática. (b) Intervención Psicológica: Terapia Cognitivo-Conductual para la Psicosis adaptada a las distintas fases, TCC para la comorbilidad, Prevención de Recaídas y Manejo Estrés, (c) Intervención Familiar: Seguimiento estándar, Psicoeducación, Grupos Multifamiliares y Terapia Familiar, (e) Intervención Social: Laboral, Ocio y Tiempo Libre, (f) Intervención Terapia Asertiva Comunitaria: Soporte en la comunidad, domicilio y antes, durante y post-hospitalización y (g) Intervención Estilos de Vida: Actividades Vida Diaria y Hábitos de salud. No vamos a especificarlas cada una de ellas, aunque a continuación de manera breve vamos a explicar el procedimiento que utilizamos para seleccionar las áreas de intervención. Tal como se observa en la Figura II hemos agrupado las diferentes intervenciones en cinco áreas:

Áreas para favorecer la Recuperación



FIGURA II. ÁREAS DE INTERVENCIÓN PARA FAVORECER LA RECUPERACIÓN

Adherencia Tratamiento: Está es un área clave de la atención y se compone de tres aspectos (a) Tratamiento Farmacológico: prescripción e identificación, control y manejo de los efectos adversos: Uno de los objetivos clave para la recuperación es conseguir una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico, mediante una prescripción basada en las recomendaciones de las guías de práctica clínica y revisiones internacionales^(1,2,15). La actitud ante la prescripción es respetuosa con las creencias y expectativas del paciente, proporcionando una información clara, ajustada a su nivel intelectual que le permita resolver la dudas, y le facilite la toma de decisiones ante la toma de la medicación, con el fin de conseguir una adherencia al tratamiento farmacológico adecuada. En relación con los *estados metales de alto riesgo* a pesar de que la intervención es preferentemente psicológica, y aunque se puedan prescribir fármacos no antipsicóticos, se siguen todas las precauciones respecto la prescripción de medicación antipsicótica^(1,11). En los pacientes con un *primer episodio de psicosis* se prescriben antipsicóticos de segunda generación, y se sigue la recomendación del inicio de las dosis bajas de los antipsicóticos, e ir ajustando la dosificación en función de la respuesta tera-

peútica hasta conseguir un máxima mejora sintomática asumible con los mínimos efectos secundarios^(1,11); (b) morbilidad médica, hábitos saludables y control del riesgo metabólico. Ante la toma de psicofármacos, yendo más allá del manejo de los efectos adversos, es importante el control de la aparición de un posible riesgo metabólico mediante los controles analíticos pertinentes y un seguimiento de los hábitos de salud. Aquí el objetivo es que el usuario pueda hacer frente a las exigencias de la monitorización de parámetros orgánicos asociados al riesgo de control metabólico y promover unos hábitos saludables que ayuden a prevenirlos; y (d) psicoeducación y prevención de recaídas. Sabemos que las recaídas se producen dentro del periodo crítico de la psicosis, estudios muestran tasas del 70 % de recaídas a los 59 años. Por lo tanto, la actitud del equipo multiprofesional es ir creando una conciencia de trastorno e identificar aquellas situaciones que puedan llevar a una recaída, ya sea por negación de trastorno, dificultades de manejo de estrés, por morbilidad secundaria o por creencias asociadas a la toma de medicación que puedan llevar al usuario a dejar la medicación y recaer. En las actividades del EIPP está presente la psicoeducación y la prevención de

recaídas. De manera específica tanto las visitas de seguimiento estándar de psiquiatría, y de enfermería en lo que concierne a control metabólico y hábitos son espacios que se trabajan de manera global y específica estos aspectos. Cada usuario, tiene un seguimiento en funciones de los problemas y necesidades detectadas en el PTI. En algunos casos, cuando hay usuarios suficientes se trabaja de manera estructurada en grupos de psicoeducación y prevención de recaídas en formato de 6 seis y 12 sesiones, en función del estilo de recuperación.

Adaptación e Integración de la Psicosis.

Esta área tiene un objetivo básico y es que cada usuario dentro del programa, en función de las fases de la psicosis, de su comorbilidad asociada, de sus necesidades expectativas y motivaciones para trabajar desde la perspectiva psicológica pueda acceder a una intervención psicológica con evidencias disponibles. En el caso de los *estados mentales de alto riesgo* una intervención psicológica adaptada a trabajar con los problemas y con el objetivo de naturalizar y reinterpretar las experiencias especiales⁽¹⁶⁾, en los casos, de un *primer episodio psicótico*, se busca garantizar un proceso terapéutico que permita al paciente una adaptación y una disminución de la morbilidad secundaria^(17,18), en los casos de *síntomas persistentes* que dificultan la recuperación, poder intervenir con parar disminuir estos síntomas positivos persistentes estresantes⁽¹⁹⁾ y en la *fase de recuperación* del episodio psicótico poder facilitar la reorganización del yo, la recuperación de la psicosis y prevenir recaídas⁽²⁰⁾. Estas intervenciones se pueden realizar tanto en el local del equipo de atención temprana, como en la comunidad. En la actualidad, estamos trabajando en el diseño de una modalidad de in-

tervención grupal que permita trabajar la adaptación y la prevención de recaídas en la psicosis.

Plan de prevención de recaídas: Todo usuario que está en el programa se realiza un Plan de Prevención de Recaídas⁽²¹⁾, al que llamamos Plan para “Estar bien” en seis pasos (búsqueda de información, las cartas de los sentimientos, pensamientos y acciones en el proceso de recaída, identificarlas y ordenarlas, plan de recaída, rejilla de instrucciones y revisión). Este tiene como objetivos generales (a) dar un sentido de control al trastorno, (b) facilitar la comprensión de la psicosis dentro de un modelo de vulnerabilidad-estrés, (d) y practicar elementos de competencia personal. Se realiza cuando haya estabilidad psicopatológica. Se realiza cuando hay un vínculo estable, cuando lo permita el grado de aceptación y colaboración del paciente. No se realiza si el paciente está en una fase de negación. Si es posible implicar a la familia en el plan de recaídas. Ante una recaída, recogida en la fase 3 del Plan de Prevención de recaídas, el equipo se desplaza al domicilio en situaciones de crisis y da el soporte durante el proceso de crisis. Si se produce un ingreso hospitalario, también van a hacer seguimiento y dar soporte a las necesidades presentes.

Familias. La atención a las familias, es otro pivote de la intervención porque muchos de los casos va a ser el soporte principal del usuario en el programa. Las familias participan en el seguimiento de los usuarios, son vistas por el referente del caso de manera regular. A nivel de intervenciones, se ofrecen intervenciones de terapia familiar en los casos que se

considere oportuno y sea posible, aunque se ha diseñado un programa de intervención grupal para los familiares de primeros episodios. El Programa de Intervención grupal de familias tiene como objetivos evitar recaídas e ingresos hospitalarios así como mantener y aumentar la red social de la familia. Más específicamente se trabaja en el manejo de los síntomas y su impacto en la relación intrafamiliar, en aprender técnicas de resolución de problemas, de mejora de la comunicación, y en tratar los conflictos, reducir la crítica, la sobreimplicación y acompañar en el proceso de duelo. Esta se realiza en tres etapas: 1. *Psicoeducación*. 6 sesiones. Frecuencia semanal. Duración: hora y media. Basado en los programas de psicoeducación. 2. *Resolución de Problemas*. 12 sesiones. Frecuencia quincenal. Duración: hora y media. Adaptación de la terapia familiar conductual⁽²²⁾. 3. *Grupo Desvinculación-diferenciación*. 12 sesiones. Frecuencia mensual. Duración: hora y media. Basado en los modelos sistémicos de la psicosis, y en la necesidad de poder trabajar la desvinculación mutua de la familia vs hijos, y una diferenciación de los miembros de la familia. La evaluación del programa grupal de familias muestra una mejoría de la comprensión de la psicosis, un incremento de las estrategias de afrontamiento de la familia y un mejor manejo de las emociones⁽²³⁾.

Inserción Comunidad: No se obtiene una adecuada recuperación de la psicosis si la vida en la comunidad no vuelve a la normalidad. Sabemos que la inserción a los niveles previos de funcionamiento social es complejo después de un episodio de psicosis. El objetivo de esta área de intervención es poner en marcha todas

aquellas intervenciones que faciliten un mantenimiento de las actividades de la vida diaria, de los estudios y/o nivel laboral y una recuperación de las actividades de ocio y tiempo libre. A pesar de que en el trabajo del equipo multidisciplinar esté presente la filosofía de la terapia asertiva comunitaria, es en esta área donde se plasma dicho trabajo⁽²⁴⁾. Todo el equipo va a proporcionar soporte comunitario, en la medida de lo posible, a aquellos usuarios que tienen más problemas funcionales, y de organización del día a día. A nivel grupal tenemos el grupo de estilos de vida, que lleva enfermería y trabajo social, y que tiene como objetivos (a) una mejoría en las AVD y en la planificación del día a día, (b). Activación: romper rutinas no saludables (levantarse tarde, no hacer actividades) y (c) socialización.

LA ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO.

Los profesionales que trabajan en el EIPP, tienen una doble función, en la primera aportan el conocimiento y las competencias de la profesión que representan, y una segunda que es específica del EIPP como referente de casos. En la primera **aporta al equipo su rol profesional**, por lo que es realiza aquellas tareas dentro del EIPP que son competencia de la profesión. En la Tabla III, intentamos sintetizar estas tareas específicas de cada profesional. Tal como podemos observar, cada profesional es responsable de evaluar objetivamente un área de evaluación del Plan Integrado e Individualizado de Tratamiento, de administrar escalas o cuestionarios de la evaluación, o de realizar cierto tipo de intervenciones específicas (por ejemplo: prescripción y tratamiento farmacológico de psiquiatría, evaluación

| Psiquiatra | Psicólogo Clínico | Enfermería | Trabajo Social |
|--|---|--|-------------------------------------|
| Exploración Psicopatológica | Exploración Psicopatológica | Referente Vinculación | Referente Vinculación |
| Entrevista PANNS / CAARMS | Entrevista CAARMS | Patrones Funcionales | Entrevista Social |
| Tratamiento Farmacológico | Exploración Neuropsicológica | Adherencia Tratamiento | Escala SFS |
| Valoración Física | Millon- MCM-II | Control Riesgo Metabólico | Estilos de Vida |
| Escala UKU Efectos Secundarios | Evaluación Familia y Cuestionario Familiar FQ | Hábitos Salud Saludables | Intervenciones Laborales y Sociales |
| Intervenciones en Crisis/ Urgencias | Intervención Psicológica Psicosis | Psicoeducación y Conciencia de Trastorno | Intervenciones Ocio y tiempo libre |
| Psicoeducación y Conciencia Trastorno | Terapia Familiar | Estilos de Vida | |
| EEAG-Funcional y Clínico | | | |
| Riesgos y Necesidades | | | |
| Calidad de Vida. Escala Euroquol 5D-3D | | | |
| Plan de Prevención de Recaídas | | | |
| Intervención familiar | | | |
| Intervención Comunitaria | | | |
| Responsable Coordinación | | | |

TABLA II. PRINCIPALES FUNCIONES ESPECÍFICAS Y TAREAS DE LOS PROFESIONALES EL EIPP

neuropsicológica de psicología clínica, valoración patrones funcionales de enfermería, valoración social de trabajo social). No obstante, también refleja que existen tareas que por las características de los equipos multidisciplinares en salud mental distintas profesiones pueden hacer. Aquí la cuestión no es dirimir que profesional lo puede o no hacer, sino que quede especifi-

cado de quién es responsabilidad principal de realizar dicha tarea dentro del EIPP para que este aspecto no quede diluido en el tratamiento de cualquier usuario del Programa.

La segunda función es la de **referente de casos** en el programa. Cada usuario tiene asignado un referente en el programa que

va a ser responsable de que el usuario y la familia reciban la atención integral y el *seguimiento más adecuado*. Los *objetivos generales* son (a) valorar y atender las necesidades y riesgos (usuario y familia), (b) procurar la implicación (vínculo y adherencia) del usuario, (c) coordinar el proceso de evaluación (usuario y familia), (d) establecer y coordinar el plan de trabajo del usuario, (e) promover y/o realizar el Plan de prevención de recaídas y garantizar las revisiones periódicas de este plan, (f) dar soporte a la familia, (g) ser responsable de que toda la documentación (historia clínica, historia de seguimiento, registros, etc.) (h) Garantizar la coordinación y atención con otros dispositivos, y (i) Derivación del usuario a otros servicios. *La elección de los referentes de los casos* se hace en base a: (a) al tipo de vinculación que establece el usuario con el equipo y el tipo de relación terapéutica que establece el usuario con los distintos profesionales del equipo; (b) las necesidades y riesgos: en relación al tratamiento, a la capacidad de manejar síntomas, el impacto del trastorno en las Actividades de la Vida Diaria, (c) en función de las necesidades de la familia y (d) el contexto social y del entorno.

El día a día de los equipos se estructura con dos elementos (a) las reuniones y (b) la pizarra del EIPP. Las *reuniones* están organizadas, existe una reunión de gestión clínica cada día con unos contenidos específicos, un responsable asignado de dirigir la reunión, y con una metodología específica para seleccionar los usuarios de los que se hablan. Estas son Reunión de Pacientes en Crisis y en Riesgo de Recaída (Lunes, mañana 1 hora), reunión PTI inicial (Martes, mañana 1 hora), Reunión PTI seguimiento (jueves 2 horas), Nuevas derivaciones, y reunión de equipo (viernes de 2

horas), y Reunión de Revisión de PTI complejos (dos horas un viernes al mes) y un Espacio técnico de revisión de intervenciones, procedimientos y dificultades en los tratamientos (2 horas un viernes al mes). El segundo aspecto clave para el día a día del EIPP, es "*La Pizarra del EIPP*". En una pizarra tipo "vileda", que está estructurada en función de las diferentes etapas de la psicosis y donde están identificados cada usuario en función de la etapa (derivaciones, vinculación, recuperación temprana, recuperación retardada, estables, recaída y hospitalizados) y los referentes de casos de cada uno de los casos. En esta se señalan con una circunferencia los pacientes que preocupan al equipo multidisciplinar y que necesitan atención más intensiva durante la semana

RESULTADOS

Los resultados y los indicadores básicos del programa son los definidos por el Plan Director de Salud Mental y Adicciones (11, 25). En la Tabla IV, podemos observar la descripción de los resultados básicos del PAE-TPI XSM-IAS, donde en el año 2010 había 131 casos en el Programa. En los últimos años, entran en programa aproximadamente entre 45-50 casos nuevos. Respecto **la accesibilidad** al programa medida a través del periodo psicosis no tratada (DUP: periodo que va desde la aparición primer síntoma positivo hasta la instauración del primer tratamiento farmacológico. Medido en semanas). La accesibilidad del programa es adecuada según los recursos, 13 semanas de media de DUP en el EIPP del Gironès y 22 semanas de media de DUP en el EIPP de Blanes. Respecto a **la retención**, las tasas de abandono del programa son muy bajas, menores al 10 % y la tasa de retención al años es muy buena,

| Gironès | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | La Selva | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Nº casos derivados | 24 | 56 | 60 | 102 | Nº casos derivados | 19 | 20 | 39 |
| Casos Nuevos Programa | 17 | 47 | 37 | 40 | Casos Nuevos Programa | 12 | 15 | 11 |
| Nº Nuevos EMAR | 3 | 13 | 8 | 11 | Nº Nuevos EMAR | 3 | 4 | 1 |
| Nº Nuevos PEP | 11 | 32 | 5 | 27 | Nº Nuevos PEP | 9 | 11 | 10 |
| Nº Nuevos P. Crítico | 0 | 2 | 4 | 2 | Nº Nuevos P. Crítico | 0 | 0 | 0 |
| Media DUP semanas | -- | 26,17 | 13,72 | 13 | Media DUP semanas | 31,2 | 22,6 | 22,4 |
| Nº casos a los 12 meses | 0 | 16 | 50 | 75 | Nº casos a los 12 meses | 0 | 20 | 21 |
| Abandonos | 0 | 3 | 3 | 1 | Abandonos | 1 | 1 | 1 |
| Altas | 0 | 8 | 4 | 4 | Altas | 0 | 1 | 1 |
| Nº casos total | 17 | 58 | 74 | 99 | Nº casos total | 12 | 23 | 32 |

TABLA III. RESULTADOS PROGRAMA.

más del 95 % de pacientes continúan en el programa PAE-TPI. Por último, en el año 2010 hemos tenido otros resultados interesantes, el 60 % de los usuarios del programa reciben y/o han recibido terapias **psicológicas**, el 75 % de pacientes que tenían mediación antipsicótica prescrita se les administró **la escala de efectos secundarios UKU (26)** y un 65 % de los usuarios en programa habían mejorado en las valoración del EEAG (27).

Para concluir, los planes de futuro, vendrán delimitados por el impacto de la crisis económica en la sanidad pública, y en las posibles necesidades de reestructuración que pueden modificar el programa PAE-TPI. Por este motivo, en los planes de futuro inmediato es implementar el traba-

jo en el programa por procesos, protocolizar las intervenciones psicológicas, realizar evaluación de resultados de las intervenciones y poner en marcha un grupo multifamiliar con la participación de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. *Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guia de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. *Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2*.
2. NICE. (2009). *Schizophrenia Clinical Guidelines 82 (update): Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. London: Department of Health.
3. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, et al (2008) *Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. The OPUS trial*. *Archives of General Psychiatry*, 65, 762-771.
4. Gafoor R, Nitsch D, McCrone P, et al (2010) *Effect of early intervention on 5-year outcome in non-affective psychosis*. *British Journal of Psychiatry*, 196, 372-376.
5. Shiers D and Smith J. *Early intervention in psychosis: A briefing for service planners. Early intervention in Psychosis*. August 6. Iris initiative.
6. McCrone P, Knapp M & Dhanasiri S (2009). *Economic impact of services for first-episode psychosis: a decision model approach*. *Early Intervention in Psychiatry*, 3, 266-273
7. McCrone P, Craig TKJ, Power P, Garety PA (2010). *Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis*. *Br J Psychiatry*; 196: 377-82.
8. McCrone P, Park A, Knapp M. *Economic Evaluation of Early Intervention (EI) Services: Phase IV Report*. PSSRU Discussion Paper 27-45. October 2010
9. *Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009*. Cuadernos Técnicos 10. www.aen.es/web/docs/CTecnicos10.pdf
10. *Plan de Salud Mental y Adicciones*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2006.
11. *Guia de desenvolupament del programa d'atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients del Pla director de Salut mental i Addiccions*. Departament de Salut. http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2124/guia_pae_tpi_salutmental_2011.pdf
12. *Plan Estratégico del Institut d'Assistència Sanitària.2007-2010*.
13. Yung AR. *Identification of population*. In Addington J, Francey SH, & Morrison AP. *Working with people at high risk of developing psychosis*. A treatment handbook. Wiley & Sons 2006.
14. Gisbert C y Cid J. *Schizophrenia Adherence Treatment in Girona Area*. Comunicación presentada en Congreso Internacional del ISSP. Madrid 2006
15. Rummel C, Hamann J, Kissling W, Leucht S. *Antipsicóticos de nueva generación para el primer episodio de esquizofrenia [Revisió Cochrane traduïda]*. A: Biblioteca Cochrane Plus, 2008; 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. Traduida de The Cochrane Library, 2008; 3. Chichester (Regne Unit): John Wiley & Sons, Ltd.
16. French P, Morrison A.P. *Early Detection and Cognitive Therapy for People at High Risk of Developing Psychosis: A treatment Approach*. Wiley Series in Clinical Psychology
17. Henry and cols. *Cognitively Oriented Psychotherapy for first episode (COPE) La Terapia de Orientación Cognitiva para la Psicosis Temprana EPPIC*. 2004. Jackson H,
18. McGorry P, Edwards J, Hulbert C, Henry L, Francey S, et al. *Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE)*, Preliminary results *Br. J Psychiatry Suppl* 1998; 172 (33):93-100.
19. Fowler D, Garety P, Kuipers E. *Cognitive behavioural therapy for psychosis: theory and practice*. New York: Wiley, 1995.
20. Gumley A y Schwannauer M. *Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas*. Desclée de Brouwer

- 21. Birchwood M., Fowler D., Jackson C Early Intervention in Psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions.** Wiley 2006.
- 22. Fallon, I. R. H. (2002): Cognitive- Behavioral Family and Educational Interventions for Schizophrenic Disorders.** En Hofmann, S. G., Tompson, M. C. (eds.): Treating Chronic and Severe Mental Disorders. A Handbook of Empirically Supported Interventions, pp. 3-17. New York: Guilford Press.
- 23. Gasull L., Martínez E., Cid J., López M., Camprubí N., De Tomàs A. Grupo de Familias en un programa de Atención temprana a la psicosis.** Poster Presentado en las Jornadas de Atención Temprana en la Psicosis. Organizadas por Betulae. Badalona.2009.
- 24. Cid J. La Terapia Asertiva Comunitaria en un Programa de Atención Precoz en la Psicosis: la experiencia de Girona.** Curso de Terapia Asertiva Comunitaria. Avilés 24 de Junio de 2010.
25. Análisis de los datos de continuidad y de los indicadores básicos del PAE-TPI de Catalunya. 2009-2010. IV Jornades del PAE-TPI de Catalunya. Girona 2011
- 26 Lingjaerd O, Alhfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale.** Acta Psychiatr Scand 1987; 76 (supl. 334): 1-100.
- 27. Global Assessment of Functioning (GAF) del DSM-IV-TR.**

Correspondencia:

Jordi Cid

Dirección Asistencial XSM. IAS. Edifici Til.lers.

Parc Hospitalari Martí i Julià. Dr. Castany s/n.

7190 Salt-Girona (España)

Correo electrónico: jordi.cid@ias.scs.es

Hospital de Día de la XSM-IAS: Adultos e Infanto-Juvenil

XSM-IAS day hospital: Adults, Children and Youth

E. García Núñez

Psiquiatra. Coordinador.

D. Serrano López

Psicóloga clínica. Hospital de Día Adultos.

Glria Trafach

Psicóloga Clínica. Coordinadora Hospital de Día de Infanto-Juvenil

RESUMEN

El objetivo de este artículo es describir la evolución histórica de los hospitales de día de salud mental, de adultos e infanto-juvenil, dentro del contexto de la Red de Salud Mental de las Comarcas Gironinas. Se plantean consideraciones básicas que posibilitan y estructuran el inicio del hospital de día, así como el funcionamiento inicial de los mismos. De la misma forma se tienen en cuenta los objetivos terapéuticos en los que se basa la actividad asistencial, los criterios de admisión así como las principales orientaciones terapéuticas. En este artículo se describen los diferentes abordajes terapéuticos desde una óptica multidisciplinar y con un planteamiento de actuaciones intensivas y estructuradas. Hasta la actualidad se han producido diferentes cambios y modificaciones. Esta presentación pretende reflejarlos a través de una introducción histórica que permita establecer diferencias entre diversos modelos de hospitales de día que implementan distintas formas de intervención psicoterapéuticas. El objetivo es pretender mejorar la atención psicológica/psiquiátrica orientada a una mejora de calidad de vida de las personas con trastornos mentales de nuestro entorno. Método. El presente artículo se basa en el funcionamiento del hospital de día (adultos e Infanto-Juvenil) de la Red de Salud Mental a lo largo de los últimos nueve años. La descripción ha sido la herramienta utilizada para establecer las características más importantes de este recurso comunitario. En el futuro es importante implementar métodos estadísticos así como el uso de herramientas de evaluación que nos permitan llevar a cabo una evaluación exhaustiva de la efectividad del hospital de día.

Palabras clave: hospital de día, red de salud mental, tratamiento multidisciplinar, orientación terapéutica, evolución.

ABSTRACT

The aim of this paper is describe the evolution in time of a day hospital for people with psychiatric disorder in Mental Health Network of Girona. We take into account the way that our day hospital began to work, the therapeutic aims, basic consideration, admission criteria, design, therapeutically approach, and multidisciplinary treatment in an intensive way, and so on. Until now different changes have produced. This paper tries to reflect and describe them. A brief historical introduction is made in order to establish differences between day hospitals and understand different psychotherapeutically intervention models. The purpose is to improve psychological attention that helps to increase quality of life of severe mental disorder people in our region. Method. In this paper we take into account day hospital functioning (adults & child and adolescents) in the last nine years in Girona area. A description is made in order to establish the most important characteristics of this community resource. In future we need statistical methods and assessment tools to evaluate the effectiveness of day hospital in mental health community.

Key words: adult & child adolescent day hospital, mental health network, multidisciplinary treatment, therapeutical approach, evolution.

HOSPITAL DE DÍA DE ADULTOS

Introducción histórica

Los Hospitales de Día (HD) se crean como espacios asistenciales durante la segunda mitad del siglo XX en el contexto de la reforma psiquiátrica de tipo comunitario que tiene lugar en Europa y Estados Unidos, desde el movimiento británico de comunidades terapéuticas dirigidas por Maxwell Jones, la Psiquiatría de Sector en Francia, el movimiento de desinstitutionalización italiano, y la psiquiatría comunitaria de los E.E.U.U hasta extenderse progresivamente por varios países. Históricamente el nacimiento de los HD va ligado al de las Comunidades Terapéuticas como recursos de terapia social en psiquiatría que suponen una hospitalización parcial de los pacientes en el medio comunitario distinto y alternativo al ingreso crónico en los hospitales psiquiátricos tradicionales. Estos espacios alternativos de carácter social o comunitario se caracterizaron inicialmente por diversas formas de terapia social, especialmente ligada a la psicoterapia grupal basada en principios psicoanalíticos, que se desarrolló durante la década de 1940 en Inglaterra^(1, 2).

El Hospital de día de adultos de la Xarxa de Salut Mental (XSM) del Institut d'Assistència Sanitària tiene sus orígenes en octubre de 2002. El dispositivo apareció, dentro del organigrama de la XSM, como una unidad adscrita a la Unidad de agudos, dependiendo funcionalmente de ella y compartiendo recursos humanos. En los inicios los objetivos más importantes se orientaban a evitar ingresos hospitalarios, acortar los mismos así como establecer programas terapéuticos específicos

para determinadas presentaciones clínicas. En aquel momento el documento guía fue el Plan Funcional de Hospitales de Día basado en el Decreto 213/1999 de 2 de julio por el cual se establece la red de centros, servicios y dispositivos de salud mental. Inicialmente se valoró la conveniencia de tener en cuenta un diseño heterogéneo en el sentido de vincular personas a HD con diversos diagnósticos, perfiles, circunstancias y características. Se enfatizó el poder establecer programas específicos para determinadas patologías (Trastornos de la conducta alimentaria, Trastornos de personalidad, Trastornos psicóticos, entre otros) pero también el establecer espacios terapéuticos comunes para todas aquellas personas que se encontraban en tratamiento en HD, independientemente del diagnóstico o perfil clínico. También se hizo especial hincapié en destacar la función terapéutica del propio espacio de HD y de las dinámicas que se establecían entre el equipo multidisciplinar y las personas en tratamiento.

Definición general y objetivos de hospital de día

Suscribimos la definición que realizó la AEN⁽³⁾, por consenso, definiendo el hospital de día como recurso de atención continuada, de tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad. Se caracteriza por el tratamiento por el medio, definido como la utilización del tiempo y el espacio de manera terapéutica, mediante la integración de distintas actividades terapéuticas, trabajo en equipo interdisciplinar, con diferentes recursos, con el objetivo de llevar a los pacientes de la heteronomía a la autonomía. Se considera que un paciente está en tratamiento

de hospital de día cuando acude, al menos, 20 hs/semana, que son los criterios mínimos que se requieren en la literatura (que giran en torno a un horario de 20 - 35 horas semanales)^(4, 5, 6).

Las características de nuestro hospital de día son el ser un dispositivo asistencial secundario dentro de la red de salud mental entendido como estructura intermedia dentro del circuito asistencial, diseñado para 25 plazas. Es un servicio de atención ambulatoria que provee de un tratamiento más intensivo y estructurado que los CSM y menos restrictivo que la hospitalización, estando dirigido a evitarla, puente entre ésta y la comunidad. Es un recurso terapéutico con características propias que incluyen el trabajo en equipo, la inclusión de distintos tratamientos psicoterapéuticos (individuales, familiares y grupales) y psicofarmacológicos, ofreciendo tratamientos intensivos y con tiempo limitado, con una tendencia a la integración de distintos modelos y actividades terapéuticas. Está ubicado en el interior del recinto hospitalario aunque en un edificio diferenciado de las unidades de hospitalización. Es el único dispositivo en toda la provincia, con una población aproximada de 700.000 habitantes, de distribución geográfica dispersa, lo que dificulta la accesibilidad y supone un hándicap para asegurar una asistencia adecuada. Por lo que respecta a los objetivos terapéuticos comentar, a grandes rasgos, que el objetivo general es el aumento de la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes con TMS y de su entorno próximo mediante la disminución y/o afrontamiento de la sintomatología psiquiátrica, la prevención y reducción de recaídas y del deterioro, intentando conseguir un mejor ajuste y funcionamiento familiar y social de los pacientes.

Características de los usuarios

El usuario del Hospital de Día, es una persona que sufre un trastorno mental severo, que presenta sintomatología activa que requiere tratamiento clínico intensivo, con abordaje integral por la consideración en profundidad de los factores clínicos, familiares y contextuales. Un requerimiento básico sería la capacidad de colaborar mínimamente con el programa terapéutico que debería hacerse extensivo a la familia o personas con las que conviva el usuario, así como la ausencia de conductas auto o heteroagresivas que fuesen imposibles de contener en el ámbito de la hospitalización parcial.

Las indicaciones en cuanto el diagnóstico comprenderían todos aquellos que conforman el grupo de trastorno mental severo: trastornos psicóticos, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad (a excepción del trastorno antisocial de la personalidad), trastornos de la conducta alimentaria... con la salvedad de trastornos mentales orgánicos, discapacidad intelectual grave o moderada, y trastorno por consumo de sustancias como diagnóstico principal^(8,9).

El carácter ambulatorio del Hospital de Día exige que los usuarios, estén en condiciones de acudir a éste diariamente o en días definidos conjuntamente entre los profesionales del equipo y la persona cada semana, por un período variable y limitado, considerando la realidad local y las necesidades del usuario. La accesibilidad, derivada de la localización física del Hospital de Día, su relación con los medios de transporte público, etc. es un factor crítico que gravitará ineludiblemente sobre la

calidad y cantidad de la demanda. En nuestro caso es una de las mayores dificultades debido a la gran dispersión de la población y la precariedad del transporte público de la población a la que atendemos.

En el encuadre general inicial se establecen condiciones básicas de los candidatos a HD a fin de garantizar y favorecer la vinculación a un tratamiento psicoterapéutico de forma voluntaria y responsable. Éstas están orientadas a: la cobertura social básica de las personas que garantizara el alojamiento, la capacidad básica de autonomía para desplazarse a HD, así como la aceptación y la voluntariedad para implicarse en un tratamiento en HD, mediante la firma de un contrato terapéutico.

Funciones del hospital de día y dinámicas de trabajo

Una característica fundamental del Hospital de Día es el trabajo en equipo y el éxito en este aspecto, es uno de los elementos esenciales de su efectividad. El equipo está dotado por unos recursos humanos que comprenden 1 psiquiatra que ejerce la función de coordinador, 2 psicólogos, 2 enfermeros especializados en salud mental, 1 terapeuta ocupacional, 1 auxiliar de enfermería y 1 administrativa que dedica el 50% de su jornada laboral en HD. El equipo terapéutico y usuarios comparten un espacio definido y un tiempo suficiente para poder desarrollar interacciones adecuadas, a través de un intercambio frecuente, permanente y cercano. Estas interacciones son evaluadas, confrontadas, planificadas en función de una estrategia general de tratamiento que permita el desarrollo de nuevas experiencias para la creación de un vínculo de confianza y el establecimiento de un proceso

terapéutico. En este sentido es importante que el equipo y usuarios estén al día de incidentes, crisis, dificultades y logros de cada una de las actividades que se realicen. Una herramienta fundamental para conseguir esto es la reunión de equipo diaria de contenido funcional, centrada en los aspectos operativos del estado, evolución y las actividades de los pacientes en las que evalúa las nuevas incorporaciones, estrategias y medidas a tomar. También se evalúa el trabajo realizado, se realiza supervisión y resolución de problemas de equipo (recomendable un espacio de supervisión externa, que hemos tenido cuando las circunstancias lo han permitido) y reevaluación de las programaciones terapéuticas de los paciente que cumplen el tiempo de estancia previsto.

Es importante establecer objetivos y programas terapéuticos en base a los diferentes ámbitos en que se manifiestan las dificultades (espacios terapéuticos, individuales, familiares, sociales, etc.), así como la revisión de dichos objetivos durante el tiempo de estancia de la persona en HD. Valoramos que en la elaboración/visión del PTI (plan de tratamiento individualizado) de cada paciente pueda estar implicado, además del equipo de HD, el referente del CSM como medida crucial para garantizar la continuidad terapéutica y asistencial entre los diferentes dispositivos de la Xarxa de Salut Mental. Así se establecen las coordinaciones con los diferentes centros de salud mental de referencia. De forma más específica, en la programación terapéutica se considera básico un abordaje global que contemple la atención individualizada (psicoterapéutica, psicofarmacológica), grupal (espacios psicoterapéuticos), así como la atención familiar

(entrevistas diagnósticas, terapéuticas y abordajes uni y/o multifamiliares).

Al mismo tiempo, es imprescindible el trabajo de un equipo multidisciplinar que pueda actuar coordinadamente sobre los distintos aspectos de la vida de la persona y también el trabajo en conjunto con las familias para lograr un verdadero ajuste e integración a la vida social de las personas afectadas por enfermedades psiquiátricas. Cada componente del equipo es un modelo de rol social, a parte de su función como técnico, capacitado para tomar decisiones, democratizar jerarquías en función de las necesidades terapéuticas, propiciar respuestas flexibles para enfrentar los problemas y compartir una ideología de trabajo común. En este contexto concebimos la atención grupal como una herramienta imprescindible para lograr este ambiente terapéutico.

Las actividades básicas realizadas en nuestro hospital de día a parte de todo lo que tiene que ver con la condición terapéutica del medio descrita antes serían las actividades grupales, las intervenciones individuales y las familiares.

Las actividades grupales que se ofertan desde el HD están organizadas de tal manera que a excepción de los grupos comunitarios (buenos días, asamblea), en los que participan todos los usuarios y miembros del equipo; y que son pieza clave para articular relaciones de cohesión y facilitación del ambiente terapéutico; el resto se ofrecen como oferta de al menos dos actividades simultáneas para perfiles diferenciados de pacientes. Así disponemos de grupos de terapia ocupacional (artes plásticas, lecturas de prensa, grupos de discusión, técnicas de autoconocimiento..), psi-

coterapia de grupo (grupo de orientación interpersonal siguiendo el modelo de Yalom⁽¹⁰⁾, grupo para trastornos de personalidad que en un principio se fundamentó en la terapia dialéctico-conductual de Linehan^(11, 12), grupo psicoterapéutico para personas con psicosis con enfoque interpersonal); y finalmente grupos específicos: conciencia de uno mismo, autocontrol, grupos de relajación, taller audiovisual, grupos DMT (Dance- Movement Therapy), grupos psicoeducativos, nutricionales, etc.

Cada paciente tiene asignado un terapeuta referente que va a definir el tratamiento psicoterapéutico individual y también la intervención que se dispensa a la familia. El tratamiento psicoterapéutico individual se escogerá en función de las necesidades del paciente desde una visión integradora de los distintos modelos de psicoterapia (psicodinámica, cognitivo-conductual, interpersonal y sistémica). En lo que concierne a la familia, aparte del seguimiento que sea necesario realizar para dar soporte al caso, es posible realizar intervenciones psicoterapéuticas familiares en los casos que así lo requieran y con la modalidad integradora definida en la terapia individual.

Transversalidad

De forma más específica, si nos centramos en la indicación de derivación a HD, consideramos importante que ésta pueda ser realizada por el referente terapéutico situado el CSM. Hay que considerar que el paciente derivado se puede encontrar, en el momento de la derivación, en cualquier dispositivo de la red (CSM, Centro de Día, Unidad de Agudos, Servicio de Rehabilitación, etc.). En cualquier caso es

importante trabajar la demanda del profesional conjuntamente con el paciente y familia. De esta forma, el paciente llegaba motivado para iniciar una vinculación satisfactoria a un proceso terapéutico. Con el propósito de mantener el proceso terapéutico y darle continuidad mantenemos coordinaciones semanales con el CSM y bimensualmente nos desplazamos al centro para coordinarnos.

HOSPITAL DE DÍA INFANTOJUVENIL

Introducción histórica y definición general

El Hospital de Día para niños y adolescentes es un dispositivo asistencial para el tratamiento institucional intensivo diurno, en un medio terapéutico específico, de los trastornos mentales graves que aparecen en estos períodos de vida. Atiende generalmente a niños y adolescentes que han perdido posibilidades evolutivas y autonomía, y que debido a la gravedad del trastorno o momento del proceso terapéutico, presentan dificultades en la vida relacional, social y familiar.

En el año 2000, la sección de Salud Mental Infantojuvenil de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría) propone un Grupo de Trabajo para elaborar un documento en la que se abordara la definición, objetivos terapéuticos, indicaciones y perfiles de usuarios, así como la actividad terapéutica y la organización de estos dispositivos intermedios. Este documento fue presentado y posteriormente ha sido utilizado como referente para la constitución de HD infantojuveniles en diversas comunidades del país.

En Salud Mental Infantojuvenil es necesario tener en cuenta las distintas etapas evolutivas que constituyen esas edades. La peculiaridad de los Hospitales de Día vendrá determinada básicamente por estas diferencias de edad y también por la orientación teórica con la que se basa y construye su trabajo. La forma de comprender la patología por el equipo, así como la variedad de profesionales y la diversidad de estrategias y actividades terapéuticas ofrecidas, marcarán sin lugar a duda, la diferencia entre estos dispositivos. En esta línea la especificidad de cada Hospital de Día vendrá dada por el modo particular en que su equipo crea, articule sus elementos terapéuticos y ofrezca a sus pacientes y familias.

Funciones del Hospital de Día

En todos los HD se trabaja a través de la creación de un “ambiente terapéutico”, en donde se combinan distintos tipos de actividad, según el modelo con el que se basa, así Vaughan⁽¹³⁾ describe la combinación de terapia ocupacional, música y tareas escolares; Beitchman⁽¹⁴⁾ describe la utilización conjunta de actividades escolares y juego; Rogers y Lewis⁽¹⁵⁾ señalan centrarse en el trabajo sobre las experiencias afectivas, el empleo del juego terapéutico y la terapia del lenguaje.

El tratamiento en niños y adolescentes señala y reconoce la necesidad de implicar a la familia en el proceso terapéutico dada su papel tanto en la etiología como en el mantenimiento de las alteraciones psicopatológicas. Se intenta que la intervención sobre el niño alcance de manera global todos los aspectos de su vida ⁽¹⁶⁾.

En general, los elementos terapéuticos que según M. Alcamí⁽¹⁷⁾, comparten los programas de Hospital de Día Infantiles se resumirían con los siguientes puntos:

—El ambiente terapéutico crea un escenario estructurado que conlleva una gran variedad de relaciones humanas, experiencias emocionales e interpersonales correctoras, manejo de situaciones nuevas y el desarrollo de competencias personales y sociales.

—El espacio de convivencia terapéutica creado permite la observación y aproximación de la clínica y funcionamiento psíquico interno del paciente, permitiendo una clarificación diagnóstica mucho más afinada, a partir de distintos escenarios relacionales en los que el individuo interactúa y establece relaciones transferenciales, tanto con los iguales como con el equipo terapéutico⁽¹⁸⁾.

—El abordaje y la intervención sobre la expresión clínica del malestar (síntomas), teniendo en cuenta las características psicopatológicas y de funcionamiento psíquico de cada individuo.

Este abordaje se efectuará en función del modelo y orientación teórica en el cual se base cada hospital de día.

—La recuperación de funciones tales como el leguaje, el desarrollo psicomotriz, la capacidad simbólica y relacional, que han sido alterados por el trastorno y que interfiere en el desarrollo evolutivo global.

—El trabajo familiar, imprescindible ya que es en el contexto familiar y a partir de los procesos vinculares e interactivos

precoces, donde nace y se gesta el psiquismo del niño y ,a la vez, incide en todas las etapas del desarrollo psicológico de éste, contribuyendo así en la formación de su futura personalidad así como efectuando un importante papel tanto en el mantenimiento como en la reversibilidad de los síntomas del niño.

Objetivos del funcionamiento del Hospital de Día

Los objetivos generales del Hospital de Día Infantojuveniles comparten una clara dualidad dada el doble origen de éstos, siendo por una parte el criterio asistencial y terapéutico y , en segundo lugar, por criterios de gestión.

A. Objetivos terapéuticos:

—Actuar sobre el cuadro clínico que presenta el paciente, favoreciendo la desaparición o disminución de los síntomas con la remisión total o parcial del cuadro, favoreciendo avanzar en su proceso de desarrollo.

—Contribuir en el establecimiento diagnóstico, así como diagnóstico diferencial de ciertos cuadros que requieren de su observación y especial estudio.—

—Favorecer la intervención precoz más allá de la clínica manifiesta, abordando la organización psíquica con la finalidad de reconducir el desarrollo psicosexual normal, acorde a las etapas evolutivas.

—Intervenir sobre las circunstancias sociales y familiares, abordando los aspectos de la dinámica familiar que han participado en la etiopatogenia mantenimiento del trastorno.

—Actuar sobre las posibles secuelas del cuadro psicopatológico, sean de tipo transitorio o estable.

—Incidir en los procesos de aprendizaje y sociabilización, tanto para evitar la ruptura de los vínculos con el ámbito educativo como para poder reemprender los procesos académicos en la medida que sea posible.

B. Objetivos de gestión

Se considera que los objetivos de gestión tendrían que subordinarse a los terapéuticos, aunque últimamente son cada vez más exigidos en el ámbito de la gestión de servicios, desarrollándose indicadores de gestión que evalúen de forma conveniente la eficacia y la eficiencia del dispositivo así como su efectividad en el ámbito asistencial que atiende la Salud Mental de la infancia y la adolescencia. Según Pedreira Massa¹ los objetivos gestores para el Hospital de Día serían:

—Disminuir el número de ingresos y reingresos en unidades de hospitalización completa, en la etapa infanto-juvenil.

—Acortar las estancias en las unidades de hospitalización completa.

—Disminuir la tasa de frecuentación a los servicios de urgencias o de otros servicios sanitarios, al menos durante el ingreso en el HD.

—Descargar y complementar el trabajo ambulatorio de los centros de salud mental.

—Promover la participación de las familias en el proceso terapéutico.

—Rentabilizar los recursos favoreciendo técnicas grupales, tanto para pacientes como de las propias familias.

—Incrementar la calidad de vida y el grado de satisfacción, con disminución de la sintomatología clínica, reducción del número duración e intensidad de recaídas, prevención del deterioro así como la mejoría del grado de ajuste y funcionamiento familiar, escolar y social de los pacientes.

El Hospital de Día de Adolescentes de la Red de Salud Mental correspondiente a la Región Sanitaria de Girona, se constituye en el año 1999 respondiendo a distintos intereses o demandas. Por un lado se hacía indispensable la necesidad de disponer un recurso terapéutico intensivo para atender a patologías graves de la infancia y la adolescencia y que desde los recursos ambulatorios se mostraban insuficientes o poco apropiados y, por otro lado, la presión e interés por parte de la asociación de familiares y agentes educativos y sociales exigiendo tal necesidad ante la atención insuficiente que muchas patologías recibían.

Desde su constitución se parte de un modelo basado en la terapia institucional, planteándose la necesidad de atender diversas patologías propias de la etapa adolescente, desarrollando programas específicos. Así se parte de la Terapia Institucional, con la finalidad de obtener el efecto terapéutico que proporciona el ambiente propio de la institución. La terapia ambiental implica la utilización de la experiencia de vida global, los abordajes múltiples y la utilización de la institución como instrumento terapéutico de forma que todos los miembros, pacientes

y equipo terapéutico, se influyen recíprocamente. Aunque con muchas controversias al principio, se fue definiendo este dispositivo como un HD polivalente, que pretende ofrecer, en ciertas patologías, unas actividades y espacios terapéuticos específicos para favorecer de forma más adecuada y específica su recuperación.

A lo largo de más de una década, aunque fiel a la filosofía inicial, se fueron introduciendo cambios, especialmente en las disciplinas que configuraban el equipo terapéutico, así como un cambio sustancial que supuso el cambio de ubicación. Actualmente el equipo está configurado por profesionales de diferentes disciplinas que proceden del campo de la salud y de la educación, lo que permite una comprensión y abordaje interdisciplinar.

Dentro de la Red de Salud Mental Infantojuvenil, el HD se sitúa como un recurso asistencial secundario o recurso intermedio entre la atención ambulatoria y la hospitalización completa. En un inicio se diseñó el dispositivo para quince plazas, ofreciendo un tratamiento intensivo, especializado y estructurado dentro de la red y su circuito asistencial, a todos los adolescentes de 12 a 18 años que así lo requirieran, en un momento de su proceso terapéutico. Actualmente ha aumentado a veinticinco las plazas disponibles debido a la presión asistencial que en un momento dado experimentó el recurso. El equipo está dotado por unos recursos humanos que comprenden: 1 psiquiatra (80%), 2,40% de psicólogos clínicos, 2 enfermeros especializados en salud mental, 1,5 terapeuta ocupacional, 1 educador social, 1 maestra, 1 administrativa al 50%.

Funciones y Trabajo Terapéutico

Con todo lo anteriormente expuesto se contempla el HD como un dispositivo que, partiendo del abordaje institucional y de comunidad terapéutica, ofrece un ambiente estructurado con variedad de relaciones humanas, interacciones emocionales satisfactorias, oportunidades para nuevos aprendizajes y experiencias, manejo de situaciones nuevas, lo que facilita el cambio psíquico que se persigue.

La vida relacional dentro del hospital favorece la expresión de afectos y de situaciones conflictivas intrapersonales y relacionales. El proceso terapéutico y la planificación de estrategias terapéuticas parten del análisis conciso de las interacciones que se establecen, así como de la expresión y manifestaciones del malestar que en los distintos espacios emergen de cada paciente.

El trabajo en equipo es fundamental para reflexionar conjuntamente y comprender el funcionamiento psíquico de cada paciente a partir de lo manifiesto. Así mismo la reflexión conjunta y enriquecedora por las distintas disciplinas que configuran el equipo, permite elaborar estrategias y actitudes encaminadas a conseguir los objetivos terapéuticos definidos en cada Plan Terapéutico Individual. Dicho Plan se define al inicio y se va revisando y actualizando de forma periódica a lo largo del proceso.

El esquema referencial común surge de la experiencia compartida en reuniones diarias de todo el equipo antes de la llegada de los pacientes. Las distintas perspectivas confluyen en una lectura interdisciplinar del paciente, de las dinámicas grupales así

| INTERVENCIONES INDIVIDUALES: | ACTIVIDADES GRUPALES: | INTERVENCIONES FAMILIARES: |
|--|---|--|
| Psicodiagnóstico y diagnóstico diferencial Psicoterapia Individual Entrevistas Individuales y de seguimiento Tratamiento farmacológico Seguimiento somático/ ocupacional Intervención educativa Entrevistas Individuales y de seguimiento Tratamiento farmacológico Intervención educativa | Psicoterapia de Grupo Actividades y talleres grupales (incluye actividades en la comunidad: salidas,...) | Terapia familiar y Consultas Terapéuticas padres-hijo Entrevistas e intervenciones familiares Terapia Grupal de Padres |

TABLA I. CARTERA DE SERVICIOS

como de la propia institución. El Plan Terapéutico Individual (PTI) se diseña al mes del ingreso del adolescente, definiendo aquellos objetivos terapéuticos que abarcaran todos sus ámbitos de vida.

La participación interdisciplinar en la construcción de dicho plan asegura tener en cuenta la globalidad del paciente. Cada paciente y su familia dispondrán de un terapeuta clínico referente (psiquiatra o psicólogo) así como un monitor/educador/enfermera que estará a su cargo. La finalidad de su función es construir un vínculo terapéutico que será el eje vertebrador del tratamiento.

A lo largo del proceso terapéutico de los pacientes, se efectúan periódicamente reuniones de coordinación con los profesionales y agentes referentes del caso del nivel ambulatorio, al que, una vez finalizado el proceso en el HD, reemprenderá el seguimiento desde dicho nivel. La finalidad de ir compartiendo la evolución clínica del caso es la de asegurar la continuidad de

cuidados asistenciales en toda la red por la que es atendido.

Cartera de Servicios

Las modalidades terapéuticas que se ofrecen desde nuestro ámbito se agruparían en los siguientes ámbitos: (véase TABLA I)

Perfil de Usuarios

La características de los adolescentes que pueden beneficiarse del tratamiento en Hospital de Día, serían chicos de edades comprendidas entre los 12 y 18 años, con un trastorno mental moderado/grave, que cursa por un momento de agudización que le ha interferido de forma importante su vida académica, familiar y social. En esta línea, requiere un tratamiento intensivo, integral, pudiendo mantener su vínculo con su red familiar y del entorno. El carácter ambulatorio del dispositivo obliga la voluntariedad por parte del adolescente y la colaboración de su red

familiar. La frecuencia asistencial planteada dependerá básicamente de las características de cada individuo, dependiendo de su accesibilidad debido a su realidad geográfica y de las necesidades particulares.

Criterios de Inclusión / Exclusión

La atención que ofrece el HD va dirigida, de forma general, a todos aquellos adolescentes de 12 a 18 años, con alguna psicopatología y que requieren un tratamiento intensivo e integral, conservando su vínculo con el medio al que pertenece. Los trastornos que se atienden son aquellos que suelen prevalecer en esta etapa evolutiva, a saber, trastornos neuróticos graves, trastornos psicóticos, desórdenes de personalidad en la vía de organizarse como futuros trastornos de personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, etc. Se suelen excluir o bien son objeto de detenida valoración antes de su indicación terapéutica, aquellos trastornos de comportamiento graves, así como los trastornos psicológicos provocados por un consumo abusivo y regular de tóxicos. También serán de exclusión aquellos casos con ideación y conductas suicidas o parasuicidas graves que no puedan ser contenidas desde este recurso.

Independientemente de la psicopatología, se tendrá en cuenta la motivación y el grado de conciencia de enfermedad que presenta el usuario para su buena adherencia al tratamiento. El hecho de construir el trabajo terapéutico a partir del

establecimiento del vínculo y de las relaciones interpersonales que se establecerán hace imprescindible la voluntariedad del chico/a a acceder al tratamiento.

RESULTADOS HOSPITALES DE DÍA XSM-IAS.

El Hospital de Día de Adultos a pesar de las 25 plazas que tiene asignadas, atendió a 79 usuarios el año 2010. De estos usuarios, el 87 % eran mujeres, y la edad media fue de 35,2 años. El HD Adultos recibió 79 demandas de atención y dio 76 altas, que tuvieron una estancia media de 133 días. A nivel diagnóstico principalmente atendieron Trastornos de Personalidad con 38,1 %, en un 27,6 % Trastornos Psicóticos, y en un 14,47 %, T. de la Conducta Alimentaria y T. Afectivos, respectivamente. Por último, por lo que respecta al Hospital de Día Infanto-Juvenil, atendió en el año 2010 a 30 usuarios, principalmente del sexo femenino (en un 70 %), y homogéneo respecto al porcentaje de edad, 49 % de 12-15 años y 51 % de 16-18 años. Atendió 14 nuevos casos y dio 13 altas, con una estancia media de 200 días y con destino preferente al CSMIJ. Respecto a los diagnósticos de los usuarios tratados, el 46,6 % lo fueron de Trastornos emocionales y conductuales, seguido de un 36 % de Trastornos de la Conducta Alimentaria y de un 8,3 % de Trastorno Psicótico.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Barrientos Guillermo, Castro López Hirán, Tendencias Actuales en Psiquiatría, la experiencia cubana.** Editorial Científico técnica, La Habana, 1989. p.132.
2. **Rosie JS : Partial Hospitalization : a review of recent literature.** Hospital and Community Psychiatry 1987; 38:1291-1299.
3. **Mas Hesse, J.; Azcárate, J.C; Famoso, P.; Figuera, D.; Moreno, A.; Suárez, T. Et al.: Grupo de trabajo de la AEN sobre Hospitales de Día.** Cuadernos técnicos 12. Madrid (2009).
4. **Creed, F; Black, D; et al. Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment.** Br. Med. J 1990;300: 1033-1037.
5. **Kallert, TW; Glöckner, M; et al. A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. Implications of their diversity for day hospital research.** Soc. Psychiatr.Epidemiol (2004) 39: 777-788.
6. **Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders (Cochrane Review).** In: The Cochrane Library, 4, 2001. Oxford.
7. **Priebe, S; Jones, G; et al. Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care.** British J. of Psychiatry (2006), 188, 243-249.
8. **Schene, Aart H. The effectiveness of psychiatric partial hospitalization and day care.** Current Opinion in Psychiatry. 17(4):303-309, July 2004.
9. **Bowman et al.; "Day patient versus in-patient: factors determining acute ill patients for hospital treatment".** British Psychiatry Journal. 142: 584-587 , 1983.
10. **Yalom, I.D. Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo.** Fondo de cultura económica. México; 1986.
11. **Linehan, Marsha M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite.** Paidós ibérica. Barcelona, 2003.
12. **Bateman, A; Fonagy, P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care.** Am J Psychiatry 2003; 160:169-171.
13. **Vaughan W.T. "The disordered development of day care in psychiatry"** Health Trends 1983, 15: 91-94.
14. **Beitchman J.H., Murray C., Minty G., "A survey of referral problems to a psychiatric preschool program: patient characteristics and therapeutic considerations"** Can. J. Psychiatry 1981, 26, 5: 323-328
15. **Rogers S. and Lewwis H. "An effective day treatment model for Young children with pervasive developmental disorders".** J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1989, 28(2): 207-214
16. **Ajuriaguerra, J. La elección terapéutica en Psiquiatría Infantil,** Barcelona, Toray-Masson, 1970
17. **Alcamí, M.: "Eficacia del Hospital de Día psiquiátrico infantil",** Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 1990
18. **Palacio-Espasa, F. "Consideraciones sobre la acción psicoterapéutica y relacional en las psicosis infantiles".** Psicopatología y Salud Mental, 2004; 4: 41-50
19. **Pedreira J.L., "Los hospitales de día en la atención de los trastornos mentales de la adolescencia: Orientación psicoterapéutica"**

Correspondencia:
E. García Núñez
Psiquiatra. Coordinador.
Red de salud mental de Girona (España)

Urgencia y Hospitalización Psiquiátrica en coordinación con la atención comunitaria

Urgency and psychiatric hospitalization in coordination with
community care

Jordi Font

Enfermero. Supervisor Enfermeria. UGC Agudos

Domenech Serrano

Jefe de Servicio de la UGC Agudos

Marta Font

Psicóloga Clínica. UGC Agudos

Raúl Otín

Psiquiatra. UGC Agudos.

RESUMEN

Este capítulo describe la transformación de la Unidad de Hospitalización de Agudos, desde sus orígenes en el antiguo hospital psiquiátrico de Salt, hasta la actualidad en el Parc Hospitalari Martí i Julià. Se describe el proceso de modernización que pasa por un cambio de ubicación, la unidad de agudos está integrada en un Hospital General, Hospital de Santa Caterina, y también como se ha modificado su funcionamiento para adaptarla a la gestión clínica moderna, basada en la calidad y en el trabajo en procesos. También se describirán la misión, organización y características de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en Menores (URPI) y de Patología Dual (problemas de adicciones y psiquiátricos), que conjuntamente con la Unidad de Agudos y las Urgencias de Psiquiatría forman la Unidad de Gestión Clínica de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos.

Palabras clave: hospitalización psiquiátrica, unidad de agudos, unidad de hospitalización psiquiátrica en menores, patología dual

REVISIÓN HISTÓRICA

En el año 1866 se inician las negociaciones para que la diputación construya un manicomio para trasladar los pacientes atendidos en el Hospital Santa Caterina de Girona, en el municipio de Salt (Girona) en la zona llamada

ABSTRACT

This chapter describes the transformation of the Acute Inpatient Unit, from its origins in the old psychiatric hospital in Salt, to present the Hospital Parc Martí i Julià. Describes the process of modernization that involves a change of location, the unit is integrated in a General Hospital, Hospital de Santa Caterina. Also we describe the changing in their operations, actually works in a modern clinical management based on the quality and work processes. It also describes the mission, organization and characteristics of inpatient units in Children (URPI) and Dual Disorders Unit (drug abuse and psychiatric troubles), which together with the Acute Unit and Psychiatric Emergency Unit form the Clinical Management of Acute Psychiatric Hospitalization.

Key words: psychiatric hospitalization, inpatient treatment, adult psychiatric acute unit, child and adolescent psychiatric acute unit. Dual pathology unit

Mas Cardell. Años más tarde, en el 1932, el Hospital Santa Caterina y el Hospital Psiquiátrico pasan a depender de la Generalitat de Catalunya. En el 1980 el Institut d'Assistència Sanitària (IAS) inicia el despliegue de la Red de Salud Mental en las comarcas gerundenses. En el año 93, el IAS acuerda avanzar en el

diseño, planificación y organización del futuro complejo asistencial del IAS como un recurso que unificaría los actuales Hospital de Santa Caterina y Hospital Psiquiátrico, en un centro integrador de atención física y mental para atender las demandas de la Región Sanitaria de acuerdo con el Plan de Salud. No sería hasta el 95 cuando se aprobaría el documento “Projecte de Futur” (proyecto de futuro) del IAS donde se plantearía el traslado de los servicios hospitalarios de Santa Caterina al nuevo edificio a construir dentro el Hospital Psiquiátrico de Salt y en el 98, se puso la primera piedra del que sería el nuevo “Parc Hospitalari Martí i Julià”. Un año más tarde, se inician los primeros derrumbamientos de los antiguos pabellones psiquiátricos, para dar cabida al edificio de los Servicios de Rehabilitación para pacientes con trastornos mentales severos. Ya en el año 2001 se inicia la construcción del nuevo Hospital General de Santa Caterina con la unidad de agudos de psiquiatría integrada en el; éste se abriría el 18 de setiembre del 2004 trasladando todos los pacientes de la antigua unidad de agudos del psiquiátrico al nuevo hospital. Las urgencias psiquiátricas también se integraron en el nuevo edificio hospitalario y se atenderían en el mismo servicio de urgencias del Hospital Santa Caterina. Todo este proceso normaliza la atención al paciente con trastorno mental, ya que este ya no es atendido en centros psiquiátricos sino en hospitales generales como el resto de pacientes, ayudando de esta manera a disminuir la estigmatización i exclusión social de la persona con enfermedad mental.

LA UNIDAD DE AGUDOS (UA)

Misión de la Unidad de Agudos

La Unidad de Agudos es un servicio de psiquiatría integrado en un hospital gene-

ral (Hospital Santa Caterina) integrando los elementos de la cultura asistencial positivos de este tipo de dispositivos sin abandonar los aspectos positivos de los hospitales monográficos, conservando y aumentando si cabe la fluidez en la comunicación con los proveedores (los CSM) de los que, por otro lado, también es proveedora (derivación de los pacientes después del alta), para ofrecer, en base a la continuidad terapéutica, la máxima calidad asistencial posible. Desde del punto de vista funcional, la Unidad de Agudos forma parte de un dispositivo más amplio en el que están integrados:

1. Unidad de Agudos
2. Urgencias. El mismo equipo facultativo de la UA tiene que cubrir el servicio de urgencias psiquiátricas en la franja horaria de 8 a 15 horas los días laborales. La asistencia urgente se realiza en el mismo servicio de urgencias del Hospital General⁽¹⁾
3. Servicio de interconsultas del edificio de Santa Caterina.

Desde el punto de vista de la gestión, se suman también los dispositivos de la URPI (Unidad de ingreso de pacientes en edad infanto-juvenil) y la Unidad de Patología Dual.

Objetivos

1. Cumplir con la misión global del Institut d'Assistència Sanitària (IAS)
2. Evaluación y tratamiento de los pacientes con síntomas psicopatológicos y/o alteraciones conductuales sugestivos de trastorno psiquiátrico, no

tratables en otros dispositivos asistenciales de Salud Mental y que requieren abordaje intensivo breve.

3. Conseguir el máximo nivel en prestaciones asistenciales, tanto cuantitativa como cualitativamente, y hacerlo a la vez de una manera eficiente.

4. Dirigirse hacia un modelo organizativo-asistencial de tipo comunitario.

5. Dar asistencia psiquiátrica al servicio de urgencias en la franja horaria de 8 a 15 horas.

6. Efectuar las interconsultas psiquiátricas del Hospital Santa Caterina.

7. Proveer un entorno adecuado para que los pacientes de las comarcas Gerundenses, procedentes de los CSM, CAS y/o urgencias reciban la atención sanitaria que requieren.

8. Definir y satisfacer las necesidades diagnósticas y de tratamiento de la población atendida, de acuerdo con los CSM y CAS, para preservar la continuidad de la asistencia.

9. Promover el desarrollo de la carrera profesional del personal.

10. Participar en la formación y docencia de los futuros especialistas en salud mental⁽²⁾.

11. Garantizar la formación continuada del personal.

12. Participar en la difusión del conocimiento en las áreas específicas de su competencia.

13. Favorecer y promover actividades de investigación.

Área influencia.

La unidad de agudos tiene que cubrir las necesidades de asistencia psiquiátrica en régimen de ingreso hospitalario de la Región Sanitaria de Girona. También atiende a una población flotante que transita por la frontera, aeropuerto o otras zonas turísticas.

Bases estratégicas en la Gestión de la Unidad de Agudos

Las bases estratégicas de gestión se basan en las existentes sobre el conjunto de la institución. Y estas son (a) la gestión para calidad total, (b) la gestión por procesos y (c) las Unidades de gestión. Veámoslo brevemente.

A. Gestión para la calidad total. El objetivo es coordinar todos los recursos disponibles para satisfacer al paciente, familia y proveedor (CSM o otros si hace falta) con el mínimo coste. La mejora continua de la calidad en la unidad de agudos estará basada en:

a) Satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios siempre y cuando no estén enfrentados tanto con las normas derivadas de la buena práctica clínica y que no perjudiquen otros usuarios.

b) Considerar los recursos humanos como los más importantes. La formación y su participación en la toma de decisiones de todos los estamentos profesionales, es básica para la confección y aplicabilidad de los planes de mejora global de la unidad⁽³⁻⁵⁾.

c) Potenciar el trabajo en equipo. Las reuniones diarias entre los distintos estamentos deberían de reforzar el concepto de equipo. Por otro lado, la comisión de mejora continua de la calidad de la unidad de agudos, formada por representantes de todos los estamentos asistenciales, favorece el sentimiento de participación.

d) Mejorar la coordinación entre dispositivos asistenciales. La importancia de este punto ha llevado a la confección de un protocolo específico para la coordinación que con las consiguientes revisiones periódicas, da la posibilidad de una mejora continua.

c) Auditar el proceso asistencial

d). Disminuir la variabilidad asistencial a través de la confección o difusión de Guías de Práctica Clínica. Se aplicará la metodología AGREE en la confección de estas guías.

e) Cambio de cultura en la unidad que permita hacer frente a las necesidades de aplicación de la gestión de la calidad total. La participación de los diferentes estamentos profesionales en la Comisión de Mejora Continua de la Unidad de Agudos es un paso esencial para la potenciar la cultura de calidad.

B. El ingreso como proceso. Nuestra organización ha apostado para un modelo de gestión por procesos. La gestión por procesos es una herramienta que tiene como base las necesidades y expectativas de los usuarios y proveedores, y las características de la calidad de todas las actividades que se realizan durante el proceso. Un ingreso en la UA se puede

contemplar como un proceso asistencial y como tal tiene el objetivo de la mejora continua de la calidad para una mayor satisfacción de los pacientes y proveedores. En el caso del ingreso a la unidad de agudos como proceso: a) el hecho de ingresar en la unidad de agudos ya se contempla como la entrada a un proceso; b) el valor añadido serían todas las actuaciones realizadas por todos los estamentos profesionales que se practican ya sea al enfermo como a la familia durante el ingreso; c) El alta hospitalaria significaría la salida del proceso.

La unidad de agudos ha definido como *subprocesos* (a) La Admisión: este subproceso está regulado por el protocolo de ingreso y por el plan de acogida, (b) Asistencia: protocolos asistenciales para patologías más frecuentes (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión) o para patologías específicas (trastornos de la conducta alimentaria), protocolo de comorbilidad, protocolo de suicidio y protocolo de contención mecánica (c) Coordinación: regulado por el protocolo de coordinación ya sea interna (profesionales de la unidad que intervienen en un determinado caso) como externa (CSM y otros dispositivos), (d) Información al paciente y familia, (e) Preparación al alta: protocolo de alta; (f) Registro de incidencias y detección y prevención de riesgos (suicidio, fuga, violencia). También hay un protocolo específico que regula este subproceso.

C. Unidades de gestión. Una unidad de gestión es la unidad funcional en que se organiza la institución. La Unidad de Agudos forma parte de una unidad de gestión clínica que incluye los servicios de agudos, URPI y Patología Dual, Urgencias psiquiátricas e interconsulta psiquiá-

trica del Hospital Santa Caterina. Los **criterios de inclusión** a la unidad hospitalización psiquiátrica de agudos son:

1. Manifestaciones psicopatológicas y/o conductuales causadas por patología psiquiátrica (ya sea eje I o eje II) y que requieran una elevada intensidad asistencial o puedan comportar un riesgo inasumible y por la tanto solo se pueden tratar con un régimen de ingreso en una unidad para enfermos psiquiátricos agudos.
2. Pacientes con autorización judicial para ingreso psiquiátrico
3. Agudizaciones de los pacientes censados como TMS, aunque se intentaran ingresos programados y en el caso que el motivo no sea una descompensación psicopatológica sino que haya un objetivo rehabilitador, el paciente pasará a la unidad de subagudos tan pronto como sea posible.
4. Determinados trastornos de personalidad cuando sea estrictamente necesario y los beneficios superen a los perjuicios del ingreso.

Descripción de la UA

La Unidad de Agudos tiene 42 camas con 4 habitaciones individuales y 19 dobles. A su vez, se subdivide en 2 unidades funcionales:

1. Subunidad “pequeña” con 14 camas incluidas las habitaciones individuales. Dispone de comedor, sala polivalente, sala de TV y patio exterior. Trabajan en ella 2 DUI y 2 auxiliares. En esta subunidad ingresan los pacientes que preci-

san una estrategia terapéutica específica (medidas restrictivas, trastornos de la conducta alimentaria), pacientes con características psicopatológicas determinadas (desorientación, disgregación conductual) y pacientes que requieren un nivel asistencial elevado desde el punto de vista de patología orgánica.

2. Subunidad “grande” con 28 camas, Dispone de las mismas características que la otra subunidad pero con un comedor y patio de mayor tamaño. Trabajan también 2 DUI y 2 auxiliares.

Por último, reseñar dos aspectos, el quinto auxiliar funciona como refuerzo y acude en cada subunidad en función de la carga asistencial y por otro lado, existen también varios espacios comunes como son el control de enfermería, la sala de reuniones, la sala de curas, almacenes, laboratorio y despachos.

Trabajo en equipo y coordinación como referencia del trabajo

En la unidad de agudos es fundamental el trabajo en equipo ya sea entre los distintos profesionales que trabajan en ella como con los profesionales que trabajan en servicios comunitarios. Para ello, se realizan distintas reuniones de coordinación:

a) Interna

—Reunión asistencial de frecuencia diaria entre los facultativos, trabajador social y personal de enfermería de la unidad que tiene como objetivos recopilar información del paciente, comentar incidencias de la unidad y establecer planes terapéuticos.

—Comisión de mejora de la calidad asistencial de frecuencia bimensual, compuesta por representantes de todos los grupos de profesionales de la unidad con los objetivos de hacer propuestas de mejora del funcionamiento de la unidad, análisis de las incidencias y analizar las propuestas de pacientes, familias o del mismo personal.

—Reunión organizativa de frecuencia mensual, compuesta por representantes de todos los grupos de profesionales asistenciales de la unidad con la finalidad de informar de temas generales referentes a la empresa y mejorar la coordinación entre estamentos.

b) Externa

—Reunión ordinaria de frecuencia semanal con cada Centro de Salud Mental, donde asisten todos los facultativos y el trabajador social de la unidad con los representantes de cada CSM, para compartir información sobre los pacientes ingresados y establecer un plan terapéutico adecuado para asegurar la continuidad asistencial

—Reunión extraordinaria convocada cuando sea preciso ya sea por los profesionales del CSM o de la unidad de agudos, con el objetivo de establecer planes de actuación asistenciales específicos para pacientes de elevada complejidad.

Trabajo por protocolos

La atención a la población de pacientes psiquiátricos Agudos, debido a la misma patología, supone frecuentes conductas de riesgo con repercusiones tanto en el propio enfermo como a los profesionales que lo

atienden⁽⁶⁾. Este hecho determina que la unidad de agudos haya apostado de manera clara para la detección, prevención y actuaciones a tomar delante de determinadas conductas de riesgo (autoagresiones, heteroagresiones, actitudes autolíticas, fugas, etc). La unidad dispone de una sistemática de detección, prevención y actuación delante de las conductas catalogadas como de riesgo y que quedan reguladas en los protocolos correspondientes: protocolo de acogida; protocolo de detección y prevención de riesgos; protocolo de medidas restrictivas y protocolo de tóxicos dentro de la unidad.

Datos Asistenciales

Tal como hemos visto en el artículo primero, se han producido una disminución progresiva de la actividad psiquiátrica de tipo hospitalario. En lo que concierne al número de urgencias, se ha ido produciendo una disminución progresiva en los últimos cinco años, hasta las 3700 del año 2010. En lo que concierne al número de ingresos también se han ido disminuyendo, desde 1310 en 2005 hasta los 940 del año 2010. En lo que concierne del diagnóstico al alta (2010), por igual, un 34 % trastornos esquizofrénicos (295) y otras psicosis no orgánicas (298) y un 34 % son diagnosticados de trastornos del estado de ánimo episódicos (296).

LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN MENORES (URPI)

En lo que hace referencia a la población psiquiátrica infantojuvenil, estudios epidemiológicos la prevalencia de sufrir al menos un trastorno psiquiátrico es del 10-15% entre los niños y un 20% entre los adolescentes. Dicho porcentaje se incrementa entre 3 y 4 veces en el grupo con

| Agudos | Patología dual | Urpi |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Psiquiatra. Jefe de servicio al 90% | Psiquiatra. Jefe de servicio al 5% | Psiquiatra. Jefe de servicio al 5%. |
| Supervision enfermería 60% | Supervision enfermería 20% | Supervision enfermería 20% |
| 4 DUI al 100% | 1 DUI al 100% | 1 DUI al 100% |
| 5 Auxiliares al 100% | 1 Auxiliar al 100% | 1 Auxiliar al 100% |
| 5 Psiquiatras al 100% | 1 DUI al 100% | 1 DUI al 100% |
| 1 Psicologo clínico al 100% | 1 Auxiliar al 100% | 1 Auxiliar al 100% |
| 1 Trabajador social al 100% | 1 DUI al 100% | 1 DUI al 100% |
| 4 DUI al 100% | 1 Auxiliar al 100% | 1 Auxiliar al 100% |
| 5 Auxiliares al 100% | | |
| 2 DUI al 100% | | |
| 2 Auxiliares al 100% | | |

TABLA I. RATIOS PROFESIONALES.

retraso mental (5'5% de la población infantil) y entre 2 y 3 veces en el grupo con alguna discapacidad sensorial. El riesgo de sufrir un trastorno psiquiátrico también se incrementa en el grupo con enfermedades crónicas (6-10% de la población infantil). Es bien conocido que la adolescencia coincide con la aparición de trastornos psiquiátricos que cursan con psicosis, así como otras patologías graves como trastornos depresivos con intentos de suicidio, trastornos alimentarios, trastornos de ansiedad severos y conductas parasuicidas asociadas a trastornos de conducta y consumo de tóxicos.

Población Referencia

Nuestra Unidad de Referencia Psiquiátrica Infantil (URPI) da cobertura a toda la provincia de Gerona, de los cuales 32.826 son jóvenes entre 12 y 18 años de edad. Dado que somos la única unidad de referencia de la provincia a veces atendemos a jóvenes menores de 12 años. Cabe mencionar que la provincia de Girona es geográficamente extensa y puede produ-

cirse la paradoja que algunos casos exista alguna URPI más cercana físicamente al domicilio del propio paciente que su propia Unidad de Referencia.

Descripción de la URPI

Nuestra unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil es una Unidad cerrada, ubicada en la misma Unidad de Pediatría, como una extensión de la misma, del Hospital Santa Caterina de Salt. Es un entorno fresco y alegre, decorado con las creaciones artísticas de los propios pacientes en forma de dibujos, pinturas, textos, frases, etc. Es una Unidad que dispone de 5 camas, distribuidas dos en habitaciones dobles y una individual, que permite asistir situaciones de contención. Se aplican las mismas normas de seguridad que las utilizadas en la hospitalización de adultos. Atiende a los menores que, por su complejidad clínica, requieren de una supervisión continua las 24 horas del día o la separación total de la familia para establecer un diagnóstico apropiado; por la severidad del trastorno; por el riesgo de lesión

hacia sí mismo o hacia otros no se puede contener desde otros servicios menos intensivos, o bien cuando el tratamiento en otros recursos (Hospital de Día, CC.EE) sea insuficiente o haya fracasado. La URPI es considerada una Unidad de Agudos y por lo tanto es de corta estancia^(7,8).

Objetivos de la URPI

Una unidad especializada en trastornos mentales en edades infanto-juveniles pretende, a través un equipo multidisciplinar especializado, alcanzar los siguientes objetivos:

—Dar respuesta a las necesidades de los recursos asistenciales comunitarios de la red de salud mental. Es decir, atender a aquellos jóvenes que reciben tratamiento en el CSMIJ o en el Hospital de Día y que, por diversas razones, requieren una atención intensiva.

—Realizar una valoración diagnóstica compleja así como un tratamiento multimodal mediante intervenciones farmacológicas, psicológicas, familiares, psicoeducativas, ocupacionales y sociales. Ambos procesos, diagnóstico como el tratamiento, requieren de métodos de evaluación y tratamiento específicos para la edad de la población atendida, pues la presentación clínica es diferenciada a la de los pacientes adultos.

Proceso de Ingreso en la URPI

Habitualmente los ingresos en la URPI son programados y sólo en circunstancias especiales son ingresos de urgencia. Debido a que en nuestra unidad sólo disponemos de un número reducido de camas

hay un proceso de valoración ante una demanda de ingreso. Vamos a analizarlos con más detalle:

—**Ingreso programado:** Según el protocolo de atención sanitaria psiquiátrica infanto-juvenil cuando el médico de familia, pediatra o psicólogo del EAP (Equipo de Atención Psicopedagógica) detecta una posible patología en un menor, realiza la derivación al CSMIJ (Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil) para hacer una valoración diagnóstica más especializada y tratamiento, si se requiere. En caso que un referente del CSMIJ considere que el menor que atiende a nivel comunitario precisa una hospitalización total contacta con los facultativos de la URPI telefónicamente. Si hay disponibilidad de cama se procede a una coordinación telefónica, aportando datos sobre el proceso terapéutico y la situación actual, así como los objetivos del ingreso y al alta. Además de ello dicho referente realiza un informe para la unidad hospitalaria, que a la vez sirve para realizar el proceso administrativo del propio ingreso. Y por último se acuerda el día y hora del ingreso de forma coordinada con el profesional del CSMIJ. Otra fuente de derivación es el Hospital de Día Infanto-Juvenil (HD). En este caso el procedimiento del ingreso es el mismo.

—**Ingreso urgente:** Existen circunstancias especiales que requieren de un ingreso urgente: Hay casos que por su naturaleza requieren de una valoración urgente en el Servicio de UCIES: psicosis aguda, depresión con riesgo autolítico, trastornos obsesivo-compulsivo incapacitantes o trastornos de conducta

alimentaria con un riesgo físico importante. Cuando estos menores están vinculados al CSMIJ o al HD y su referente considera, tras una valoración clínica, la necesidad de un ingreso urgente, deben ser atendidos en el Servicio de Urgencias.

—**Ingreso por traslado de otra URPI o de la UCA:** Eventualmente cuando un paciente de nuestra zona asiste al servicio de urgencias y el psiquiatra de guardia, tras la valoración psicopatológica, concluye que precisa un ingreso hospitalario puede no disponer de una cama en la URPI. En estos casos se realiza el ingreso en la UCA (Unidad de Crisis del Adolescente), ubicada en el Hospital Benito Menni de Barcelona o en otra URPI (Hospital St. Joan de Déu de Barcelona o del Hospital Clínic de Barcelona). Siempre que sea posible los profesionales de la URPI se pondrán en contacto con su referente clínico comunitario y con el referente de esta Unidad para acordar el traslado a nuestra URPI con el menor tiempo posible.

Bien sea un ingreso programado o de urgencia se sigue una hoja de ruta:

—El Equipo de la URPI obtiene información detallada de cada caso proveniente de todos los profesionales que hayan trabajado con el menor (CSMIJ, Psiquiatra de Urgencias, Pediatra, Trabajador Social, Maestros, EAP, etc.). Ocasionalmente será necesaria una reunión de todos los profesionales. Es importante clarificar el estado legal de menor, quién tiene la responsabilidad parental, cuáles son los problemas que derivan al ingreso y

las expectativas del profesional que hace el ingreso.

—Al recibir a un paciente y su familia/tutor legal se realiza una entrevista con motivo de establecer la naturaleza de los problemas actuales, intentos previos de solución incluyendo tratamientos anteriores, expectativas tanto del menor como de su familia, con el objetivo de establecer si el ingreso está o no recomendado. Así mismo se realiza la anamnesis. La familia y el menor visitan la Unidad y se les permite un tiempo de intimidad para despedirse. La responsabilidad de aceptar la plaza recae en los padres, o en determinados casos, del responsable legal del menor. Se establecen además los objetivos de la admisión hospitalaria y un tiempo aproximado de hospitalización y se firma el consentimiento informado (Contrato Terapéutico). Éste regula el compromiso del equipo profesional de la URPI y remarca los derechos y obligaciones de los padres.

Criterios de Exclusión

Pacientes con cuadros clínicos de difícil contención, que se desarrollan en el contexto de situaciones de crisis y en los que es imprescindible el aislamiento o la separación del entorno familiar. Estos pacientes deberán ser ingresados en la UCA. De manera más específica (a) Historia previa de violencia extrema con lesiones a otras personas, con riesgo significativo de heteroagresividad o autoagresividad, (b) Cuadros clínicos con trastornos conductuales graves de difícil contención, (c) Dependencia a drogas como heroína, cocaína, etc y (d) Retraso mental severo.

Tratamiento

En la Unidad se realizan diferentes reuniones clínicas que permiten estudiar la idoneidad de las demandas de ingreso, la coordinación con el referente del caso, la coordinación y seguimiento del caso con el propio equipo de la URPI, la elaboración de un programa individualizado de cada caso y la preparación al alta^(9,10). Para todo ello el equipo establece unos objetivos prioritarios del tratamiento, define y planifica qué intervenciones específicas serán necesarias para conseguirlos. Estas intervenciones incluyen: Seguimiento psicopatológico, abordaje psicofarmacológico, pautas de intervención específicas para cada caso según protocolos u otras indicaciones, psicoterapias específicas individuales o grupales, según las necesidades del caso, intervenciones terapéuticas en padres o tutores legales y actividades grupales (aprendizajes instrumentales, actividades lúdicas,..).

Paralelamente a la intervención directa al usuario y a su familia o tutor legal, durante el ingreso se realiza un trabajo no asistencial tanto con el equipo de la URPI como con los dispositivos implicados en el caso: reuniones de equipo, reuniones de coordinación con otros servicios intrahospitalarios, reuniones de coordinación con otros dispositivos de la red de salud mental infanto-juvenil (CSMIJs, HD Adolescentes, UCA, etc.), reuniones de coordinación con otros dispositivos de la red de salud mental de adultos (si fuera necesario), reuniones de coordinación con dispositivos educativos (EAP, maestros, etc.), reuniones de coordinación con Servicios Sociales de zona y finalmente reuniones de coordinación con otros dispositivos de atención al menor (Fiscalía de menores, DGAIA, etc.).

Por último, cuando se prevé el alta hospitalaria se realiza una coordinación con los profesionales responsables del seguimiento posterior, con el objetivo de planificar la fecha de alta y la visita post-alta. Llegado el momento del alta se facilita al paciente y a la familia un informe detallado del proceso terapéutico hospitalario (informe estandarizado), del tratamiento psicofarmacológico, si lo hay, y la fecha del seguimiento post-hospitalario acordado con su referente clínico. Dentro del protocolo de intervención se dispone de pautas ante la solicitud de altas voluntarias, que sólo pueden ser a petición de los padres o tutores legales del menor; conflictividad familiar; fracaso del tratamiento ambulatorio y del HD o nula motivación del paciente.

LA UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL

El término Patología Dual se ha utilizado para definir la coexistencia de un abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias junto con un trastorno mental. Este concepto refleja una necesidad latente de la Psiquiatría, la de describir una patología prevalente, con unas características clínicas, diagnósticas y terapéuticas muy específicas, que constituye un importante problema sanitario. Así, en el estudio ECA⁽¹¹⁾ realizado sobre una muestra de 20.291 individuos, los datos de comorbilidad reflejaban valores de hasta un 80 % en trastornos de personalidad, un 32% en trastornos afectivos o casi un 50% en esquizofrenia. Es cierto que en las últimas décadas había habido un cierto abandono de los problemas de adicción por parte de la, podríamos llamarla, Psiquiatría “clásica”, dejando a aquellas personas aquejadas de un problema con los tóxicos de

lado, con lo que se habían formado equipos de atención especializada fuera de las redes de psiquiatría habituales (muchos CAS), atendidos básicamente por psicólogos clínicos y médicos generalistas. También la hospitalización de los pacientes con un problema de tóxicos estaba a manos de las unidades de medicina interna. La Unidad de patología dual nace desde el Servicio de Agudos de nuestra red asistencial para subsanar en parte esta situación.

OBJETIVOS

La Unidad de Patología Dual (UPD) es una unidad de gestión clínica de psiquiatría integrado en el servicio de agudos de la Red de salud Mental y adicciones gestionada por el IAS, que intenta dar apoyo a ésta por lo que se refiere a la atención de los pacientes toxicómanos con problemas comórbidos de tipo psiquiátrico. Es pues, en este sentido, una unidad de hospitalización que dirige sus esfuerzos a integrar y ayudar a los diferentes CAS de la red, así como también a los CSM por lo que se refiere a pacientes psiquiátricos que tienen un problema de abuso de sustancias y con los que hay problemas en el momento de llevar a cabo un planteamiento terapéutico adecuado. Cabe decir que hasta el momento, en el Hospital de Santa Caterina también se contaba con una Unidad Hospitalaria de Desintoxicación, de 4 camas, gestionada en este caso por la Unidad de Medicina Interna, y que desde este año 2011, y siguiendo con el espíritu integrador de las toxicomanías en la red de salud mental, también forma parte del servicio de agudos.

—Entre otros, los principales objetivos para los que se diseñó la UPD son:

—Desarrollar un equipo multidisciplinar especializado en Patología Dual que posibilite una valoración diagnóstica compleja así como intentar un tratamiento multimodal con intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas, familiares, etc.

—Facilitar una mayor comprensión y conocimiento de los trastornos mentales en pacientes consumidores de tóxicos o el problema de abuso de sustancias en pacientes con problemas mentales por parte de los profesionales en contacto con ellos.

—Asesorar a los profesionales de la Red asistencial de salud mental y adicciones sobre problemas diagnósticos o dificultades en el tratamiento de dichos pacientes.

—Contribuir, conjuntamente con los otros dispositivos implicados, a que se desarrollen recursos para atender a esta población normalmente poco atendida.

—Evaluar y tratar pacientes con problemas por abuso de sustancias con síntomas psicopatológicos y/o alteraciones conductuales sugestivos de trastornos psiquiátricos no tratables en otros dispositivos asistenciales de la red y que requieren un abordaje intensivo breve.

—Alcanzar un nivel máximo cuantitativa y cualitativamente y hacerlo compatible con un uso eficiente de los recursos.

—Proveer un marco adecuado para que los pacientes con diagnóstico dual de las comarcas gerundenses procedentes de la XSMIA reciban la atención sanitaria que requieren.

Descripción de la Unidad

La unidad consta de 6 camas: 2 habitaciones individuales y 2 dobles. También consta de una zona de día con un espacio comedor o sala polivalente (donde se realizan las reuniones de grupo), una sala de TV y un patio exterior, estando este aislado del exterior para evitar al máximo la posible entrada de sustancias de abuso. Por otra parte, la unidad también consta de un despacho polivalente (para las visitas médicas, entrevistas, etc, y de un control de enfermería). El equipo asistencial está formado, de forma interdisciplinar, por un psiquiatra (y coordinador de la unidad), un psicólogo y un trabajador social que se comparte con la unidad de agudos de apoyo y un equipo de enfermería, formado por un enfermero/a y un/a auxiliar de enfermería por turno, que cubren la necesidad asistencial 24 horas al día durante los siete días de la semana. Por último, destacar que la asistencia médica fuera del turno de mañana corre a cargo del servicio de psiquiatría de guardia y urgencias médicas del “Parc Hospitalari Martí i Julià”.

Características de la UPD

Los ingresos en esta unidad son todos de tipo programado desde la XSMIA o bien desde la unidad de agudos, aunque también puede recibir pacientes desde las unidades de rehabilitación/subagudos o del Hospital de día. No se realizan ingresos desde Urgencias (o en todo caso serán previo paso por la unidad de agudos). Desde los servicios de la red se emite un informe de derivación, que es valorado por el equipo asistencial de la unidad y comentado con el facultativo referente (por vía telefónico o en reunión de coordinación), pasando a formar parte, si la derivación cumple los criterios de admisión,

a una lista de espera para ingreso. El paciente es llamado por el equipo una semana antes de dicho ingreso, e informado del funcionamiento de la unidad así como de los objetivos previstos.

Debido a este tipo de funcionamiento, es precisa una coordinación constante y frecuente con todos los dispositivos de la red (CSM y CAS), que normalmente se reduce a aquellos que tienen algún paciente en aquellos momentos ingresado, para facilitar y agilizar la actividad asistencial.

Los criterios esenciales que ayudan a definir el ingreso en la UPD son básicamente los de aquellos pacientes que requieren una evaluación diagnóstica y tratamiento de trastornos psiquiátricos de aparición en pacientes con trastorno por abuso de sustancias (trastorno psicóticos o afectivos) o, desde la perspectiva contraria, evaluación diagnóstica y tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias en aquellos pacientes con patología psiquiátrica grave que requieren una elevada intensidad asistencial o que pueden comportar un riesgo elevado a nivel ambulatorio y por lo tanto precisan ser tratados en régimen de ingreso hospitalario.

Se excluyen a los menores de 18 años, así como aquellos pacientes que sólo reciben diagnóstico de trastorno por uso de sustancias, sin otra patología psiquiátrica comórbida. Por otra parte, aunque en principio eran motivo de exclusión, a través de las diferentes coordinaciones también se ha llegado a un consenso por lo que se refiere al ingreso de aquellos pacientes que, con un diagnóstico de trastorno de personalidad, presentan problemas de consumo de sustancias y alteraciones de la conducta que hacen difícil su atención a nivel ambulatorio.

Actividad Asistencial

En la Unidad de Patología dual se atienden una media de 90 pacientes al año, en su mayoría derivados desde la XSM (sobre todo desde los CAS), en ingresos de entre dos y tres semanas de duración. Esta media de estancia permite de entrada realizar una desintoxicación del paciente con garantías y por otra parte (después de la primera semana y media), completar el estudio diagnóstico y tratamiento del trastorno psiquiátrico comórbido, asegurando su estabilidad psicopatológica. Durante el proceso se realiza una asistencia integral por lo que se refiere a la “dualidad” de problema: es decir, se trabaja tanto la consciencia del problema con el tóxico y la necesidad de abstinencia, como la consciencia del problema mental adyacente (o subyacente) y la necesidad de tratamiento y seguimiento posterior.

En este sentido se realizan visitas diarias (lunes a viernes) para asegurar el

proceso terapéutico (tratamiento médico farmacológico de desintoxicación del tóxico y de estabilización de la patología psiquiátrica, y tratamiento de apoyo psicoterapéutico), junto con grupos psicoeducativos centrados en la patología dual, y de apoyo a la consciencia de enfermedad, realizados por el equipo de enfermería. El procedimiento al alta suele estar previamente decidido por el equipo derivador, y está supeditado a una continuación del tratamiento deshabitador del tóxico, tanto a nivel ambulatorio como en régimen de comunidad terapéutica.

En conclusión, la Unidad de Patología Dual tiene hasta ahora una experiencia corta pero intensa de cuatro años. Valorar positivamente la oportunidad que ha supuesto para la integración de la red de toxicomanías en la red de salud Mental, hasta ahora claramente separadas, y la futura integración de la UDH en esta misma unidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chinchilla, A. (2003). **Manual de urgencias psiquiátricas**. Masson. Madrid
2. MSC (Ministerio de Sanidad y Consumo) (1996). **Guía de Formación de Especialistas: Psicología Clínica**. Madrid.
3. Bobes García, J. (1994). **Salud Mental: enfermería psiquiátrica**. Ed. Síntesis. Madrid.
4. A.E.N (1997). **La Psicología Clínica en los Servicios Públicos**. Cuadernos técnicos. Madrid.
5. CODTS. **Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña. Funciones del trabajador social en el campo de la salud mental**.
6. Hospital Mutua de Terrassa. (1995). **Protocolos de terapéutica psiquiátrica**. *Informaciones Psiquiátricas*. 1º trimestre 2004, nº 175.
7. Green, J. y Jacobs, B. (1998). **Impatient Child Psychiatry**. Routledge.
8. House of Commons Health Committee (1997). **Child and Adolescent Mental Health Services**. London.
9. Rutter, M., Taylor, E., Hersov, L.: **Child and Adolescent Psychiatry**. Blackwell. Madrid.

10. Green, W. (1995). **Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology**. Ed. Willians & Wilkins.
11. Regier et al. **Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study JAMA, 1990**. No. 264. 2511-2518,

Correspondencia:

Jordi Font

Enfermero. Supervisor Enfermería. UGC Agudos

Red de salud mental de Girona (España)

Rehabilitación psicosocial hospitalaria: cambios ante las nuevas demandas

Psychosocial rehabilitation in hospital: changes to the new demands

Cristina Gisbert

Psiquiatra. Jefe de Servicio Rehabilitación

Isabel Mitjà

Psiquiatra. Servicio Rehabilitación.

Pilar Oliveras

Enfermera. Supervisora Enfermería. Servicio Rehabilitación

Eduard Fernández

Psiquiatra, Servicio Rehabilitación

RESUMEN

En 1885 la Diputación Provincial de Girona crea el Hospital Psiquiátrico de Salt. En 1931 cambia de nombre y se denomina Sanatori Martí i Julià y en 1939 "Manicomio de Salt", hasta que en 1961 es llamado Hospital Psiquiátrico de Salt. En 1974 se crea una red extrahospitalaria. En 1997 se diferencian 3 líneas hospitalarias: Psicogeriatría, Retraso Mental y Larga Estancia, transformado en Servicio de Rehabilitación en 1998. La misión del Servicio de Rehabilitación Psicosocial es mejorar la autonomía de la población con Trastorno Mental Severo (TMS). La Unidad de gestión Clínica, atiende a personas TMS desde la vertiente hospitalaria. Se realizan coordinaciones regulares con la Unidad de Agudos, los CSM y otros recursos comunitarios. El equipo asistencial es interdisciplinario. El trabajo asistencial se estructura a partir de la figura del referente y subequipo referente. En ambas unidades hay actividades, talleres y grupos, diseñados para facilitar una recuperación funcional de los pacientes. La Innovación es necesaria ante la detección de determinados Factores del Paciente y del Tratamiento que auguran peor pronóstico y reingresos. Surge el proyecto de Piso Escuela como un recurso puente entre la hospitalización y la comunidad, con el objetivo de mejorar la autonomía. Las Propuestas de futuro son (a) consolidar la Unidad de Gestión Clínica de rehabilitación y continuar mejorando a través de la voz del usuario, (b) Consolidar el proyecto de Piso-Escuela y evaluar resultados, (c) Introducir el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) (d) Consideramos primordial, el trabajo con las familias e incorporar cada vez más al "usuario-experto".

Palabras Claves: Rehabilitación Psicosocial; Trastorno Mental Severo;

ABSTRACT

In 1885 the Girona Provincial Council created the Psychiatric Hospital of Salt. In 1931, re-named and called Sanatori Martí i Julia and in 1939 "Salt Asylum", until in 1961 is called Salt Psychiatric Hospital. In 1974, outpatient setting up a network. In 1997, different hospital 3 lines: Psychogeriatrics, Mental Retardation and long stays become Rehabilitation Service in 1998. The mission of Psychosocial Rehabilitation Services is to improve the autonomy of people with severe mental illness (SMI). Clinical Management Unit, TMS serves people from the hospital side. Coordinations are performed regularly with the treble unit, the CSM and other community resources. The care team is interdisciplinary. Care work is structured around the figure of respect and regard subteam. In both units there are activities, workshops and groups designed to facilitate functional recovery of patients. Innovation is necessary to detect certain patient factors and treatment, which portend a worse prognosis and "re-admitted inpatient", we have the need to innovate. Floor-School Project as a resource bridge between hospital and community, with the aim of increasing autonomy. Proposals for the future are (a) consolidate the Clinical Management Unit and continue to improve rehabilitation through the user's voice, (b) the project is consolidate the Floor-School and evaluate results, (c) Insert the Assertive Community Treatment (TAC) (d) primary considerations, working with families and incorporate more and more "user-expert."

Key words: Psychosocial Rehabilitation; Severe Mental Disorder;

INTRODUCCIÓN Y REVISIÓN HISTÓRICA.

Los Hospitales Psiquiátricos Monográficos, derivan de los antiguos manicomios donde se producía una exclusión social y una estigmatización del enfermo mental¹. Estos se han ido transformando de manera progresiva y heterogénea con la aplicación de la filosofía de la rehabilitación psicosocial^{2,3}. Este proceso de transformación implicó un proceso de normalización y una recuperación de la dignidad de la persona⁴. No obstante aquí la pregunta clave a contestar es qué puede aportar la hospitalización al proceso de rehabilitación, cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible⁵.

En España, en 1846 aparece una legislación que obliga a las administraciones provinciales a procurar asistencia a los enfermos mentales de su circunscripción⁶. La diputación provincial de Gerona crea en 1885 el Hospital psiquiátrico de Salt, convirtiéndolo en la primera institución pública de Cataluña⁷.

La instalación del manicomio se realiza en una masía (Mas Cardell) propiedad de la diputación de Girona situado en Salt a 3 km. de Girona. En 1931, cambia de nombre y se denomina Sanatori Martí i Julià. En 1939, tras terminar la guerra civil es denominado "Manicomio de Salt", hasta que en 1961 se decide llamarle Hospital psiquiátrico de Salt⁷. En 1974 se inicia una reforma para mejorar la asistencia de los 860 pacientes ingresados. Se

inicia una política de externación de pacientes que se complementa con la creación de una red extrahospitalaria: 4 ambulatorios comarcales (Figueres, Girona, Olot y Palamós). Se crea un plan de formación del personal, se fomenta el trabajo en equipo de los profesionales y se protegen los derechos de los enfermos⁷.

Estudio de Reubicación de los Trastornos Mentales Graves del Hospital Psiquiátrico de Salt (Cid J y Gisbert C, 2001)⁸. En nuestro medio, el Hospital Psiquiátrico de Salt empieza el proceso de reorganización del antiguo manicomio en 1997, creando tres líneas diferenciadas: Psicogeriatría, Retraso Mental y Trastorno Mental Severo-Larga Estancia. Esta última moderniza su nombre en el 1998 y pasa a llamarse Servicio de Rehabilitación. El nuevo servicio, tenía, y tiene, como objetivo prioritario mejorar la calidad de vida de los trastornos mentales crónicos que están institucionalizados. Para ello debía implementar progresivamente la filosofía de la rehabilitación psicosocial en el marco del hospital psiquiátrico, para así de modo progresivo llegar a funcionar como un Servicio de Rehabilitación moderno que pudiera recibir aquellos usuarios de la comunidad que necesitaran programas de rehabilitación más intensivos⁹.

Todo este proceso se dinamizó con la construcción de un nuevo edificio de dos plantas, por lo que fue necesario plantearse como organizar la reubicación de los usuarios para así planificar el funcionamiento del nuevo servicio. Un objetivo clave era crear grupos de usuarios que en función de su deterioro psicosocial pudieran compartir programas de rehabilitación. Para nuestro propósito no sólo teníamos la experiencia de la transformación

de los hospitales psiquiátricos mencionados anteriormente sino que contábamos con la posibilidad de aplicar los conocimientos de la rehabilitación psicosocial^{10,11}.

La aparición de métodos estandarizados e instrumentos de medida que miden la discapacidad y minusvalías asociadas a la enfermedad mental nos facilitaban nuestro propósito de estudio que es la búsqueda de grupos de individuos homogéneos en sus capacidades funcionales y/o discapacidades que sean objeto de programas comunes de rehabilitación y así poder crear grupos de Gestión Clínica en la nueva ubicación. Utilizamos las escalas HoNOS y REHAB, que se aplicaron a todos los pacientes⁹.

SERVICIO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

Filosofía y Misión.

—Proporcionar asistencia de rehabilitación a la población con Trastorno Mental Severo, mediante el desarrollo de programas e intervenciones psicosociales con el objetivo de mejorar su autonomía.

—Es un recurso orientado para trabajar con pacientes generalmente refractarios a diversos tratamientos en numerosos dispositivos. Estos pacientes presentan una clínica severa y persistente que impide la adaptación a un entorno social normal, diferenciando dos grupos de usuarios:

- Usuarios de larga estancia que llevan años viviendo en el hospital, con el objetivo de mejorar la autonomía, manteniendo su actual residencia si no es posible la externación. (40 usuarios)

- Usuarios de corta y media estancia, con el objetivo de volver a la comunidad. **Unidad de subagudos** (50 camas)

Características de Unidad de Gestión Clínica.

Desde el punto de vista de la Gestión, la Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación forma parte del proceso de atención al Trastorno Mental Severo (TMS), desde la vertiente hospitalaria, ubicándose sus unidades en el Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt. Desde el punto de vista funcional, el Servicio forma parte de un dispositivo en coordinación con la Unidad de Agudos y los Centros de Salud Mental de las diferentes comarcas o sectores que conforman la Red de Salud Mental de la provincia de Girona (Véase Capítulo 1). Por lo tanto, tal como se desprende, la base de la Gestión Clínica es el coliderazgo, el trabajo en equipo y la coordinación para facilitar el proceso de atención integral y la continuidad asistencial en el TMS.

Tal como hemos visto en el apartado anterior, la **Unidad de Larga Estancia** no se realizan ingresos nuevos y el objetivo es mejorar la autonomía de los usuarios residentes, actualmente 40 con una media de estancia de 20 años. En cambio, en la **Unidad de Subagudos**, el Servicio de Rehabilitación atiende la hospitalización de subagudos de 750.000 habitantes, que corresponde a la población de la provincia de Girona. En esta unidad de subagudos, y debido a que no se disponen de las camas suficientes en la Unidad de Agudos para cubrir las necesidades asistenciales de la población, se realizan ingresos agudos de pacientes con perfil de Trastorno Mental Severo, realizando un trabajo rehabilitador desde el inicio del ingreso. *Los criterios que nos ayudan a definir el ingreso en la*

Unidad de Subagudos, son: (a) que no sean primeros episodios de psicosis, (b) que no sean pacientes psicogeríátricos, (c) que no sean pacientes con patología orgánica compleja y (d) que no presenten riesgo autolítico y de heteroagresividad dentro de una descompensación. En esta unidad ingresan los usuarios con medidas penales alternativas.

Uno de los pilares básicos para facilitar la continuidad asistencial es la coordinación con las diferentes unidades y servicios que intervienen en el proceso de rehabilitación. Una de las coordinaciones que se realiza a diario es con la Unidad de agudos. Un psiquiatra de la unidad de Subagudos acude diariamente a las reuniones de salida de guardia, para valorar que pacientes que han ingresado en la Unidad de Psiquiatría de Agudos presentan el perfil para ingresar en Subagudos. Paralelamente, también se realizan cada semana coordinaciones con los diferentes sectores de la provincia de Girona. Esto permite trabajar en equipo con los profesionales referentes de los CSM de Adultos que ingresan en la Unidad de Subagudos, y consensuar la intervención.

Por último, se realizan también reuniones de coordinación con los diferentes recursos comunitarios implicados en el proceso de rehabilitación. En estos momentos se programan reuniones con los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Centros de Día de la Red de Salud Mental, con la Fundación Drissa y otras fundaciones que se ocupan del trabajo ocupacional, inserción laboral, y trabajo protegido, así como con la Fundación Tutelar que se encarga de los procesos tutelares de tipo judicial. En este caso la frecuencia es anual o semestral, en función de las necesidades y demandas.

Estructura de los equipos asistenciales

El equipo asistencial es interdisciplinario; formado por psiquiatras, psicólogo clínico, trabajador/a social, diplomados enfermería, terapeutas ocupacionales y auxiliares de enfermería. Las ratios del equipo humano de la UGC de Rehabilitación se pueden observar en la Tabla I, Estas ratios muestran la distribución del equipo multiprofesional en función de los turnos hospitalarios: mañana, tarde, noche y fines de semana. Por último, reseñar que los horarios laborales se rigen de acuerdo a la continuidad asistencial que ofrece un servicio hospitalario; la asistencia médica fuera del turno de mañana de lunes a viernes corre a cargo del servicio de psiquiatría guardia y urgencias médicas del “Parc Hospitalari Martí i Julià”.

Organización de la Actividad Asistencial

La base del trabajo asistencial rehabilitador se estructura a partir de la figura del **referente**. Desde la perspectiva del paciente, cada paciente tiene un psiquiatra, un diplomado y un auxiliar de enfermería asignado que conforman el subequipo referente responsable de su atención y de plan terapéutico.

Desde la perspectiva de la organización del servicio, y atendiendo al número de profesionales, tenemos diferentes subequipos de referentes. En cada uno de ellos hay un psiquiatra, un diplomado y dos auxiliares de enfermería referentes según turno laboral. El psicólogo clínico, trabajadora social y/o el terapeuta ocupacional realizan las intervenciones rehabilitadoras propias de su disciplina a demanda de los

| TMS A: LARGA ESTANCIA | TMS B: SUBAGUDOS |
|--|---|
| Turno de mañana | |
| Psiquiatra. Jefe de Servicio. (50%) Supervisión Enfermería. (50%) 1 Psiquiatra 50% Psicólogo clínico (50%) 5 auxiliares + 1 auxiliar 75% 2 DUI al 100% 2 Terapeuta Ocupacional T Social (50%) | Psiquiatra. Jefe de Servicio.(50%). Supervisión Enfermería. (50%) 4 Psiquiatras 5 Auxiliares al 100% 4 DUI al 100% 1 Psicólogo clínico 50% 1 T. social 50% Terapeuta Ocupacional 10% |
| Turno de tarde | |
| 4 auxiliares 1 DUI 1 Terapeuta Ocupacional | 5 auxiliares 2 DUI |
| Turno de noche | |
| 2 auxiliares DUI 75% | 3 auxiliares 1 DUI |
| Fines de semana y festivos | |
| 4 auxiliares +1 DUI. | 4 auxiliares +1 DUI |

TABLA I: RATIO PROFESIONALES DISTRIBUIDO POR TURNOS DE TRABAJO DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL PARC HOSPITALARI MARTÍ I JULIÀ DE SALT

subequipos referentes en la unidad de subagudos y/o participando en la planificación y valoración del proceso terapéutico en los pacientes de la Unidad de Larga Estancia.

Los referentes del caso, conjuntamente con el subequipo referente, evalúan las distintas áreas de la rehabilitación: manejo de la enfermedad (síntomas, adherencia al tratamiento, consciencia de enfermedad e impacto de la enfermedad), cognición, familia y los aspectos sociales, vocacionales y laborales. Plantean en coordinación con los profesionales referentes de los sectores, diseñar conjuntamente el plan de rehabilitación: problemas, objetivos y actividades.

De manera más específica, en los pacientes de subagudos que ingresan por más de tres meses y en los usuarios de la unidad de larga estancia se realiza un Plan Individualizado de Rehabilitación.

Este trabajo basado en la referencia facilita establecer una relación de confianza, garantizando un cuidado integral y adecuado independientemente del estado psicopatológico del paciente, permitiendo al equipo asistencial organizar la asistencia de forma clara y estructurada, estableciendo uniformidad de criterios y aportando coherencia en los mensajes que se transmiten al paciente y a sus familiares.

Otro de los aspectos que potencian el trabajo de equipo en la rehabilitación hospitalaria, es mediante las reuniones de coordinación internas; reuniones asistenciales de los subequipos referentes mínimo dos veces por semana, reuniones organizativas semanales, reuniones de todo el equipo asistencial con una frecuencia bimensual y una cuatrimestral sólo con los profesionales del turno de noche y el personal de gestión. Todos estos espacios tienen como finalidad poder garantizar una atención integral y una continuidad de los proyectos de rehabilitación y de capacitación de los usuarios ingresados por parte del equipo multiprofesional.

Estructura de la Actividad Asistencial

El Servicio de Rehabilitación, en cada una de las dos unidades asistenciales, subagudos y larga estancia, ha diseñado una serie de actividades, talleres y grupos que faciliten la recuperación funcional y autonomía de los pacientes. Esta rejilla de actividades permite estructurar el día a día y el funcionamiento de los usuarios en las distintas unidades. Cada usuario en función de su plan de intervención va a asistir a una serie de actividades diarias que facilitaran su proceso de rehabilitación. Veamos a continuación la rejilla de ambas unidades.

A. En la Unidad de larga estancia.

Las actividades, talleres y grupos que se realizan para los usuarios de larga estancia tienen un doble objetivo general garantizar un bienestar a nivel de salud y conseguir una activación funcional. La rejilla de actividades, talleres y grupos, las realizan los distintos profesionales de rehabilita-

ción, y cada actividad tiene un profesional responsable. Los profesionales de enfermería realizan el taller de relajación, preparación para automedicación, y educación para la salud. Diariamente el grupo de “buenos días” dónde se trabajan, *según capacidades de los usuarios*, para los usuarios más dependientes se realizan actividades que favorezcan la orientación en tiempo y espacio, y una estimulación de los hábitos cotidianos tales como la higiene, los hábitos alimentarios. En cambio en pacientes más autónomos se deciden propuestas respecto a temas que a ellos les puedan interesar.

Por otro lado, **Terapia ocupacional** realiza distintos talleres terapéuticos y de aprendizaje que favorecen la adquisición o recuperación de hábitos que ayudan a conseguir un mayor grado de autonomía en consonancia con las capacidades de cada uno, (manualidades, salidas a la comunidad biblioteca, piscina, equinoterapia, salidas culturales a museos y exposiciones, expresión artística, expresión corporal, ocio...).

Terapia ocupacional, conjuntamente con otros profesionales realiza actividades grupales, *con psicología*, grupos de conversación, de habilidades sociales, y *con enfermería* se organizan las salidas y talleres de aspectos de la vida cotidiana en un entorno comunitario como es el proyecto piso escuela.

B. En la Unidad de Subagudos.

El objetivo del ingreso de los pacientes con trastorno mental severo es desde el primer momento potenciar la autonomía, la participación del usuario en su proceso de tratamiento, ya sea con intervenciones psicoterapéuticas grupales o

individuales y el proceso de aceptación de su enfermedad. Como hemos comentado anteriormente, a los usuarios que realizan un ingreso más prolongado, más de 3 meses, se les realiza un programa individual de rehabilitación. Todo el trabajo de rehabilitación se realiza en función de los objetivos específicos de cada una de las áreas vitales afectadas, de manera conjunta con los otros usuarios ingresados, y la participación de todo el equipo asistencial. En la Tabla II, observamos la rejilla de actividades y grupos de la Unidad de Subagudos. Estas actividades como se puede observar unas están encaminadas a *incrementar la consciencia de enfermedad y su manejo* (grupo psicoeducativo y grupo psicoterapéutico). Destacamos, el grupo psicoterapéutico que se realiza 2 veces por semana (martes y jueves), donde se trabaja el aspecto de contención emocional de los pacientes ingresados, siendo un lugar de expresión libre de emociones y sentimientos. Se realiza en coterapia (psicóloga y psiquiatra). También, en el grupo de psicoeducación, se cuenta con la colaboración de un usuario-experto, que cuando finaliza el grupo psicoeducativo de esquizofrenia viene a compartir su experiencia de aceptación y convivencia de enfermedad con los usuarios, formando dicha colaboración parte de su actividad laboral en un centro especial de trabajo. Otras están encaminadas a *facilitar la adaptación a la unidad y a las distintas fases del ingreso* (Buenos Días, Asamblea y Grupo de Altas). Otras enfocadas a las *Actividades de la Vida Diaria* (Autonomía, Taller de cocina y Piso Escuela, del que hablaremos con más detalle) y otras a la *Activación Física y Estimulación Cognitiva* (Grupo Lectura, Arte-terapia y Psicomotricidad). La atención a las familias, se

realiza no sólo en formato individual si no grupal, cuando es posible se realizan *sesiones de psicoeducación e información*. Para estas sesiones se cuenta con la colaboración estrecha con la asociación de familias, participando en charlas e invitando a miembros de la asociación a finalizar ediciones del grupo de familias.

El trabajo no sólo se realiza dentro de la Unidad de Subagudos, sino que se trabaja en red con los dispositivos comunitarios. Por lo tanto, en aquellos usuarios que dentro de sus planes de trabajo está vincularse al centro de rehabilitación psicosocial o centro de día de su territorio inician esta vinculación durante su estancia en el hospital. Así mismo, aquellos que tengan necesidades de tipo vocacional, pueden acceder a un curso prelaboral que después les facilita entrar en un centro especial de trabajo.

Todas estas actividades internas y externas, tienen como objetivo final que el ingreso se convierta en un proceso de aceptación de la enfermedad, que pueda devolver la autoestima y el control de la propia vida al usuario. Estas actividades han ido cambiando a lo largo de los años, y cada vez más se han ido planificando actividades con un mayor contenido rehabilitador y se ha intentado potenciar las intervenciones psicoterapéuticas individuales y grupales, aumentando la participación del personal de enfermería en las intervenciones grupales y en actividades, potenciando la autonomía y la responsabilización de los usuarios. Todo este trabajo se plasma en un indicador claro, la disminución de la Aplicación del Protocolo de Contención Mecánica.

| | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
|---------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| 8.00 h | Cartelera | Cartelera | Cartelera | Cartelera | Cartelera |
| 8.30 h | Coordinación sectores | Coordinación sectores | Coordinación sectores | | |
| 9.15 h | Buenos días C | Buenos días A | Buenos días B | Buenos días D | Asamblea |
| 10-15.00 h | | Piso Escuela | | Piso Escuela | |
| 10.00-11.00h | | Taller Autonomía | | | |
| 11.00h | Grupo lectura | Grupo lectura | Grupo lectura | Grupo lectura | Grupo lectura |
| 12 h-13.00 h | Psicoeducativo Consc Enferm. | Grupo Psicoterapéutico | Psicoeducativo Consc Enferm. | Grupo Psicoterapéutico | Psicoeducativo Consc Enferm. |
| 15.15-h | Arte-terapia | Psicomotricidad | Arte-terapia | Psicomotricidad | |
| 15:45-16:30h | Grupo altas | Grupo altas | Grupo altas | | |
| 18:45- 20.00h | Taller de cocina | Taller de cocina | | | |

TABLA I. RATIO PROFESIONALES DISTRIBUIDO POR TURNOS DE TRABAJO DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL PARC HOSPITALARI MARTÍ I JULIÀ DE SALT.

Desde la perspectiva de la calidad del usuario, se realizan encuestas de satisfacción a todos los usuarios que quieren realizarla, en el momento del alta, donde opina sobre su ingreso, los grupos realizados y si el ingreso le ha aportado alguna mejora o mayor conocimiento sobre su enfermedad.

La Innovación en el Servicio de Rehabilitación

La Rehabilitación Psicosocial Hospitalaria necesita ir adaptándose a las nuevas necesidades de los usuarios, a las demandas de las familias y de la sociedad cambiante. En este apartado vamos a describir, a modo de ejemplo, como nos hemos planteado mejorar la asistencia en la unidad de Subagudos desde el análisis de los resultados y los perfiles de usuarios que reingresan de

manera habitual, la denominada “puerta giratoria”, Y presentaremos la experiencia del Proyecto de Piso Escuela, que surgió ante la necesidad de mejorar el proceso de alta y re-adaptación a la comunidad de los pacientes que están ingresados en el servicio de rehabilitación.

Unidad Subagudos: Innovar a partir de los Resultados y perfiles de usuarios “que reingresan”.

Desde la creación del Servicio de Rehabilitación, el número de ingresos ha pasado de 314 en el 2006 a los 289 en 2010. Así mismo las altas han ido disminuyendo desde 309 en 2006, hasta las 272 altas en el año 2010. Para ilustrar la actividad de la Unidad de Subagudos podemos ver en la Tabla III, los indicadores de dicha unidad en los últimos dos años. Destacamos una

| | 2005 | 2007 | 2010 |
|----------------------------|---------|---------|---------|
| Población | 654.500 | 706.100 | 748.660 |
| Nº Urgencias | 4.220 | 4.100 | 3.730 |
| Nº Ingresos Agudos | 1.310 | 1.130 | 940 |
| Nº Ingresos Subagudos | 340 | 297 | 267 |
| Nº Consultas CSM Adultos | 53.460 | 65.900 | 78.750 |
| Nº Consultas CSM Infantil | 11.100 | 21.400 | 25.600 |
| Nº Plazas de Pisos | 16 | 24 | 44 |
| Nº Plazas Hogar Residencia | 20 | 29 | 29 |
| Nº Plantilla Comunitaria | 108 | 136 | 160 |

Tabla III. INDICADORES DE INGRESO DE LA UNIDAD DE SUBAGUDOS.

estabilidad en 270 altas al año, con índice de ocupación en los dos últimos años del 73 %. La Estancia media en el año 2008 fue de media 48,9 días y en el 2009 de media 43,16 días de ingreso. Son relativamente más bajas que los 90 días que tenemos como periodo máximo de duración de ingreso en los pacientes de Subagudos. Destacar que el perfil de usuario a nivel de diagnóstico, preferentemente es el de Trastorno Esquizofrénico. La otra mitad son otros diagnósticos relacionados con el Trastorno Mental Severo, preferentemente Trastornos depresivos graves y T. De Personalidad (Límite y de Cluster A).

Más allá de que el diagnóstico nos indique una gravedad, tenemos dos indicadores que nos muestran la complejidad del paciente ingresado en Subagudos. El primero es el número de ingresos involuntarios, una media del 57 % de ingresos en 2010 y el número de reingresos, un 10 % de pacientes que reingresan de manera habitual. De cara a poder disminuir ambos indicadores y poder definir las necesidades específicas de su atención, se ha analizado que características presentan estos pacientes.

A. El paciente reingresador: Las características que nos encontramos en los pacientes que realizan múltiples ingresos son (a) **la comorbilidad psiquiátrica**, presencia de trastornos de personalidad, trastornos por uso de sustancias y trastornos de conducta asociados en muchos casos al consumo de sustancias y los rasgos desadaptativos. (b) **problemas sociales graves y exclusión social:** problemas en la vivienda, inmigrantes con problemas de regulación de la estancia, bajos ingresos económicos, (c) **desgaste familiar:** en muchos casos las familias y cuidadores principales, presentan un elevado desgaste y dificultades en el soporte al usuario. Pongamos dos casos a modo de ejemplo, el caso de padres de pacientes que por hacerse mayores tienen problemas para continuar dando soporte a pacientes con una elevada carga funcional y problemas de autonomía. Y el segundo, cambios en la situación laboral (pérdida de trabajo), de estado civil (casamiento) y cambio de residencia de un hermano o de algunos de los familiares de soporte, desencadenan en muchos casos descompensaciones y reingresos. Y por último, una de las consecuencias de la combinación

de estos factores de riesgo, serían problemas en el grado de intervención por parte de los profesionales de los CSM y CRP.

Los dos perfiles habituales de usuarios reingresadores que nos encontramos son, Un primer **perfil A** sería el de un usuario relativamente joven, 25-35 años de edad, con comorbilidad diagnóstica: T. esquizofrénico, T. de personalidad (o rasgos de personalidad desadaptativos), y consumidor de diversas drogas. Este usuario presenta habitualmente también una conflictiva familiar y social. El usuario de perfil A es un reingresador habitual en la unidad de Agudos, es también un usuario con una baja vinculación al centro de salud mental, gran consumidor de recursos, frecuentemente con asuntos judiciales penales activos, y con bastante rechazo por parte de profesionales y sociedad en general. Un segundo **perfil B** sería el de un usuario de unos 45-55 años con un diagnóstico único de trastorno esquizofrénico que vive con unos padres de avanzada edad que claudican como cuidadores. El usuario de perfil B presenta habitualmente una larga historia de enfermedad pero pocos ingresos en los últimos años. Tiene una aceptable vinculación a recursos de salud mental y su entorno familiar es muy protector hasta la aparición de la crisis. Habitualmente, la situación de pre-claudicación familiar no ha sido detectada y eso determina un largo ingreso en que son necesarios trámites sociales diversos y con urgencia que retrasan una alta hospitalaria.

Si combinamos estos factores, y lo factores de riesgo que incrementan el riesgo de recaída en pacientes con esquizofrenia descritos en la revisión Chrocrane (4), **Factores del Paciente:** Sexo masculino, Menos

de 40 años de edad, Comienzo temprano de la enfermedad, Psicopatología severa durante seguimiento y Pobre insight; y los **Factores del Tratamiento:** Frecuentes interrupciones del Tratamiento, Pobre planificación del seguimiento desde la Unidad de Hospitalización, Pobre seguimiento, Pobre interacción entre paciente, familiares y cuidadores; podemos definir de manera muy clara las necesidades asistenciales a los que hacer frente en la complejidad de estos pacientes.

INNOVACIÓN EN REHABILITACIÓN: EL PROYECTO DE PISO-ESCUELA

El proyecto de Piso-Escuela se elaboró entre los años 2009 y 2010, dando lugar a la primera edición en verano de 2010. Se trata de un recurso de día del Servicio de Rehabilitación, que nos permite establecer un puente entre la Hospitalización y el retorno a la Comunidad. Es un piso que se encuentra dentro del municipio de Salt, fuera del recinto hospitalario, habilitado y equipado para el desarrollo actividades básicas de la vida cotidiana, que intenta reproducir un modelo de vivienda, como destino en la comunidad tras el ingreso.

Los *Objetivos Generales del Piso-Escuela* son capacitar y fomentar la autonomía en la organización y cuidado del hogar de destino tras el alta (ya sea domicilio propio, piso protegido, piso compartido, etc.) así como la inserción en la comunidad. *Los Objetivos específicos son:* (a) identificar recursos del entorno y su utilización, (b) potenciar el equilibrio entre autocuidado, productividad y ocio; (c) Adquirir y/o mantener habilidades domésticas para mejorar la autonomía en el hogar,

(d) Conocer y fomentar un estilo de vida saludable; (e) Identificar y saber actuar ante situaciones de riesgo (ya sea del hogar como de salud), (f) Potenciar un rol más activo y autónomo en la comunidad, (g) Fomentar el interés para sociabilizarse y identificarse en la comunidad más allá de la enfermedad.

Dichos objetivos se tratan en distintos módulos, que se distribuyen en un total de 6 sesiones (2 por semana, durante 3 semanas, aproximadamente de unas 5 horas cada una). En las sesiones, se fomenta un ambiente distendido y participativo, donde las dinámicas grupales se producen en un espacio bien distinto al de la Hospitalización. Esto permite abordar aspectos psicoeducativos, de habilidades domésticas y de relaciones interpersonales, en un ambiente normalizado.

Se han elaborado dos programas, en función del perfil de Usuarios. Para los *Usuarios de la Unidad de Larga Estancia*, que están involucrados en un proceso de externación y que necesitan un proceso de re-capacitación funcional, es un programa más progresivo, más intensivo, y más largo en el tiempo. Para los Usuarios de Subagudos, con un recurso conocido al alta, ingresos hospitalarios más breves (máximo 6 meses, con cierta flexibilidad) y mayor autonomía conservada. El equipo responsable del programa son 2 Terapeutas Ocupacionales, 2 Diplomados en enfermería y 3 auxiliares de enfermería. En cada sesión de Piso-Escuela, asisten dos profesionales (1 T.O + 1 Aux o 1 DIU + 1 Aux) y un máximo de 4 usuarios. La derivación de un Usuario al Piso-Escuela, se propone desde los profesionales referentes del caso a la comisión de Piso-Escuela.

PROPUESTAS DE FUTURO.

Consolidación de la Unidad de Gestión Clínica (UGC).

Desde el año 1998 que se inauguró el Servicio de Rehabilitación Psicosocial hasta la actualidad, han surgido muchos cambios hasta llegar a la consolidación de la UGC de Rehabilitación Psicosocial. Como ya se ha descrito, la unidad funcional en que se organiza el servicio está formada por dos subunidades: Unidad de Larga estancia y la Unidad de Subagudos, sin que haya un doble dirección ni separación de estamentos (*Pla Funcional 2011*) (12). El objetivo final de la Unidad de Gestión clínica, es el de establecer un modelo de gestión integrado, basado en la gestión de procesos, capaz de garantizar la continuidad, cuidados y coordinación entre distintos servicios y entidades implicados en el proceso de Rehabilitación de las personas con Trastorno Mental Severo, con una orientación comunitaria. ^(*). Otro aspecto clave de la UGC, es continuar mejorando a través de la voz del usuario, a través de las Encuestas de Satisfacción del usuario que realizamos de manera anónima post-alta y de manera más oficial por el Servicio de Atención al Usuario del IAS.

Consolidación del Piso Escuela

En los próximos años pretendemos poder aumentar el número de usuario que puedan beneficiarse del Piso-escuela. La experiencia de este año, tanto por parte de los profesionales como de los propios usuarios (que han expresado en las encuestas realizadas tras el paso por el Piso-Escuela) han sido muy positivas.

Para el futuro, se plantea poder analizar si existe alguna relación entre el paso por el piso-escuela y la disminución de ingresos y/o el aumento de tiempo entre cada ingreso.

Soporte Comunitario al TMS. Introducción Modelo Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)

Aparte de la recuperación de aspectos más clínicos de un TMS, uno de los principales objetivos con el que trabajamos en la Unidad de Rehabilitación, es el de dotar de mayor autonomía a las personas con TMS, para poder adaptarse, en su medio social y familiar. En ese sentido y basándonos en la experiencia en otros países (el estado de Wisconsin en EEUU, donde Leonard Stein y Mary Ann Test, fueron los pioneros)⁽²⁾ o en otras CCAA de nuestro País, como sería el Modelo de Avilés en Asturias,⁽³⁾ pensamos que la introducción de la TAC facilitaría la consecución de dicho objetivo. En la TAC, el lugar de atención es la comunidad, y se basa en intervenciones individualizadas, donde se establece una relación asertiva, que intenta fomentar la autonomía y también implicar a la familia⁽⁴⁾. Dichas intervenciones permiten ofrecer un soporte intensivo a aquellas personas con TMS más Graves y grandes dificultades.

Por último reseñar que actualmente todavía no disponemos de la implantación del modelo TAC, y teniendo en cuenta el contexto de crisis económica en el que nos encontramos, detectamos y pronosticamos, una mayor dificultad, para el regreso en la Comunidad tras una hospitalización, en condiciones socio-economicas adecua-

das. Muchas de las personas con TM más Graves, disponen de recursos económicos muy limitados y especialmente en estos tiempos, en muchos casos se encuentran con situaciones muy precarias, tanto ellos como sus familias. En este sentido, un objetivo primordial de la UGC Rehabilitación es continuar trabajando, colaborando e implicando a las familias, dado que en la mayoría de los ocasiones es el principal soporte en la comunidad. Más allá de la implicación en el proceso de asistencia clínica, y de la participación de la Asociación de Familiares de las Comarcas de Girona en el grupo de familias; es imprescindible continuar colaborando con la Asociación de Familiares, como hasta este momento han ido haciendo los distintos profesionales del Servicio de Rehabilitación con su participación en actividades como charlas, conferencias, etc. organizadas por ellos.

Otro pilar importante va a ser incorporar de manera progresiva el usuario-experto, más allá del grupo psicoeducativo, que permita con su intervención aportar un potente mensaje de esperanza a la vez que de responsabilidad ante la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Goffman E. Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.** Buenos Aires: Amorrortu; 1970 .
- (2) **Desviat M. La reforma Psiquiátrica.** Madrid: D.O.R.S.L. 1994.
- (3) **Desviat M. La reforma del hospital psiquiátrico: Del hospital al área de salud.** *Psiquiatría pública.* 1992; 4 (2), 3-16
- (4) **Gisbert C. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones.** AEN [Internet]. 2002;118. Disponible a: <http://www.ome-aen.org/grupos/cuadernotecnico6rehabi.pdf>
- (5) **Rodríguez González A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos.** Madrid: Pirámide; 1997.
- (6) **Mascarò, J. Asistencia Hospitalaria en Gerona.** *Boletín del colegio de Médicos.* 1996;22.
- (7) **González de Chavez M. Análisis de la transformación del Hospital Psiquiátrico de Salt.** En: *La Transformación de la Asistencia Psiquiátrica.* Mayoría; 1980. p. 806.
- (8) **Cid J, Gisbert, C. Estudio de Reubicación de los Trastornos Mentales Graves del Hospital Psiquiátrico de Salt.** Salt: Institut d'Assistència Sanitària; 2001.
- (9) **Gisbert, C., Cid J. Evaluación en Unidades de Rehabilitación Hospitalaria:Un balance entre síntomas, funcionalismo, necesidades, expectativas y soporte comunitario** [Internet]. En: Fernández JA, Touriño R, Benítez N, Abelleira C, editores. *Evaluación en Rehabilitación psicosocial.* [Valladolid]: FEARP; 2010 [citad 2011 Jul 14]. p. 213. Disponible a: http://www.fearp.org/Libro_Evaluacion.pdf
- (10) **Rebollo Moller S. Rehabilitación psiquiátrica: curso de postgrado Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos** (Santiago de Compostela, noviembre de 1994-junio de 1995). [Santiago de Compostela]: Servicio de Publicacións e Intercambio Científico Universidade de Santiago de Compostela; 1997.
- (11) **Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo.** Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003.
- (12) **Plan Funcional de la Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación.** 2011
- (13)(*1) **Gisbert C ,Coordinadora. Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral de trastorno Mental Severo.** AEN 2003
- (14) (*2) **Weisbrod BA, Test MA, Stein MI. Alternative to mental hospital treatment.** *Arch Gen Psychiatr* 1980; 37: 400-405.
- (15) (*3 y 4) **Uriarte J.J, Compilador. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, Rehabilitación Psicosocial,** vol. 7, número 2. 2007

Correspondencia:
Cristina Gisbert
Psiquiatra. Jefe de Servicio Rehabilitación
cristina.gisbert@ias.scs.es

Una integración comunitaria adecuada: habilidades, trabajo, familia, recursos residenciales y tutela

Appropriate community integration: skills, work, family, housing resources and protection

Eduard Palomer Roca

Psicólogo Clínico. Coordinador del Centro de Rehabilitación Psicosocial del Gironès-Pla de l'Estany.

Susanna Masnou Barrera

Psicóloga de la Llar Residencia "La Massana".

Rosa Garcia Villalba

Directora de la Llar Residencia "La Massana" y de los Dispositivos Residenciales para el TMS.

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es dar a conocer el modelo de trabajo de la red de recursos de salud mental comunitaria de la provincia de Girona y los principios en los que se basa. Se describe qué se entiende por integración comunitaria como eje de la atención así como también la orientación de la red asistencial hacia la recuperación. Se repasa brevemente el PIRR (Plan Individual de Rehabilitación y Reinserción) y la coordinación entre servicios como herramientas básicas para garantizar la continuidad asistencial. El artículo continúa con una descripción de los servicios que forman la red de recursos de salud mental comunitaria así como también la interacción que hay entre ellos y su historia. Finalmente, se repasan las ventajas, desventajas y las líneas de trabajo futuras de la red, como es, principalmente, la mayor implicación del usuario en todo lo que tiene que ver con la atención que recibe.

Palabras clave: *rehabilitación, integración social, trastorno mental grave, familia, servicios residenciales*

ABSTRACT

The aim of the article is to impart the community mental health resource net of the geographical area of Girona and the principles in which its based. It is described what is known for social integration as an axis of the attention and the focus of the recovery approach. It is revised briefly the PIRR (Individual Guide for rehabilitation and integration) and the coordination system within the services as a basic tools to guarantee the continuity of the attention. The article follows with a description of the services that set up the mental health community net and their interaction and history. Finally, the article describes the advantages, disadvantages and future work directions of the net, for example, the greater user involvement in all the decisions that affect them.

Keywords: *rehabilitation, social integration, severe mental disorders, family, residential services.*

EL PAPEL DE LA REHABILITACIÓN EN LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA DE LAS PERSONAS AFECTADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE

Integración social es una idea compleja, que significa diferentes cosas para gente diferente. En términos generales, y partiendo de una concepción de la integración social como un objetivo a perseguir en la mejora de inclusión social de las personas, podemos definirla como “la persecución de la igualdad de oportunidades y derechos a través de la mejora de las oportunidades en la vida. La integración social, entendida de esta forma, se hace sinónima de mayor justicia, equidad, bienestar material y libertad”⁽¹⁾. Integración social puede definirse también como el proceso a través del cual las personas desarrollan y ejercitan sus capacidades para conectarse interpersonalmente y para ejercer sus roles como ciudadano (2). Los trastornos mentales graves afectan a la persona provocando un grave deterioro en su funcionamiento social y laboral y dificultando el ejercicio de roles significativos para las personas. Las consecuencias psicosociales de los trastornos mentales graves actúan como verdaderas barreras para la integración social. Entre éstas, las más importantes son: el limitado acceso a la educación y a los servicios de salud, la precariedad en la vivienda o el limitado acceso a los recursos residenciales adecuados, la dificultad para acceder a un trabajo y la precariedad económica, así como también el estigma asociado a la enfermedad y su internalización en forma de vivencia de inferioridad, baja autoestima y falta de recursos personales de afrontamiento en ausencia de ayuda^(3, 4).

La Rehabilitación Psicosocial parte de la idea que las personas afectadas de enfermedad mental grave nunca han dejado de formar parte de la comunidad sino que lo que ha cambiado es la forma o el grado de participación que tienen en ella. La Rehabilitación, pues, tiene entre sus objetivos facilitar la participación activa de la persona en su entorno y la creación de un marco en el que obtener y mantener soportes sociales para poner en práctica las competencias personales. Entendida así, la rehabilitación trabaja facilitando la integración social de las dos formas: individualmente (ayudando a la persona a desarrollar las capacidades necesarias para la participación en la comunidad) y socialmente (creando oportunidades de participación social)⁽⁵⁾.

Desde esta perspectiva, la integración social se entiende en términos de agencia personal o acciones intencionales y auto-dirigidas por el propio sujeto. El desarrollo de esta agencia personal depende de la sinergia de dos elementos esenciales: la capacidad personal y la creación de oportunidades sociales⁽⁶⁾. Estas capacidades personales pueden ser inherentes a la persona pero también pueden desarrollarse a través de las acciones adecuadas y, por lo tanto, su desarrollo puede integrarse en las rutinas de los diferentes dispositivos que intervienen durante el proceso de rehabilitación. Las principales capacidades que deben desarrollarse para una integración social efectiva son las siguientes: sentido de responsabilidad de los propios actos, consideración y respeto de los otros, empatía, capacidad para formar juicios y opiniones, para articular una opinión y defenderla, y capacidad de representación simbólica. Estas habilidades básicas conllevarán ganancias en integración

social sólo en la medida en que se generen oportunidades reales para la acción en el mundo social real⁽²⁾. Durante los últimos 50 años se ha pasado de un modelo de atención institucional a un modelo descentralizado que incluye un gran número de dispositivos y proveedores diferentes. Así pues, los dispositivos de atención a las personas con enfermedad mental grave han tenido que descentralizar aquellos servicios que antes de la desinstitucionalización daba el hospital psiquiátrico. La relocalización de los servicios permite a los individuos a participar plenamente de la vida social y económica de la comunidad e impedir, así, una reproducción fuera del hospital de lo que en palabras de Goffman fue la institución total⁽⁴⁾. Para dar soporte de forma eficaz al proceso de integración comunitaria, los dispositivos implicados en la rehabilitación (no solo los específicamente designados como tales) deben desarrollar programas y acciones que sean lo más parecidos a los contextos reales de inclusión en los que se pretende se integren los usuarios. Sólo si se tiene en cuenta esta idea se dará soporte a la generalización de las acciones y, en consecuencia, a la integración en la comunidad de las personas afectadas de trastornos mentales graves.

EL NUEVO PARADIGMA DE LA RECUPERACIÓN.

En los últimos 50 años hemos pasado de centrarnos en la mejoría de los cuidados personales y control conductual, a un manejo adecuado de los síntomas positivos y negativos. En las últimas dos décadas se ha dado un nuevo paso y se ha consolidado un nuevo hito terapéutico: la introducción del modelo de recuperación⁽⁷⁾. Desde este modelo, la recuperación es vista como un proceso personal de creci-

miento y desarrollo, que incluye la superación de los efectos del estigma internalizado, recuperar el control sobre la propia vida, establecer unos objetivos propios que conduzcan a una vida con significado personal, lograr una nueva identidad que no se base en la enfermedad y (re)descubrir un sentido positivo de sí mismo que permita el desempeño de roles significativos⁽⁸⁾. Desde este paradigma, recuperarse no significa no tener síntomas sino llevar una vida con sentido a pesar de éstos y a pesar de las recaídas. Recuperarse es, por lo tanto, un proceso no lineal en el que caben los retrocesos y los saltos hacia delante.

Poner en práctica este nuevo modelo genera todo un reto para los profesionales. La tendencia general en las profesiones que implican una relación de ayuda es aquella caracterizada por una fuerte asimetría, en la que a un extremo tenemos al experto y, en el otro, al receptor de la ayuda. Este modelo debe cambiar hacia una relación más igualitaria en la que se tengan en cuenta los intereses y conocimientos que, como usuarios expertos, han ido adquiriendo a lo largo del tiempo.

Asumir el modelo de recuperación implica, para la red de dispositivos que le dan soporte, una re-definición de la implicación y participación que los usuarios tienen en ella. No se trata de un conjunto de profesionales que “acoge” a los usuarios. Se trata de dos grupos (profesionales y usuarios) que trabajan en una relación de colaboración lo más igualitaria posible.

El modelo de recuperación marca cambios importantes en la forma en que se organizan los servicios de soporte. Ahora el usuario pasa a ser el centro del proceso de asistencia y participa de las decisiones

que le afectan asumiendo también la responsabilidad de éstas. De esta forma aumenta la complejidad del sistema pero se abandonan las antiguas formas de trabajar que relegaban al paciente a ser el mero receptáculo pasivo de todas las intervenciones. Intervenciones éstas últimas que les desresponsabilizaban y enfrentaban con los servicios. Esta participación en la toma de decisiones sobre aquello que les afecta es el que se ha venido llamando *empowerment*.

TRABAJO EN EQUIPO Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Para evitar la exclusión y marginación de las personas con trastorno mental grave es necesario disponer de una red de servicios de ámbito local que de soporte a la cobertura de las diferentes necesidades que pueden presentarse. A pesar de que los dispositivos que intervienen en el proceso de rehabilitación son de diferentes ámbitos y diferente cultura (social, médico, ocio, laboral...), tienen una visión holística de la persona y no fragmentada. Para conseguir esta visión integrada de la persona es necesario disponer de una red bien coordinada y planificada y convertirse, así, en un sistema de soporte comunitario integral que pivota en el usuario⁽⁹⁾.

Es impensable en la actualidad, pues, desarrollar un adecuado trabajo de integración social sin contar con la coordinación, implicación y colaboración de la red de social comunitaria y especializada, y en especial de aquellas plataformas, estructuras y recursos expresamente creados para el desarrollo armónico de la red de apoyo necesaria. De esta forma las necesidades que antes cubría el hospital pasan a desarrollarse en diferentes recursos, cada uno

con el foco en necesidades diferentes: (a) Soporte a la inserción laboral, (b) Rehabilitación psicosocial, (c) Apoyo económico, (d) Atención residencial, (e) Tratamiento y atención a las crisis, (f) Seguimiento y monitorización ambulatorios, (g), Protección legal y defensa de sus derechos (h) Atención y soporte a los familiares, (i) Atención a las drogodependencias.

En el caso de la persona afectada de trastorno mental grave, es probable que todos estos dispositivos especializados actúen durante un largo período en la vida de la persona. Algunos de forma continua y otros puntual o intermitentemente. Durante el proceso de recuperación un objetivo de esta red será el de garantizar una continuidad en la asistencia y soporte a pesar de las complejas e inevitables conexiones entre ellos.

Podemos definir la **continuidad asistencial** como el proceso a través del cual el usuario recibe todos los apoyos que necesita para su integración social, laboral y comunitaria a pesar de que el sistema de servicios esté fragmentado y a pesar de que, en el logro de alcanzar una mayor calidad de vida, intervengan dispositivos de diferentes agencias. Implica una atención ininterrumpida durante el tránsito de los usuarios a través de diferentes dispositivos y garantiza la comunicación entre dispositivos que atienden paralelamente a la persona. Implica no sólo la idea objetiva de “no interrupción” (por ejemplo, número de contactos entre profesionales después de una alta) sino también la impresión subjetiva de los usuarios de ésta (por ejemplo, percepción subjetiva de continuidad entre servicios o sensación de tener que explicar la misma historia a todos los profesionales)⁽¹⁰⁾. Continuidad se refiere pues a

una variedad muy importante de aspectos del funcionamiento de los servicios: si los servicios mantienen el contacto con los usuarios, si los usuarios se ven de forma consistente con el mismo equipo terapéutico, si la transferencia entre servicios se hace de forma exitosa, el grado en el que los planes de trabajo son seguidos a través y durante la atención en diferentes dispositivos, y si hay exhaustividad en la satisfacción de las necesidades del usuario⁽¹¹⁾. La continuidad asistencial empieza antes de que el usuario sea derivado de un servicio a otro y se determine el seguimiento de la persona. Es, pues, un elemento clave durante el proceso de recuperación de las personas afectadas de trastornos mentales graves desde el inicio de su atención. En un estudio llevado a cabo por los servicios de salud mental canadienses en el que se estudiaba la relación entre diferentes variables resultado (hospitalizaciones, calidad de vida, funcionamiento social...) y la continuidad asistencial percibida y objetiva, se llegó a las siguientes conclusiones⁽¹²⁾:

A. Una continuidad asistencial y de cuidados mejor está asociada con mayores costes en los servicios comunitarios y costes hospitalarios bajos.

B. Una mejor continuidad de cuidados está asociada con una mejor calidad de vida, mejor funcionamiento en la comunidad y mayor satisfacción con los servicios

C. Las intervenciones en los equipos asistenciales que mejoran la continuidad de cuidados de los usuarios en la comunidad están asociadas a menor nivel de sintomatología, mayor funcionamiento comunitario y mejores informes de salud subjetiva.

La inevitable multi-asistencia de los usuarios con mayores necesidades en diferentes dispositivos hace indispensable el uso de diferentes estrategias para asegurar una coherencia y continuidad en los cuidados. Esta coherencia no es posible conseguirla si no se trabaja en equipo entre dispositivos (tendientes cada vez más a la especialización) y también dentro de un mismo dispositivo en el que conviven diferentes perfiles profesionales. Esto significa llevar a cabo un trabajo colectivo coordinado en el que los profesionales intercambian sus experiencias, respetan sus roles y funciones, para lograr un objetivo común: la mejora de la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave. El enfoque de las cinco Cs del trabajo en equipo marca las competencias que debe tener un equipo o que deben existir entre equipos para poder trabajar al unísono por unos objetivos comunes (13).

—**Complementariedad:** Cada profesional (y, por extensión, cada dispositivo o servicio) domina un conocimiento específico y se encarga de una parcela determinada del proyecto de rehabilitación o del plan de cuidados del usuario. Todos estos conocimientos son vividos como necesarios para que el proyecto prospere y atender, así, a la persona en su globalidad.

—**Coordinación:** Es necesaria la figura de un coordinador del caso que tenga un vínculo estable con el paciente y que pueda detectar las necesidades para poder gestionar la intervención de los distintos profesionales y dispositivos en el momento en que sea adecuado o hacer accesibles los servicios. El coordinador debería estar presente durante la mayor parte del proceso de

rehabilitación y durante las diferentes transiciones entre dispositivos de la red asistencial. El uso de planes de trabajo consensuados que marquen las líneas a seguir durante el proceso de atención y de la adecuada planificación de las transiciones facilita la coordinación de acciones y aumenta la satisfacción de los usuarios así como también su bienestar psicológico y físico⁽¹⁴⁾.

—**Comunicación:** Debe existir una comunicación abierta entre los profesionales de la red para actuar de forma coordinada y coherente. Las historias clínicas unificadas facilitan esta tarea a los dispositivos sanitarios. El uso de vías de comunicación no presencial como es el correo electrónico o las llamadas telefónicas facilitan el trabajo cuando hay mucha presión asistencial y las reuniones son difíciles de realizar.

—**Confianza:** Cada profesional de la red asume que los demás aportan lo mejor de sí mismo para el caso en cuestión y cree en su buen hacer. El llevar a cabo un proceso de recuperación con éxito y responder a las necesidades de la persona está por encima de lucimiento personal.

—**Compromiso:** Cada profesional se compromete a aportar lo mejor de sí mismo para poder sacar adelante el trabajo.

EL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN (PIRR) COMO EJE VERTEBRADOR DE LAS ACCIONES.

Durante el proceso de integración comunitaria cada persona dispone de un plan de

de trabajo propio desde el que se vertebran las diferentes acciones a emprender. En cada dispositivo se elabora un programa individual de integración en el que se establecen las acciones necesarias para conseguirlos, el ritmo previsto, así como también los soportes necesarios. Estos documentos “vivos” (las personas cambian, cambian también sus preferencias, sus metas y sus recursos para afrontarlas) son elaborados conjuntamente con el usuario y, si se da el caso, sus familiares o personas allegadas, promoviendo la máxima implicación del usuario en la toma de decisiones sobre aquello que le afecta. Cada servicio elabora un plan de acción propio que es denominado de diferente manera a pesar de cumplir con la misma misión (PIRR (Plan Individual de Rehabilitación y re-inserción) en los centros de rehabilitación, PAI (Programa Individual de Actividad) en los recursos residenciales, o PIIL (Programa Individual de integración laboral) en los recursos de integración laboral). Estos documentos no sólo son útiles como hoja de ruta para usuarios y profesionales del servicio en cuestión sino que también sirven para asegurar la continuidad asistencial entre servicios y poder actuar coherentemente en la misma dirección a pesar de que cada servicio haga hincapié en unas u otras áreas de la persona.

LA COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS. MARCO HISTÓRICO Y CONTEXTO ACTUAL EN LA RED ASISTENCIAL DE GIRONA

La coordinación entre servicios empezó a ser imprescindible en el marco de la reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización, una vez ya instaurada la idea de “sectorización”, proveniente del modelo de salud mental francés donde el mismo

equipo rotaba por los diferentes equipamientos. En Girona hablamos de sectorización para hacer referencia a la procedencia de los usuarios y servicios que los atienden de la Red de Salud Mental teniendo en cuenta su “sector” de origen. Inicialmente se empezaron a “sectorizar” las unidades hospitalarias de urgencias del antiguo hospital psiquiátrico para seguir posteriormente en la atención a nivel ambulatorio y comunitaria en los Centros de Salud Mental. Los usuarios ya no quedaban hospitalizados de forma indefinida sino que se pretendía que siguieran su tratamiento ambulatoriamente en su comunidad de origen. Fue así como empezaron a coordinarse el ámbito hospitalario y el comunitario, a los que más adelante se sumaron el resto de dispositivos comunitarios que veremos posteriormente.

La provincia de Girona tienen un único proveedor de servicios de salud mental, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio: El Institut d’Assistència Sanitària (IAS): “Xarxa de Salut Mental i Adiccions”. Esta singularidad es relevante a la hora de asegurar la continuidad asistencial, ya que marca la forma de trabajar entre los componentes de la Red de Salud Mental. Los servicios hospitalarios están centralizados en la capital y los ambulatorios sectorizados a través de la división comarcal del territorio, pero todos ellos dependen del mismo proveedor de servicios. En cambio, el resto de dispositivos dependen de proveedores diferentes en función de su tipología (laborales, tutelares, ocio, salud general...).

Aún así se establece un sistema de coordinación inter-servicios (tanto los que pertenecen al principal proveedor como los que no) que promueve la continuidad asis-

tencial de la persona, priorizando la coordinación entre aquellos servicios que actualmente la atienden. Este sistema mantiene como eje central la figura del psiquiatra referente del caso, no siendo presente en todas las coordinaciones, pero sí como “*case management*” (“gestor de caso”). Se mantiene a nivel ambulatorio (psiquiatra del Centro de Salud Mental) independientemente de si la persona sigue un tratamiento de rehabilitación ambulatorio o bien permanece hospitalizado. En el caso de las personas hospitalizadas o que viven en recursos residenciales es también el equipo del Centro de Salud Mental que complementa al psiquiatra referente en los sistemas de coordinación: trabajo social e enfermería.

Este sistema de coordinación podemos diferenciarlo según: (a) Los objetivos que persigue; (b) La metodología usada, (c) Su frecuencia; (d) El sector de origen del usuario y (e) El servicio principal donde está siendo atendido el usuario. Los principales objetivos que pueden perseguir las coordinaciones son los siguientes:

- a) Promover la continuidad asistencial
- b) Articular procesos de transición de la persona de un dispositivo a otro
- c) Recoger y tener en cuenta el punto de vista de la persona en su proceso personal de rehabilitación así como sus decisiones
- d) Hacer partícipes a los diferentes dispositivos de un único plan de rehabilitación integral de la persona
- e) Disponer de toda la información relevante en referencia a la persona y su proceso de rehabilitación

- f) Transmitir y acordar acciones e intervenciones de rehabilitación
- g) Potenciar la toma de decisiones comunes entre equipos
- h) Dar a conocer a la persona que su proceso es único y compartido por todos los servicios que utiliza.

La Metodología de la coordinación se mantiene en el formato tradicional de coordinación cara a cara entre los profesionales de los servicios y telefónicamente pero ha cambiado para adaptarse a los nuevos medios de comunicación, ganando agilidad y facilidad en el contacto. La Red de Salud Mental de Girona, dispone, con la llegada de las nuevas tecnologías informáticas (TIC), de una red de programas informáticos que pretenden facilitar al profesional de la salud mental su acceso a la totalidad de la información digitalizada de cada usuario. Algunos de ellos se encuentran aún en la fase de implantación por lo que actualmente no todos los servicios disponen de ellos.

Disponer de la historia clínica digitalizada y compartida permite que todos los miembros de los equipos de la hospitalización (psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y auxiliares psiquiátricos) y comunitarios (Centros de Salud Mental, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Atención a Drogodependencias y Atención Precoz a la Psicosis) poder conocer de manera cronológica como se desarrolla el plan individual de rehabilitación de la persona y actuar de forma coherente entre profesionales y de acuerdo al plan establecido.

En cuanto a la frecuencia con la que se establecen las coordinaciones, cabe decir

que está estrechamente relacionada con los dispositivos implicados en el momento y el grado en el que intervienen en cada caso. En los dispositivos hospitalarios las coordinaciones suelen ser más frecuentes, llegándose a realizar una vez a la semana, igualmente con los dispositivos residenciales al encontrarse la única Llar de Girona en el interior del parque hospitalario y los mismos equipos de los CSM se desplazan a los dos dispositivos el mismo día. Entre el resto de dispositivos rehabilitadores de ámbito comunitario, la frecuencia es más espaciada, pudiendo ser desde mensual a trimestral.

Asimismo se establecen coordinaciones entre los servicios hospitalarios y comunitarios con el departamento de Justicia a través de los servicios de Medidas Penales Alternativas en los casos en los que atienden a usuarios que cumplen una de estas medidas con la finalidad de garantizar la continuidad de su plan individual de rehabilitación.

Las coordinaciones entre los CSM y el resto de dispositivos se realizan teniendo en cuenta el Sector de origen del usuario. Actualmente la provincia de Girona se divide en siete sectores: Alt Empordà, Baix Empordà, Garrotxa, Gironès-Pla de l'Estany, Ripollès, Selva Interior y Selva Marítima. Los equipos de los CSM suelen desplazarse al resto de dispositivos de hospitalización y comunitarios (pudiéndose también dar la situación inversa), para realizar el seguimiento de los usuarios de su sector que en ese momento están siendo atendidos en ese servicio. Suele ser el jefe de servicio de cada sector el que conjuntamente con un representante de trabajo social e enfermería se desplaza a las coordinaciones o bien uno de estos miembros las realiza y traslada la información al mismo y al resto de equipo del CSM.

En función del Servicio en el que está siendo atendido el usuario el sistema de coordinación también es variable así como los profesionales que las realizan. Así pues podemos hablar de:

- A. Coordinaciones entre unidades de hospitalización y Centros de Salud Mental (CSM).
- B. Coordinaciones entre CSMs y dispositivos de rehabilitación (CRPS o Residencias).
- C. Coordinaciones entre CSMs y áreas básicas de salud (ABS).
- D. Coordinaciones con dispositivos comunitarios: Clubs Sociales, Asociaciones de Familiares y enfermos, recursos de inserción laboral, fundaciones tutelares, etc.

El sistema actual de coordinaciones dentro de la misma Red promueve que la continuidad asistencial se produzca con garantías ya que el usuario “no se pierde” por el sistema, sino que siempre hay un servicio que lo atiende o realiza su seguimiento a nivel comunitario, aun cuando el usuario por su cuenta abandona el mismo. Esto ha facilitado que muchos usuarios de “puerta giratoria” reduzcan su número de ingresos y su gravedad.

LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA A TRAVÉS DEL TRABAJO EN RED EN GIRONA

Si adoptamos la definición de N.I.M.H., 1980 Girona dispone de una “Red organizada y coordinada a nivel local, de servicios y personas para asistir a personas con enfermedades mentales cróni-

cas, a cubrir sus necesidades y desarrollar sus potencialidades sin ser innecesariamente aislados o excluidos de la comunidad”. En esta red disponemos de los centros de rehabilitación psicosocial, los pisos con soporte y la llar residencia, titularidad del IAS y plenamente integrados en la red. Así mismo existen diferentes entidades que trabajan de manera coordinada y estrecha con la red de salud mental. Hablamos de la Fundación Tutelar de las Comarcas Gironinas, la Fundación Drissa y la Asociación de Familiares de personas con TM, habiendo nacido en su origen por la implicación histórica de diferentes profesionales y gestores de la propia red del IAS. Otras entidades privadas también colaboran y ofrecen diferentes intervenciones a personas con TMS en Girona y sus comarcas.

LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

Actualmente existe un CRPS en todos los sectores citados anteriormente de la red de salud mental de manera que los siete centros actuales puedan situarse próximos al domicilio de la personas que atienden. Los CRPS trabajan de manera estrechamente coordinada con el CSM de su territorio, con el que comparten equipo y profesionales. Ofrecen un despliegue de programas de rehabilitación que se podrían resumir en: (a). Programas de Acogida, (b) Programas de Actividades de la Vida Diaria, (c). Programas de Rehabilitación Cognitiva, (d) Programas de Habilidades Sociales, (e) Programas de Educación para la Salud, (f) Programas de Autocontrol o de Habilidades, (g) Programas de Intervención con Familias, y (h) Programas de Apoyo Comunitario

LA LLAR RESIDENCIA “LA MAÇANA”

Constituye actualmente la única mini-residencia en toda la provincia de Girona que ofrece atención exclusiva a personas con TMS. Inaugurada en 2004, dispone de 29 plazas y ofrece un programa de rehabilitación individualizado, consensuado con el resto de profesionales de la red y con el objetivo de ofrecer un espacio de vida a los usuarios lo más normalizado posible así como trabajar al máximo y consolidar los aspectos de autonomía que puedan posibilitar al usuario vivir en un lugar de menos soporte, volver con la familia o establecer un proyecto de vida nuevo. Entre 2004 y 2011 la Maçana ha atendido a un total de 63 personas.

LOS PISOS CON SOPORTE.

Fueron creados, los primeros, en 1995 con el objetivo de ofrecer un sitio de vida digno a personas que en aquel momento vivían en el Hospital Psiquiátrico de Salt. Formaron parte de la reforma institucional y se han consolidado como recursos integrados en cada sector y se han adaptado a la normativa posterior que ahora regula todos los dispositivos residenciales para personas con disminución derivada de enfermedad mental, legislada y regulada por el “Departament de Benestar Social i Família” de la Generalitat de Catalunya. Existen actualmente 9 pisos con soporte en las diferentes comarcas, con un total de 38 plazas de la red propia del IAS. La fundación privada Drissa también dispone de un piso con soporte para sus trabajadores de 6 plazas. Total de plazas ofertadas en Girona: 44.

En la actualidad, desde el IAS se están manteniendo contactos con entidades

del sector con la idea de poner en marcha más dispositivos residenciales, concretamente las residencias asistidas para personas con TMS, citadas en la cartera de recursos de Servicios Sociales pero que no se han llegado a desplegar en Girona.

EMPRESAS SOCIALES PARA LA INSERCIÓN LABORAL

La Fundació Drissa⁽¹⁵⁾. Empresa social dedicada a la inserción laboral del colectivo de personas con TMS. Se creó en 1999 con la participación activa del IAS y se ha consolidado como empresa en estos años, ofreciendo diferentes servicios:

—**Centro Especial de Trabajo (C.E.T)** con diferentes ámbitos de intervención y brigadas. Ha atendido a un total de 99 personas desde su creación y según los datos de la memoria de 2010 actualmente trabajan 87 personas con TMS.

—**Servicio Prelaboral (SPL)**. Consta de 35 plazas y del total de personas que han sido atendidas desde el 2003 64 han entrado al C.E.T. de la propia fundación, 5 han ido a otros C.E.T. y 16 se han integrado al mercado laboral ordinario.

—**Servicio de Orientación Laboral** a la Empresa Ordinaria (S.O.L.E.). Iniciado en 2006, en éste tiempo ha podido ofrecer trabajo a más de 18 personas.

—**Servicio de Formación**. En el año 2000 la Fundació inicia sus cursos de formación con el objetivo de facilitar el aprendizaje de un oficio a personas con TMS que posteriormente les facilite la

inserción laboral. Han pasado por los cursos un total de 197 alumnos de los cuales el 43% ha conseguido integrarse en el mercado laboral.

—**Servicio de Vivienda.** La Fundació Drissa, tal y como hemos citado anteriormente, dispone de un piso con soporte para sus usuarios, de 6 plazas. Des del 2000 ha puesto en marcha el Programa de autonomía en la propia casa, dónde ofrece soporte adaptado a los usuarios que teniendo vivienda, disponen de necesidades específicas. Actualmente atiende a un total de 15 personas.

LA ASOCIACIÓN FAMILIA Y SALUD MENTAL DE GIRONA Y COMARCAS:

Con el objetivo de ofrecer a las familias de personas con TMS servicios de información, atención, ayuda, asesoramiento, grupos, divulgación, etc. (16) Se creó en 1997 y actualmente dispone de más de 250 asociados. Es miembro de FECAFAMM y FEAFES y patrón fundador de la Fundació Tutelar de las Comarcas Gironinas. En relación a los recursos, dispone actualmente de dos servicios de CLUB SOCIAL donde de lunes a sábado organizan todo tipo de actividades y salidas de ocio dirigidas principalmente a la socialización y ocupación de las personas con TMS.

FUNDACIÓN TUTELAR DE LAS COMARCAS DE GIRONA.

Entidad privada sin ánimo de lucro que se constituye en 2003 con la finalidad de proteger a personas mayores, con trastorno mental o con disminución psíquica a partir del ejercicio del cargo tutelar (17). El propio IAS auspició su creación junto a

otras instituciones de relevancia en Girona. Actualmente ejercen de tutores de 480 personas de las cuales el 50% son personas con TMS.

En resumen, hemos citado a las principales, ya que no podemos detallar toda la red de recursos sociales y de atención de entidades privadas que trabajan en Girona y con las cuales el IAS y sus profesionales mantiene una estrecha relación histórica y de continuidad por atender en sus centros o dar servicios a familias y a personas con TMS. Cada sector trabaja en coordinación estrecha con las entidades de su zona.

CONCLUSIONES.

Una de las ventajas más relevantes de este modelo se desprende del hecho de ser una red de servicios con un único proveedor muy bien comunicada en contraposición a otros modelos asistenciales en los que diferentes proveedores intervienen el proceso asistencial consecutivamente o en paralelo. Esto favorece, por un lado, el seguimiento y monitoreo de los profesionales referentes durante todo el proceso asistencial de la persona. Por el otro, se favorece la coherencia de toda intervención al integrar en el mismo modelo las visiones de distintos profesionales y del propio usuario. La implicación real de este último en las decisiones que le afectan también se ve favorecida por un sistema de coordinaciones muy flexible y ágil en el que, siempre que es posible, se incluye al usuario. La inclusión del usuario en la toma de decisiones nos aleja de modelos más paternalistas (“todo por el usuario pero sin el usuario”) a modelos menos jerárquicos en los que la persona está situada al centro del proceso de atención.

Otro riesgo que se evita a través del disponer de una red única es la desresponsabilización del proceso por parte de aquellos profesionales o servicios que no “ven” al usuario durante un momento determinado. La “deposición” (y consecuente olvido) de usuarios complejos y/o con múltiples necesidades sociales en unidades de hospitalización se evita a través de coordinaciones inter-servicios frecuentes basadas en el “pensar juntos”, la mejor opción para favorecer la integración comunitaria del usuario. La comunicación fluida entre unidades de hospitalización, urgencias y ambulatorios impide que aquellos usuarios frecuentadores de urgencias o de “puerta giratoria” queden en el olvido o pasen desapercibidos y se cronifiquen.

Los usuarios afectados de trastornos mentales graves suelen estar vinculados a diferentes servicios en función de sus múltiples necesidades (salud, trabajo, vivienda, ocio...). La “sectorización” ha permitido que cada usuario disponga de un referente que gestiona su caso y coordina las diferentes actuaciones. Cuánto más “multiasistido” está el usuario más beneficioso es el hecho de disponer de alguien que actúe como aglutinador y agente de coherencia entre la red de servicios.

La dispersión geográfica en pequeños núcleos rurales de difícil acceso favoreció la creación de equipos de atención domiciliaria. A pesar de haber mejorado en la actualidad la comunicación en las comarcas, estos equipos se mantienen, ya que permiten el acercamiento a aquellos usuarios con mayor rechazo al sistema sanitario, favoreciendo que se integren progresivamente en la red de atención social y sanitaria, a través de la

detección de necesidades y articulación de recursos de soporte.

A pesar de las ventajas comentadas, el modelo de atención mostrado también tiene debilidades que cabe tener en cuenta. Una de éstas se deriva de la estrecha relación entre todos los profesionales de la red. Fácilmente un usuario puede ser etiquetado, por ejemplo, como “difícil” o “manipulador”, transmitiéndose rápidamente esta visión a través de la red y reproduciéndose actitudes poco positivas hacia él.

Al ser el IAS el único proveedor de servicios de salud mental en la provincia genera el riesgo que con aquellos recursos que quedan fuera de éste, no se tenga el mismo nivel de comunicación y se deteriore la relación con ellos. La relación poco estrecha con dispositivos comunitarios puede dificultar que haya una integración real en la comunidad y que determinados recursos (como centros de rehabilitación o residencias) se conviertan en finalistas para algunos usuarios. A pesar de disponer de recursos para perfiles hay situaciones, como la de los nuevos crónicos o la de las personas sin techo con enfermedad mental, que requieren de recursos flexibles que respondan a sus necesidades y no queden fuera del sistema de atención porque “no encajan con él”. Por último existe el riesgo de “sobre-evaluación” del usuario y de disponer de “multiplicidad” de planes de trabajo. Más cuantos más recursos utiliza la persona.

Para mejorar la red y adaptarla a los nuevos paradigmas se ha creado una comisión mixta de usuarios y profesionales de rehabilitación con el

objetivo de potenciar la auto-organización, dar voz directa a los usuarios y luchar contra el estigma y la discriminación.

También como línea de trabajo futura hace falta consolidar los recursos

residenciales con la creación de más residencias. La descentralización de las residencias para personas con autonomía y la creación de las residencias asistidas, con un soporte mayor a un tipo de usuarios que presentan una dependencia importante.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) **United Nations Research Institute For Social Development. Social Integration.** Approaches and Issues. (Geneva) 1994.
- (2) **Ware N, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher, D. A Theory of Social Integration as Quality of Life.** Psychiatric Services. 2008; 59(1): 27-33.
- (3) **NGO Committee for Social Development. Social Integration in Action: Stories from the Grassroots.** 2009.
- (4) **Leff J, Warner R. Social inclusion of people with mental illness.** Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
- (5) **Carrasco O, Navarro D. Estudio de factores relacionados con la integración social en personas con enfermedad mental.** Norte De Salud Mental. 2008; 30:48–60.
- (6) **Ware N, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D. Connectedness and Citizenship: Redefining Social Integration.** Psychiatric Services. 2007; 58(4):469-474.
- (7) **Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned.** Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
- (8) **Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health services system in the 1990s.** Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993; 16(4), 11-23.
- (9) **Gisbert C (coord.). Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento integran del trastorno mental severo.** Aen Estudios, 2003.
- (10) **Adair C, McDougall G, Beckie A, Joyce A, Mitton C, Wild C, et al. History and Measurement of Continuity of Care in Mental Health Services and Evidence of Its Role in Outcomes.** Psychiatric Services. 2003; 54(10):1251-1356.
- (11) **Johnson S, Prosser D, Bindman J, Szmukler G. Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1997; 32(3):137-42.
- (12) **Adair C, Wild T, Joyce A, McDougall G, Gordon A, Costiga N, et al. The Canadian Health Services Research Foundation. Continuity of Mental Health Services Study of Alberta: A Research Program on Continuity of Mental Health Care,** 2004.
- (13) **Sánchez O, Herrero R, Hortigüela A. Operaciones básicas de comunicación.** Madrid: Ediciones Paraninfo. 2010.
- (14) **Aristidou A, Oborn E, Barrett M. Healthcare Transitions: Managing Across Organizational and Jurisdictional Boundaries in Service Delivery.** Judge Business School, University of Cambridge, 2004.

(15) <http://www.fundaciodrissa.com>

(16) <http://www.fundaciotutelar.org>

(17) <http://familiaisalutmental.entitatsgi.cat>

Correspondencia:

Eduard Palomer Roca

Psicólogo Clínico. Coordinador del Centro de Rehabilitación Psicosocial

del Gironès-Pla de l'Estany.

Red de salud mental de Girona (España)

INFORMES

CONSENSO DE PANAMÁ

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), con el co-auspicio del Gobierno de Panamá, convocó la Conferencia Regional de Salud Mental en la Ciudad de Panamá los días 7 y 8 de octubre del 2010. En ella participaron trabajadores de salud mental de la Región de las Américas procedentes del sector público, autoridades nacionales de salud, representantes de organizaciones defensoras de los derechos humanos, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y centros colaboradores de OPS/OMS, así como usuarios de los servicios de salud mental y familiares.

Habiendo notado los participantes:

Que han transcurrido 20 años desde la celebración de la *Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica*, en Caracas, Venezuela, la cual marcó un hito histórico en el desarrollo de la atención de salud mental en todos sus aspectos a nivel continental y global.

Que el Consejo Directivo de la OPS/OMS aprobó en 1997 y 2001 sendas resoluciones donde se solicitaba a los países priorizar la salud mental y se sometían propuestas para la acción.

Que los participantes de la *Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental*, celebrada en Brasil en noviembre del 2005, adoptaron los Principios de Brasilia que advierten sobre los nuevos desafíos técnicos y culturales que se enfrentan en salud mental.

Que en el año 2008 la Organización Mundial de la Salud lanzó formalmente el *Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (mhGAP)*.

Observando con preocupación:

Que los trastornos mentales y por uso de sustancias psicoactivas (particularmente debido al consumo nocivo de bebidas alcohólicas) representan, por un lado, una gran carga en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad, y por el otro, que existe una brecha de atención importante, lo que significa que un alto número de personas afectadas no accede a un diagnóstico y tratamiento adecuados. Que si bien en las dos últimas décadas muchos han sido los avances logrados por los países, aún persisten serias limitaciones, en cuanto a la implementación efectiva de políticas y planes nacionales de salud mental, así como de legislaciones que sean consistentes con los instrumentos internacionales de derechos humanos. Que a pesar del apoyo generalizado a nivel continental a la Declaración de Caracas y de los múltiples esfuerzos realizados en las últimas dos décadas por diversas instancias en los países, las acciones de superación de la hegemonía del hospital psiquiátrico en cuanto al modelo de atención son aun insuficientes.

Considerando con beneplácito:

Que en septiembre del 2009 el Consejo Directivo de la OPS/OMS aprobó, por primera vez, una *Estrategia y plan de acción sobre salud mental (CD49/11,)* que ofrece guías y pautas claras y viables para enfrentar la problemática de la salud mental.

Que en mayo del 2010, la OMS aprobó, por primera vez, una *Estrategia global para la reducción del consumo nocivo de alcohol (WHA 63.13)* y el Consejo Directivo de la OPS adoptó en septiembre del 2010, también por primera vez, una *Estrategia sobre el uso de sustancias y la salud pública (CD50/18)*. Que la Estrategia y plan de acción sobre salud mental y la Estrategia sobre el uso de sustancias y la salud pública armonizan con el *Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)* y con la *Estrategia global para la reducción del consumo nocivo de alcohol*, en particular en lo que refiere a la aplicación de los paquetes básicos de intervención en los servicios de salud basados en la Atención Primaria.

Que en octubre del 2010 el Consejo Directivo de OPS aprobó, por primera vez, una resolución específica sobre *La salud y los derechos humanos (CD50.R8)* que establece recomendaciones para proteger los derechos humanos en el contexto de los sistemas de salud. Que existen muchas experiencias nacionales y locales exitosas e innovadoras, y que tanto los gobiernos como la sociedad han, en general, adquirido progresivamente conciencia de la importancia sanitaria y el impacto social y económico que significan los problemas relacionados con la salud mental.

Llaman a los gobiernos y demás actores nacionales a:

Impulsar la implementación de la *Estrategia y plan de acción sobre salud mental* mediante un proceso que debe adaptarse a las condiciones particulares de cada país para poder responder de manera apropiada a las necesidades actuales y futuras en materia de salud mental. Fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental en todos los países de la Región, de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial en la próxima década. Reconocer como un objetivo esencial la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad. Identificar en los escenarios nacionales los desafíos actuales y emergentes que demandan una respuesta apropiada por parte de los servicios de salud mental, en especial la problemática psicosocial de la niñez, la adolescencia, las mujeres, así como de los grupos poblacionales en situaciones especiales y de vulnerabilidad. Incrementar la asignación de recursos a los programas y servicios de salud mental y lograr una equitativa y apropiada distribución de los mismos, en correspondencia con la carga creciente que representan los trastornos mentales y por el uso de sustancias, entendiendo que la inversión en salud mental significa una contribución a la salud y al bienestar en general, así como al desarrollo social y económico de los países.

La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020

Dado en la Ciudad de Panamá, a los 8 días del mes de octubre del año 2010.

RESEÑAS

ANTOLOGÍA DE TEXTOS CLÁSICOS DE LA PSIQUIATRÍA ATINOAMERICANA

Sergio J. Villaseñor Bayardo, Carlos Rojas Malpica y Jean Garrabé de Lara

Aunque la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) se fundó en 1961, tenía como raíz el Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales, A.C (GLADET) creado 10 años antes por algunos psiquiatras de América del Sur reunidos en el estado de Veracruz; fueron los Doctores, Antonio Bustamante (Cuba), Guillermo Dávila (México) y Carlos Alberto Seguí (Perú). Se reúnen a los pocos meses de volver del I Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en París (1950) y después de un intenso debate en dicho congreso para imponer el término “*psiquiatría transcultural*” contra el de “*aculturación*” utilizado hasta entonces por influencia de los anglosajones. El grupo GLADET prácticamente desaparece a partir de 1961 y no es hasta 2007 en que se lleva a cabo una renovación y reactivación celebrando sus primeros congresos en 2008, 2010 y el próximo, este año 2012 en Chiapas, dedicado a *Migraciones Violencia y Psiquiatría Cultural*. Su actual presidente es el Dr Sergio Villaseñor (México). Tiene como Socio Honorario a nuestro gran amigo y maestro el Dr Jean Garrabé, quien en parte fue el motor de que el libro que comentamos se realizara y que actúa a su vez como colaborador, miembro del comité científico y además realiza la presentación del libro.

Este grupo, GLADET, al que hemos dedicado el inicio del texto, es el que figura como editor. Se trata de una antología de textos de psiquiatras latinoamericanos, la mayoría poco conocidos por los psiquiatras españoles y desconocidos por las nuevas generaciones. Se recogen los textos por países, no por temáticas ni por épocas lo cual le da al libro en algún momento una cierta pérdida de unidad. Imaginamos que fue la forma más factible para coordinar su realización. No obstante, las biografías que acompañan a cada autor nos hacen situar mejor el momento en el que se produce el artículo y las influencias de otros autores que han podido tener. En total son 37 los autores que se recogen, de 9 países latinoamericanos: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Cuba, México, Perú, Uruguay y Venezuela. Llama la atención la ausencia de un país como Colombia. Uno de los pocos de esa zona, que tiene una *Historia de la Psiquiatría Colombiana*¹ en la que se recogen no solo la historia de las instituciones psiquiátricas y biografías de los protopsiquiatras sino también aspectos de la medicina indígena.

Los temas que abordan en la Antología son muy variados; desde la psicopatología pura o reflexiones filosóficas hasta la neuropsiquiatría, pasando por la psiquiatría social con su rama transcultural y la etnopsiquiatría. Como rareza contiene un poema “Primer sueño” de Sor Juana Ines de la Cruz (1651-1695) que obviamente no era psiquiatra ni siquiera cercana a ello (por otro lado es la única mujer incluida entre los compilados). La inclusión de

Sor Juana, la cual poseía una gran información científica, inusual para su época, viene dada por que el Dr. Pérez Rincón considera que dicho poema es un antecedente de la teoría humoral del sueño, aunque leído detenidamente lo realmente asombroso es la descripción que hace de la actividad onírica en pleno Siglo de Oro. Este poema se enmarca dentro de los artículos correspondientes a la psiquiatría mexicana. También de este país se publica un interesante artículo sobre “*El mundo del esquizofrénico*” (1990) del Dr Patiño Rojas, Catedrático de Psiquiatría en México. Este artículo, que era una especie de discurso que realizaba cada año para sus alumnos, es una reflexión sobre su propia relación con pacientes esquizofrénicos además de sobre los fracasos terapéuticos y una posible psicoterapia de la esquizofrenia. Apoyándose en Laín Entralgo defiende la relación Medico Paciente inclinándose por una terapia que el llama “manejo terapéutico de doble vertiente” consistentes en el tratamiento farmacológico y un método psicoterapéutico que el Dr.Patiño llama “pastoreo”.

Entre los artículos no hay apenas referencias a aspectos como la situación de los DDHH en los hospitales psiquiátricos de la zona que aún hoy en día es francamente deficitaria en muchos países de latinoamérica, aunque si contiene descripciones y preocupaciones sobre la asistencia los enfermos. De Bolivia se recoge un artículo del Dr. Alvarado: *Salud Mental en Bolivia* (1990) donde hace una reflexión sobre la situación de la atención psiquiátrica en este país y las necesidades más perentorias, entre otras acabar con la corrupción de psiquiatras y psicólogos que trabajan en el sistema público.

Si hay un país donde la Psiquiatría social y transcultural alcanza más relevancia en esta selección de textos es en Brasil. Casi todos ellos tienen que ver con la cultura, la raza, la influencia del clima, etc, para acabar con un hermoso texto del Dr. Ulysses Pernambucano: “*A Acao social do psiquiatra*” (1943). De Chile también se recoge un artículo, que incide en el mismo sentido, del Dr Custodio Muñoz: “*Qué es la psiquiatría social*” (1955) y entre otros el “*Informe sobre la asistencia de los alienados que presenta la honorable Junta de Beneficencia*” (1925) del Dr.Letelier. En el que, aún siendo un informe hospitalocentrico realizado después de visitar hospitales de Francia, España, Italia, Inglaterra, Suiza, Argentina Uruguay etc etc, llega a la conclusión de que hay que crear la especialidad de “médico alienista” pero sobre todo es necesario la humanización de los hospitales haciéndolos más abiertos y mas “rehabilitadores”. Tenemos la suerte de que el libro también contenga una parte del famoso texto del Dr Bustamante (Cuba): *Psiquiatría Transcultural* en el que recoge la definición canónica y los principios de dicha entidad siguiendo las enseñanzas de Kraepelin y Bleuler tal y como reconoce el mismo J.A Bustamante. El Dr.Garrabé hace la introducción a un artículo del Dr J.J: Muñoz, médico cubano que habiendo vivido en París y estando formándose con la generación de médicos que habían creado la *Société Médico-Psychologique*, Baillarger y Laurent Cerisi, entre otros, en 1866 publica en la revista de este grupo, *Annales Médico- Psychologique* un artículo *Établissements d'aliénés. Quelques considérations critiques sur l'histoire et la situation actuelle de l'asile d'aliénés de l'île de Cuba*. En este artículo, que se publica en francés, señala las dificultades para la creación de un autentico establecimiento terapéutico y de cómo sus esfuerzos para que Cuba tuviera un centro similar a los que él mismo había visto en Francia no tuvieron éxito debido al

desinterés de la administración, pero espera que en un futuro próximo pueda ver en su país centros para alienados a la altura de los “países más avanzados del mundo”.

Gracias al libro que comentamos, podemos releer artículos que hoy en día está ya fuera de los repertorios bibliográficos habituales y prácticamente son inencontrables como los de Honorio Delgado cuya influencia en la generación de psiquiatras españoles de los años 60 fue muy importante través de su libro *Curso de Psiquiatría*. Es indispensable leer su artículo “*En torno al alma ajena*”, en el que reflexiona de una forma brillante sobre las relaciones interindividuales, la empatía en la relación médico paciente llegando a la conclusión que todo esfuerzo por conocer al otro siempre es beneficioso pero hay que estar prevenido contra la parcialidad del análisis, que se consigue mejorando la información sobre el otro y fomentando la perspicacia en la entrevista.

Otros textos, aunque de distintas épocas, como los de Guillermo Vidal director de la siempre recomendable *Enciclopedia de Psiquiatría*², ¿*Por qué cura el psicoterapeuta?*(1964) o el artículo de C.A Cabral *El autismo esquizofrénico* (2010) nos proporcionan una buena visión de la altura intelectual de la psiquiatría argentina. Contiene también la sección dedicada a Argentina un artículo del Dr. Jorge Saurí, más conocido en España como compilador de textos: “Las Histerias” y “Las Fobias”. Un artículo suyo “*La textura de un delirio*”(1980) que forma parte de otro trabajo anterior publicado en *Actas Psiquiátricas y Psicológicas de América Latina*. Es uno de los pocos artículos del libro que contiene un caso clínico, o mejor, la autobiografía escrita de un paciente delirante y la información también escrita que le proporciona su madre. JJ Saurí desgrana su interpretación sobre el nacimiento del delirio, de como parece resolverse y como no está en relación con la certidumbre (o certeza) sino con la necesidad de convencer de que lo que le sucede es cierto. Es una pena que no se hayan incluido las referencias que hace en el texto pues aclararía aspectos que quedan en sombra durante su lectura.

Uno de los países del cual se han incluido más escritos clínicos es Uruguay. La hipomanía, la hipocondría y la despersonalización forman el interés clínico de los tres psiquiatras de este país que se compilan. El Capítulo se inicia con una interesante historia de la asistencia psiquiátrica en Uruguay (que no se el porqué de denominarla Antología de Textos de Uruguay). El Dr A. Sicco, en su artículo, alabado por H.Ey, sobre “*Hipocondría y manifestaciones hipocondríacas*” (1951) expone toda una serie de casos clínicos para demostrar que existe una hipocondría aguda y crónica que es una entidad nosológica y debe estar en el campo de las neurosis más que en el de los delirios.

La Antología contiene también dos artículos de dos psiquiatras españoles del exilio republicano: Dionisio Nieto (1907-1985), por parte de México. Más neurólogo que psiquiatra, su semblanza la realiza un discípulo directo el Dr. José Luís Díaz. D. Nieto, discípulo de Cajal y muy hostil hacia el psicoanálisis, fue la figura señera de las neurociencias en México. La antología publica un artículo suyo en inglés, compartido con su discípulo el Dr. Escobar, “*Major Psychosis*” (1972) sobre la base lesional cerebral de los trastornos psicóticos, algo en lo que siempre creyó a lo largo de toda su vida.

El otro médico español es el Dr José Solanes.(1909-1991), por parte de Venezuela. Creó la primera cátedra de Psicología Médica en la Universidad de Carabobo. Durante la Guerra Civil española formó parte de los Servicios Psiquiátricos Militares del IV Cuerpo del Ejército Republicano y trabajó en el Hospital Pedro Mata, de Reus, bajo la dirección del Dr. Emilio Mira y López. También fue discípulo directo de E. Minkowski durante los años que permaneció en Francia (1940-49). Leyó su Tesis Doctoral muy tardíamente, en 1980, en la Universidad de Toulouse, precisamente sobre algo que vivió muy de cerca: *Los nombres del exilio*. De este libro han sacado el trabajo que figura en la Antología: “*El exiliado como modelo de hombre. Universalidad del modelo*”. En este artículo el Dr Solanes hace una digresión antropológica sobre el exilio. Lástima que quede entrecortado dado que como decimos es un capítulo del libro-tesis mencionado.

Así pues, libro recomendable para todos aquellos que se interesen por la historia de nuestra profesión y sobre todo para ver como las ideas sobre la enfermedad mental se instalan y evolucionan en países diferentes y en culturas diferentes. Latino América ha sido para los españoles (y para otros muchos europeos) una cultura olvidada y sus profesionales que allí han trabajado han sido muy poco valorados en general (evidentemente ha habido excepciones). Este libro nos muestra ese gran error histórico.

Tiburcio Angosto Saura
Psiquiatra
Vigo (Esp)

1 **Rosseli, Humberto:** “*Historia de la Psiquiatría en Colombia*”. Ed. Horizontes, 1968

2 **Enciclopedia de Psiquiatría por Vidal, G. Bleichmar,H y Usandivaras,R.** Ed Ateneo, 1979. Buenos Aires.

NOTICIAS BREVES

Salud mental en la Asamblea Mundial de OMS

En la próxima de OMS, en el mes de mayo de 2012, está previsto que se trate el tema de la situación mundial de la salud mental y que se propusieron acciones para mejorar la situación y reducir la brecha.

Presentado el Atlas Mundial de Salud Mental de la OMS 2011

El Atlas Mundial de Salud Mental se presentó oficialmente el 10 de octubre en Ginebra por el señor Kjell Magne Bondevik, ex-Primer Ministro de Noruega. El Atlas representa la última estimación de los recursos de salud mental de un conjunto de 184 países. Una primera observación de este Atlas es que los recursos de salud mental son escasos en una gran parte de los países y están distribuidos muy desigualmente. Una copia del informe puede encontrarse en el siguiente enlace: http://www.who.int/mental_health/en/index.html

Plataforma sobre salud mental mundial de la Fundación Gulbekian (Portugal)

Esta plataforma tiene entre sus objetivos el contribuir al esfuerzo de OMS para reducir la brecha de tratamiento y desarrollar servicios de salud mental en los países de bajos y medios ingresos, así como contribuir a la innovación de la prestación de los cuidados de salud mental en base a las pruebas científicas. Entre sus actividades se prevén reuniones científicas y un evento mundial para 2015 donde se presente un documento estratégico mundial que resalte los desafíos y estrategias para producir cambios. Más información en: www.gulbekian.pt

Se crea la Asociación de psiquiatras y adherentes por los DDHH-APADH (Argentina)

Esta iniciativa tiene como objeto el expreso apoyo a la política pública nacional de salud mental de Argentina, plasmado en la efectiva implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657, su reglamentación y en todas las normativas internacionales, nacionales y jurisdiccionales que se alinean con la misma. Su presidente honorario es el Dr. Vicente Galli, ex Director Nacional de Salud Mental y ex Profesor Titular del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Su principal eje de acción es la apertura de servicios de salud mental basados en la comunidad, y el fortalecimiento y democratización de los servicios actuales. Se trata de una asociación científica y social, interdisciplinaria e intersectorial, sin fines de lucro, que no acepta financiamiento por parte de laboratorios medicinales.

Salud Mental y Comunidad: nueva publicación

El área de salud mental del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad de Lanús (Buenos Aires-Argentina) ha lanzado esta nueva publicación de periodicidad semestral. Este proyecto editorial va ligado al programa de doctorado en salud mental comunitaria que desde 2002 lidera el Prof. Emiliano Galende y que en la actualidad va en su cuarta convocatoria. Desde 1997 se desarrolla una maestría en salud mental comunitaria que ya va por su novena edición. La revista se propone “generar suministros de investigación, opinión y debate sobre los problemas prevalentes a fin de sumar voluntades entre profesionales y sectores sociales y culturales implicados en la problemática de la salud mental y los derechos humanos”.

Día Mundial de la Salud Mental 2012

El día mundial de la salud mental, 10 de Octubre, la Federación Mundial de la Salud Mental ha propuesto como lema para 2012 el de; “Enlazar: depresión y comorbilidad”

Maestría de Salud Mental (Córdoba-Argentina)

La Facultad de Psicología y la de Ciencias médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina) han convocado la maestría de salud mental. Esta cuenta con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Doctorado en salud mental de la Universidad de Concepción (Chile)

El Programa de Doctorado en Salud Mental de la Universidad de Concepción, que cuenta con el respaldo de la Red MARISTAN, ha abierto el ingreso de una nueva cohorte que iniciará actividades en abril del 2013. El plazo de postulaciones comenzó el 1 de julio y se extiende hasta el 30 de enero. Los antecedentes deben ser presentados a la Dirección de Postgrado de la UDEC. En el mes de marzo se realizará el proceso de selección de alumnos, que considera los antecedentes académicos, una propuesta de tesis, un examen de conocimientos relevantes y entrevista personal. El ingreso al Programa exige estar en posesión del grado de Licenciado, de manera que no se requiere contar con el grado de Magíster para acceder a él, se dicta en modalidad presencial, con un tiempo de dedicación estimado de media jornada, aunque ésta no es continua. Los cursos son modulares, se dictan durante una semana al mes, en horario vespertino. Además se consideran Seminarios los días viernes.

REUNIONES CIENTÍFICAS

- **IX Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría (AEN)**
“Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI”
4-6 Octubre 2012
Orense
www.serempresa.es
- **11 Congreso mundial de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial**
10-13 noviembre 2012
Milán (Italia)
www.wapr2012.org/
- **XXVII Congreso APAL (asociación Psiquiátrica de América Latina)**
16-19 noviembre 2012
Buenos Aires (Argentina)
www.apalcongreso2012.org
- **XVII Curso anual de Esquizofrenia**
“Biografía, familia, narrativas y psicoterapia de la psicosis”
29 noviembre-1 diciembre 2012
Madrid (España)
www.cursoesquizofreniamadrid.com
- **5.º Congreso Mundial sobre salud mental de la mujer**
4-7 marzo 2013
Lima (Perú)
www.iawmh2013.com
- **21^{er} Congreso Mundial de Psiquiatría Social**
29 junio-3 julio 2013
Lisboa (Portugal)
www.wasp2013.com
- **Congreso mundial de la Federación mundial de salud mental**
“La inclusión social a través de las intervenciones interdisciplinarias”
25-28 agosto 2013
Buenos Aires (Argentina)
www.wmhc2013.aasm.org.ar
- **XVI Congreso Mundial de psiquiatría**
14-18 septiembre 2014
Madrid (España)
www.wpamadrid2014.com

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental

(Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de “**La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.**” (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menendez de LLano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

profesional de la Salud Mental, con título de

que desempeña en (centro de trabajo)

y con domicilio en c/

Población D. P. Provincia

Tel. e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

Dirección

BANCO/CAJA DE AHORROS

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 1, número 1, 2001



ADICIONES

Pedro Marina González
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 1, número 2, 2001



ETICA Y LEY

Victor Aparicio Basauri
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 2, número 1, 2002



**COOPERACIÓN
INTERNACIONAL EN SALUD
MENTAL**

José Figuera Lois
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 2, número 2, 2002



**HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA
EN ESPAÑA**

Victor Aparicio Basauri
Juan José Martínez Zambrina
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 1, 2003



**ANTROPOLOGIA Y SALUD
MENTAL**

José Figuera Lois
Ignacio López Fernández
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 2, 2003



**SALUD MENTAL Y
POBLACIÓN SIN HOGAR**

Mónica Tronchoni Ramos
Victor Aparicio Basauri
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 1, 2004



SOBRE VIOLENCIAS

Andrés Cabero Álvarez
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 2, 2004



**LA ESQUIZOFRENIA:
DÉFICITS Y TRATAMIENTO**

Berta Moreno Kóshner
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 1, 2005



**SALUD MENTAL Y MEDICINA
BASADA EN LA EVIDENCIA**

César Luis Sainz de la Garza
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 2, 2005



ESTADOS LIMITE

Pedro Marina González
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 1, 2006



**TRATAMIENTO AMBULATORIO
INVOLUNTARIO**

Ana Esther Sánchez Gutiérrez
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 2, 2006



CLÍNICA DE LA HISTERIA

Tiborcio Angosto Saura
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 1, 2007



**PSICOTERAPIAS EN LOS
SERVICIOS PÚBLICOS**

Paz Arias García
(Completado)

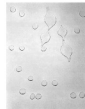
**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 2, 2007



**REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL**

José Juan Uribe Uriarte
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 1, 2008



ARTE Y PSIQUIATRIA

Oscar Martínez Acumendi
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 2, 2008



SALUD MENTAL INFANTIL

Purificación Ripodas Ero
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 1, 2009



**ADHERENCIA
TERAPEUTICA**

José Luis Hernández Piate
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 2, 2009



**LA SALUD MENTAL EN
CENTROAMERICA Y R. DOMINICANA**

Victor Aparicio Basauri
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 1, 2010



**SALUD MENTAL Y
EMERGENCIA HUMANITARIA**

Victor Aparicio Basauri y Paz Arias García
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 2, 2010



CLÍNICA LITERARIA

Ramón Esteban Arnáiz
(Completado)

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 10 - Núm. 2 - 2010

PRESENTACIÓN..... 7

ARTÍCULOS ORIGINALES

Lenz, G. Büchner: desesperanza y fragmentación

Antonio González Herrera y Laura Martín López-Andrade 9

El psicópata dentro de mí: la violencia interior según Jim Thompson

Isabel Reyes de Uribe-Zorita y Antonia Tejedor Ordax..... 25

**Ignatius contra el mundo: *La conjura de los necios*,
de John Kennedy Toole.**

Juan Domingo Martín Fernández 35

**Huir de la angustia: *El jugador de croquet (Los hijos de Caín)*,
de H. G. Wells**

Juan Carlos Fiorini Talavera, Juan Pablo Del Busto Bretoneche
y Ramón Esteban Arnáiz 45

Vladimir Nabokov: Terror en la Psicosis

Ana Elúa Samaniego 63

**El último cigarrillo (Abulia y neurosis en *La conciencia de Zeno*,
de Italo Svevo)**

Iria María Prieto Payo 77

INFORMES

Declaración de Adelaida 89

NOTICIAS BREVES..... 95

REUNIONES CIENTIFICAS..... 97

NORMAS DE PUBLICACIÓN 101

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índex Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3. 1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3. 2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3. 4. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3. 4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver): se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no

publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa) » tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

