

Proyecto de adaptación organizativa y funcional de la USM de Burjassot

Amparo Martínez

RESUMEN

El sistema de salud mental de la CV no está suficientemente desarrollado y presenta graves deficiencias en la dotación de recursos y en su organización, y es necesario un inventario mínimo de dispositivos para asegurar una asistencia de calidad y una buena coordinación

En el presente proyecto se propone mejorar la atención tanto a nivel de la propia Unidad de Salud Mental, mediante el establecimiento de programas de atención para aquellas patologías de mayor prevalencia o para aquellos grupos en situación de riesgo de enfermedad mental, así como el desarrollo de los adecuados mecanismos de coordinación y colaboración con aquellas estructuras asistenciales o sociales implicadas en la atención a la salud mental.

Todo ello se adapta a las directrices del plan actual de salud mental, optimizando los recursos humanos y especialmente materiales y subsanando sus carencias.

Por otra parte, se considera esencial el compromiso y colaboración de la dirección política y técnica.

PALABRAS CLAVE

Unidad de Salud Mental, calidad, coordinación.

SUMMARY

The mental health system of the València Community is not sufficiently developed and presents grave deficiencies in its provision of resources and in its organization, and a minimum inventory of devices is required in order to secure a quality of service and good coordination.

The present project proposes to improve the service both on the level of the Mental Health Unit itself, (through the establishment of programmes that attend to those

pathologies of greater prevalence or for those groups at risk of suffering from a mental illness), and on the development of adequate mechanisms of coordination and collaboration with those health care and social structures involved in the mental health services.

On a whole, it adapts to the guidelines of the current mental health plan, optimizing human resources and specially the material ones, and rectifying its shortages.

On the other hand, compromise and collaboration of political and technical directives are considered essential.

KEY WORDS

Mental Health Unit, quality, coordination.

INDICE

- 1.- Introducción
- 2.- Justificación
- 3.- Marco legislativo
- 4.- Indicadores demográficos y sociales de la Comunidad Valenciana
- 5.- Situación de la Salud Mental en la Comunidad Valenciana
- 6.- Departamento de Salud 6
- 7.- Unidad de Salud Mental de Burjassot.
 - 7.1.- Información general de la unidad de salud mental (USM).
 - 7.2.- Datos demográficos de la población.
 - 7.2.1.- Distribución por entidades de población.
 - 7.2.2.- Estructura de edad y sexo de las poblaciones dependientes.
 - 7.3.- Breve historia de la unidad de la USM.
 - 7.4.- Misión de la unidad.
 - 7.5.- Funciones de la misma.

- 7.6.- Datos estadísticos del año 2004
- 7.7.- Alternativas a la situación actual o metas.
- 7.8.- Objetivos que se pretenden conseguir
- 7.8.- Recursos necesarios.
- 7.9.- Coordinación
- 7.10.- Evaluación

- 8.- Posibles programas
 - 8.1- Programa de recepción y evaluación
 - 8.2.- Programa de colaboración con atención primaria
 - 8.3.- Programa de rehabilitación psicosocial
 - 8.4.- Programa de detección e intervención temprana en trastornos psicóticos
 - 8.5.- Programa dirigido a pacientes con trastorno bipolar
 - 8.6.- Programas de atención para poblaciones de riesgo: adolescentes, mujeres...

- 9.- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría comunitaria (Freudenberg, 1967), asume que las personas que padecen enfermedades mentales pueden ser ayudadas de la forma más eficaz posible cuando se mantienen los lazos con la familia, los amigos, los compañeros de trabajo....,

El modelo comunitario de atención a la salud mental tiene su origen en los movimientos de reforma de los años 60 que se concretaron en España en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) y en la Ley General de Sanidad (1986).

Esta ley, en su capítulo III propone la plena integración de la atención de los problemas de salud mental en el sistema sanitario general, equiparando al enfermo mental al resto de enfermos y traslada al ámbito comunitario la atención a los mismos.

Desde esta perspectiva se han ido estableciendo dispositivos asistenciales fuera del hospital, como son las unidades de hospitalización en los hospitales generales, centros de salud mental, hospitales de día, así como lugares alternativos de residencia.

Dentro de esta red de dispositivos comunitarios el centro de salud mental es la puerta de entrada al sistema y ocupa el lugar central del mismo, y aunque el resto de dispositivos estén desigual e insuficientemente desarrollados en las diversas Comunidades Autónomas, los centros de salud mental se encuentran plenamente consolidados a los ojos de la población.

Los centros de salud mental nacieron con la expectativa de ser capaces de proporcionar un sistema alternativo de atención (con breves y ocasionales ingresos en las unidades de los hospitales generales) a los pacientes graves, desinstitucionalizados o con riesgo de serlo. Sin embargo, los nuevos centros empezaron a atender necesidades de personas que antes no acudían a las instituciones psiquiátricas tradicionales.

Las nuevas necesidades clínicas y actitudes de la población están demandando una atención que al inicio no era evidente. De esta manera, los centros de salud mental tienen el reto tanto de atender a los trastornos psiquiátricos graves (para algunos “los trastornos psiquiátricos auténticos”), como la de estos trastornos menores (también conllevan sufrimiento y discapacidad), aunque ello implique el riesgo de una psiquiatría errónea, pues el no atenderles supone el riesgo de una cronificación, que entonces sí que precisará asistencia especializada.

Parte del debate asistencial parece haberse desplazado de la preocupación por el papel que el ingreso psiquiátrico tiene en el tratamiento de la enfermedad mental severa y posibles respuestas alternativas, a la situación de saturación en los centros de salud mental comunitarios, por el elevado incremento de la demanda asistencial, especialmente derivado de las llamadas “patologías menores”.

JUSTIFICACIÓN

La propuesta de una adaptación funcional se justifica por la necesidad de adaptar la oferta de servicios de la unidad de salud mental al incremento de la demanda asistencial y a las necesidades de la población, poder dar una asistencia de calidad y obtener la satisfacción de usuarios y profesionales. Y se espera que el presente documento pueda contribuir al análisis y reflexión del equipo de la unidad sobre las dificultades de la práctica cotidiana, así como ver las posibilidades de mejora.

Del análisis de la demanda de los últimos años coincidente en esta USM con los datos de diferentes trabajos Hay que destacar que ha aumentado su incidencia y también su prevalencia y que dicho aumento se debe especialmente a los trastornos depresivos, de ansiedad y adaptativos. Se mantiene la incidencia y el acumulo de casos de los trastornos psicóticos.

Hay que señalar que el sistema de salud mental de la CV no está suficientemente desarrollado y presenta graves deficiencias en la dotación de recursos y en su organización, y que es necesario un inventario mínimo de dispositivos para asegurar una asistencia de calidad. En otras palabras, una excelente coordinación o una elevada calidad de las prestaciones no puede compensar algunas carencias básicas.

Teniendo en consideración lo anterior, se propone mejorar la atención tanto a nivel de la propia USM, mediante el establecimiento de programas de atención para aquellas patologías de mayor prevalencia o para aquellos grupos en situación de riesgo de enfermedad mental, así como el desarrollo de los adecuados mecanismos de coordinación y colaboración con aquellas estructuras asistenciales o sociales implicadas en la atención a la salud mental.

Y para todo ello y dentro de las directrices del plan actual de salud mental, nos planteamos optimizar los recursos humanos y especialmente materiales e implementar sus carencias para poder prestar un servicio de calidad y eficiente a la población.

Por otra parte, se considera esencial el compromiso y colaboración de la dirección política y técnica.

MARCO LEGISLATIVO

Destacamos a nivel nacional

1. Informe de la Comisión ministerial para la reforma psiquiátrica de 1985, que plasma una serie de pautas para el establecimiento de un modelo moderno de atención, que sustituyese al modelo clásico basado en el Hospital Psiquiátrico.
2. Ley General de Sanidad: integra todas las actuaciones en materia de salud mental en el sistema sanitario general e incorpora los servicios de rehabilitación y reinserción psicosocial.

A nivel de la Comunidad Valenciana

1. El decreto 81/1998, de 4 de junio, que define y estructura los recursos dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica.
El Decreto 81/1998, de 4 de junio, del Gobierno Valenciano, por el que se definen y estructuran los recursos sanitarios dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica en la Comunidad Valenciana, estableció que la salud mental y la asistencia psiquiátrica se integraran en los servicios sanitarios con una adecuada coordinación entre recursos de atención primaria, especializada y servicios sociales para procurar una atención integral de carácter sociosanitario. En este decreto se proponían fórmulas de asesoramiento para optimizar la línea estratégica asistencial en salud mental.
2. Actual Plan de Salud Mental: Redactado conjuntamente por las Consellerías de Sanidad y de Bienestar Social , presentado en mayo del 2001 como Plan Director de Salud Mental y Atención Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana y editado por la Generalitat Valenciana nº 11 de la serie de Programas Especiales- PE.

En el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica 2001-2004, el Gobierno Valenciano impulsó la implantación de un modelo integrado asistencial, que permitiera ofrecer una atención especializada a quienes padecen enfermedades mentales, así como el apoyo y la información adecuada a sus familiares.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

La comunidad valenciana está experimentando una evolución demográfica que se caracteriza por un aumento progresivo en su población y cambios en su composición.

Por una parte el incremento de la esperanza de vida hace que nuestra población esté cada vez mas envejecida, por otra el aumento del número de nacimientos y la llegada de población inmigrante, con estructuras más jóvenes de edad, está rejuveneciendo la población.

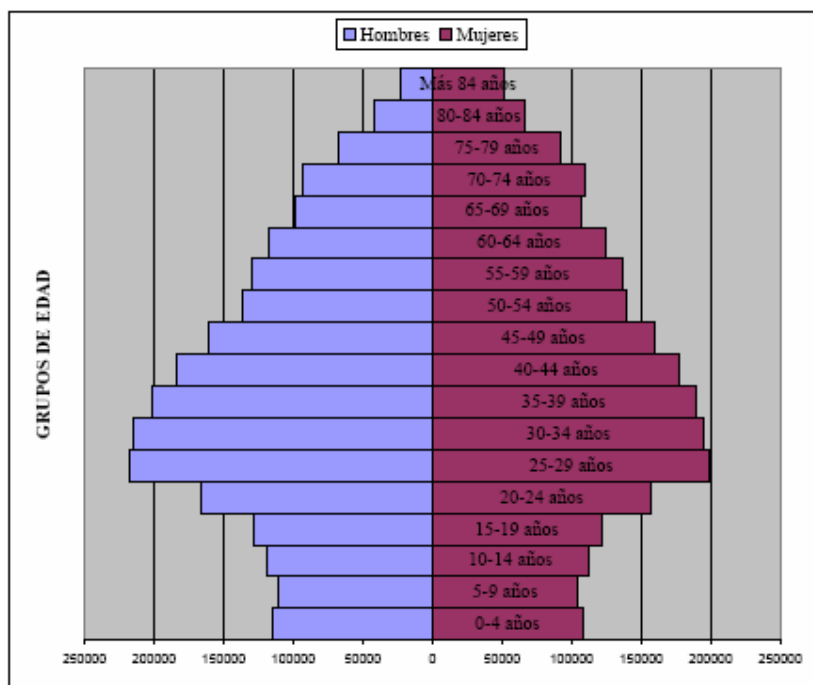
La cifra de población (INE 2004) para Valencia era de 2.358.919 y la última estimación de población para el año 2005 es de 2.402.582 y la de la comunidad valenciana es de 4.672.657 habitantes. (datos provisionales INE 2005).

En relación con la inmigración, aunque la comunidad la recibe desde hace más de 40 años, en los últimos cinco años ha aumentado de forma considerable. Según estimaciones para el año 2005, la población extranjera ha crecido en un 266%, y ha llegado a alcanzar la cifra estimada de 572.853 personas, lo que representa el 12,3% de la población total residente en la comunidad valenciana. Las cifras reales pueden ser mayores.

La población extranjera constituye el 95,2% de todo el flujo migratorio, y de ella una parte procede de los países de la Unión Europea, mayormente población jubilada que se asienta en la costa y otros inmigrantes más jóvenes en edad laboral, que proceden de países no comunitarios. En este grupo, existe una desigual distribución por sexos. Entre los de origen latinoamericano hay mayor presencia de mujeres que entre los de origen africano o asiático.

Pirámide de población de la Comunidad Valenciana año 2005

A la vista de la pirámide poblacional de la Comunidad Valenciana se observa el estrechamiento de la base en el grupo de edad de 0-24 años debido a la baja fecundidad. La punta de la pirámide muestra el envejecimiento de la población.



. Fuente: Plan de salud de la comunidad valenciana 2005-2009.

SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

A mitad de los años ochenta se inició el proceso de integración de los recursos de salud mental, logrando la jerarquización de casi todos los neuropsiquiatras de zona, pero fracasando en la integración en una única red de servicios y persisten hasta la actualidad al menos dos redes de servicios salud mental, la dependiente de la Diputación Provincial y la de la Consellería de Sanidad.

El proceso de deshospitalización se llevó a cabo a lo largo de la década de los ochenta, pero no se acompañó de las necesarias medidas de desinstitucionalización, situación que aún no se ha desarrollado.

La asistencia psiquiátrica y en salud mental está integrada en los servicios sanitarios generales dentro del marco de la Asistencia Especializada.

La atención de la misma está distribuida entre el sistema sanitario (Unidades o centros de salud mental, unidades de hospitalización en hospitales generales, unidades de media estancia y hospitales de día, y el sistema sociosanitario (Centros de día, centros de rehabilitación e inserción social y recursos residenciales).

Dos trabajos han intentado sistematizar el grado de desarrollo y situación de la atención a la salud mental en la Comunidad Valenciana.

- El trabajo que Gomez Beneyto realiza en el 2002 sobre evaluación de la estructura y funcionamiento del sistema de salud mental de la comunidad valenciana,

donde refleja el grado de desarrollo de los diferentes recursos y sus principales carencias.

- El Informe Especial a las Cortes Valencianas que el Síndic de Greuges de la Comunidad Valenciana sobre “La situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias (2003) y que actualiza el listado de recursos que realizó Gomez Beneyto pero sin variaciones significativas.

Y desde entonces, se han realizado algunas modificaciones, como la puesta en marcha del CRIS de General Barroso y la más novedosa y reciente apertura del hospital de media estancia Padre Jofré con 50 plazas.

A nivel del grado de desarrollo, pienso que es significativo el siguiente listado de recursos (elaborado por Gomez Beneyto), válido en la actualidad con algunas modificaciones, como la citada unidad de media estancia.

**Listado básico de recursos
(modificado Gomez Beneyto)**

	Componentes básicos	Grado de desarrollo	Principales carencias
1	Servicios comunitarios y ambulatorios	Servicios ambulatorios en casi todas las áreas. Zonas de salud atendidas sólo por neuropsiquiatras. Interconsulta hospitalaria y atención continuada solo en 18 de los 27 hospitales; no existe ningún servicio específico a tiempo completo	Servicios de mediación sociosanitaria, apoyo domiciliario y seguimiento intensivo en la comunidad Alternativas de tratamiento en situaciones de crisis. Asistencia continuada ambulatoria. Atención a Salud Mental Infantil. Atención específica psicogerítrica Atención adaptada a inmigrantes y sin techo.
2	Servicios de día	Unas pocas plazas de rehabilitación o actividades de ocio.20 plazas por 100.000 habitantes	Rehabilitación e integración laboral Empleo adaptado
3	Servicios de hospitalización de agudos	En 17 de las 20 áreas 5,4 camas por 100.000	Hospitalización de día Alojamiento de crisis Unidades para niños Unidades forenses
4	Unidades de media estancia	50 plazas	
5	Servicios residenciales de larga estancia	Una UMLE 14 plazas por 100.000 h.	Plazas de alojamiento prácticamente inexistentes

		Deportación de enfermos lejos de sus áreas. 4 pisos supervisados	Alternativas poco restrictivas (pisos, Hogares-sala, minirresidencias. Comunidades terapéuticas. Unidades de Rehabilitación. Las residencias (CEEM) tienen poco personal, no son gratuitas.
	Enlaces con otros servicios (sanitarios, sociales y organismos no gubernamentales	Enlace irregular, no formalizado, no registrado	Los menores y las prisiones inmigrantes y sin techo Retraso mental Geriatría Profesionales de enlace (T.Sociales)

DEPARTAMENTO 6

El departamento 6 abarca un territorio de 2.237 Km² que se extiende por la zona noroeste de la provincia de Valencia englobando un total de 52 núcleos de población, pertenecientes a distintas comarcas naturales de l'Horta Nord, Camp de Túria, los Serranos y el Rincón de Ademuz, y las ciudades de Beniferri, Benimamet y Massarrojos, incluidas en el término municipal de la ciudad de Valencia.

Está integrada por 44 municipios agrupados en 15 zonas básicas de salud con realidades demográficas muy dispares dado la gran dispersión territorial de la zona. Así pues, encontramos poblaciones con más de 39.000 habitantes, como Paterna, y otras como Ademuz en la zona 01, Pedralba en la 12 y Alpuente en la zona 15, que rondan los 3.000 habitantes. Las poblaciones mayores del área son Paterna, Burjassot, Moncada, Llíria, Benimamet, Bétera, Godella, Ribarroja y L'Elia.

Sus características geográficas y poblacionales son muy diferentes; existe una población claramente rural en algunas comarcas, junto a otra urbana en el cinturón de la capital, incluyendo distritos de la misma.

El Hospital Arnau de Vilanova y los C. E. de Burjassot y Llíria, dan servicio aproximadamente a una población de 280.000 personas.

PLANO DEL DEPARTAMENTO 6



RECURSOS DE SALUD MENTAL DEL DEPARTAMENTO 6

- USM de Burjassot
- USM de LLíria
- USM de Godella
- USM de Paterna
- USM La Coma (Paterna)
- Centro de Rehabilitación Biopsicosocial de Paterna
- Hospital Arnau de Vilanova
- Pisos Cáritas

UNIDAD DE SALUD MENTAL DE BURJASSOT

Información general de de la USM

La USM de Burjassot es una de las 5 USM del departamento 6 de la Consellería de Sanitat de la Comunitat Valenciana y está ubicada en el Centro de Especialidades de Burjassot, C) Beniferri s/n. Teléfono: 963 868 150.

Consta de 5 despachos, sala de recepción y sala de reuniones compartida con las matronas.

Es un espacio reducido, con consultas salvo una, muy pequeñas. Faltan espacios para consultas individuales y grupales. Parte de los miembros de equipo han de ir buscando despachos que puedan quedar desocupadas en el Centro de Especialidades.

El problema del espacio es un tema que ha sido planteado en repetidas ocasiones a la Dirección (se han realizado escritos manifestando esta situación solicitando mejoras) y que es motivo frecuente de debate y discusión.

El personal adscrito a la misma depende contractualmente de la Diputación Provincial de Valencia, y funcionalmente de la Consellería de Sanitat, a excepción de uno de los psiquiatras, y es el siguiente:

- 4 psiquiatras:
 - un jefe de servicio (a tiempo parcial)
 - un jefe de sección
 - dos médicos adjuntos.
- 2 psicólogos clínicos
- 2 DUE, uno de ellos se comparte con otra USM
- 1 administrativo
- 1 TS
- 5 auxiliares psiquiátricos, uno de ellos está centrado en tareas administrativas.

Datos demográficos

La población dependiente, según datos del INE (2005) es de 70.348 y corresponde a los usuarios dependientes de los Centros de Salud de Ribarroja del Túria, Loriguilla, Burjassot y Benimamet que incluye Beniferri y Terramelar.

En relación a sus características señalar que incluye zona rural y residenciales Ribarroja y Loriguilla, municipios del cinturón cercano a Valencia: Burjassot, Terramelar (Paterna) y pedanía de Valencia: Benimamet-Beniferri:

Distribución por entidades de población:

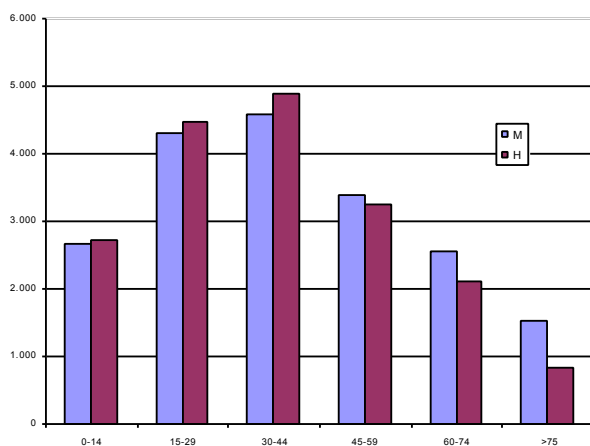
Burjassot

37.330

Benimamet-Beniferri	12.969
Terramelar	2.610
Riba-roja	16.262
Loriguilla	1.177
Total	70.348

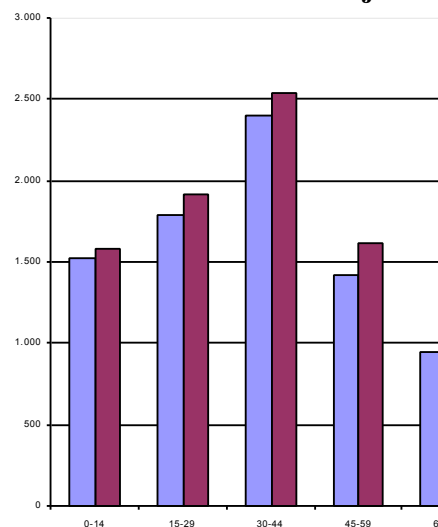
Estructura de edad y sexo de las poblaciones dependientes de la USM

Población Burjassot



Fuente INE 2004
 La distribución por sexos es de 19.064 mujeres y de 18.266 hombres.

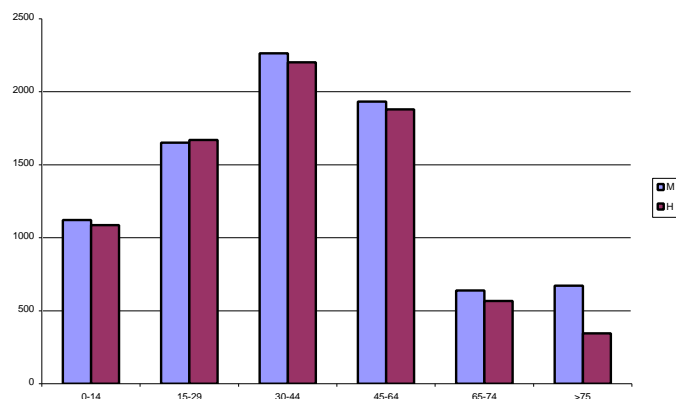
Poblaciones Ribarroja-Lor



Fuente INE 2004

La distribución por sexos es de 8.581 mujeres y de 8.858 hombres; es la única población que tiene mayor número de hombres que de mujeres.

Benimamet-Beniferri- Teramelar



Fuente SIP 2004

La distribución por sexos es de 7.899 mujeres y de 7.680 hombres.

BREVE HISTORIA DE LA UNIDAD

La USM de Burjassot empezó a funcionar en 1988 y en un inicio atendía especialmente a los enfermos mentales crónicos deshospitalizados del Hospital Psiquiátrico de Bétera y a aquellos otros pacientes con diagnósticos relacionados con las psicosis o trastornos graves con riesgo de hospitalización. Hasta 1991 se coincidió en el espacio físico del Centro de Especialidades con la atención que desde la plaza de neuropsiquiatría se daba a los usuarios, generalmente con trastornos menores a nivel psiquiátrico y/o neurológicos.

La atención a los pacientes se intentaba que fuera integral a nivel psicofarmacológico y psicoterapéutico incidiendo en la reintegración social y apoyo a la familia y rechazando estructuras específicas por considerar que podían ser estigmatizadoras y nueva forma de marginación.

En 1991 se desdoblaron las dos especialidades (psiquiatría y neurología) y toda la demanda de atención pasó a depender del equipo de salud mental.

La Salud Mental pasó a depender de la Dirección de Atención Primaria, esto supuso, que se nos modificara la estructura funcional con una adscripción de espacios escasos y no adecuados. El personal quedó insuficiente ante la demanda continua de nueva atención.

Desde hace 3 años la plantilla aunque en algunas categorías es provisional, el nº de médicos ha aumentado y con los objetivos de mejorar la relación y coordinación con atención Primaria, se realizó una distribución de la atención de los psiquiatras de la Unidad por equipos de Atención Primaria; a pesar de esto y debido entre otras cosas a la creciente demanda de nuevos casos, nuevas problemáticas y al déficit de recursos intermedios existe saturación en la asistencia, con dificultad para realizar una asistencia de calidad, en especial a los casos más graves.

MISIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM)

Las USM a nivel general, siguiendo las directrices del Plan actual de Salud Mental, se conforma como equipo multidisciplinario y con funciones en áreas de promoción de salud, asistencia ambulatoria, asistencia domiciliaria, formación, investigación y docencia.

La atención se organiza y actúa en relación a la Salud Mental de la población general mayor de 15 años, que reside en el área de salud correspondiente.

FUNCIONES

Las funciones que se realizan se agrupan en tres áreas fundamentales, siendo a la asistencia a la que se dedica la mayoría del tiempo de trabajo.

1. Asistencia: a este nivel e realizan diversos tipos de intervenciones

A nivel ambulatorio se realiza la asistencia de todas aquellas personas derivadas por los equipos de atención primaria, resto de especialidades o del hospital y las intervenciones se concretan en psicofarmacológicas y psicoterapéuticas por el personal médico y psicólogo, rehabilitadoras especialmente por el personal de enfermería y de intervención sociofamiliar por parte del trabajador social.

Se atiende también desde la USM las dos viviendas de pacientes mujeres que existen en Burjassot (una vivienda tutelada y la otra semitutelada) dependientes de Cáritas Diocesana por psiquiatra y psicólogo, el Centro Específico para Enfermos Mentales Crónicos de Ribarroja por psiquiatra, siendo ambos de ámbito provincial y el Centro de Menores de Godella (Colonia de San Vicente Ferrer), por psiquiatra.

Se realizan también interconsultas con el equipo de atención primaria, e intervenciones con los servicios sociales comunitarios.

Como forma de prestar una atención más eficaz se están llevando a términos algunos programas de atención, por ejemplo se ha iniciado coordinación reglada con los diversos equipos de Atención Primaria, se están llevando a cabo algunos programas de rehabilitación para pacientes con patología severa y se están realizando tratamientos psicoterápicos grupales para trastornos depresivos y de ansiedad.

2. A nivel de prevención y promoción, se ha participado con las asociaciones de enfermos mentales en diversas actividades de información y divulgativas.

3. **A nivel de formación, investigación y docencia**, se participa en la formación MIR para médicos de familia por parte de los médicos y PIR por parte de los psicólogos y se ha participado en sesiones de formación para atención primaria.
4. La organización actual de la tarea asistencial viene condicionada por la actual distribución de la actividad médica por criterio territorial y por cupos de Atención Primaria. Ésta distribución que se realizó hace unos años tenía el objetivo de facilitar las interconsultas y la coordinación con la atención primaria de salud.
Para el resto del personal del equipo de salud mental su ámbito de actuación es el de toda la USM.

5. Coordinación

1. Interna: mediante reuniones de servicio semanales y puntualmente entre los miembros del equipo que lo consideren.
2. Externa: la consideramos básica para poder mantener una continuidad asistencial y se realiza tanto a nivel jerárquico por el coordinador del servicio, como a nivel de los miembros del equipo referentes, con aquellas instituciones o organismos implicados en los niveles sanitario y sociosanitario.

Datos estadísticos del año 2004

Primeras consultas	1016
Sucesivas	9109
Interconsultas	287
Visitas domicilios	392
Visitas hospital	23
Informes Clínicos	467
Inter. comunitarias	63
Intervenciones programas	299
Rehabilitación	
Altas	398
Terapia de grupo	Sí
Docencia	Sí
Investigación	Sí

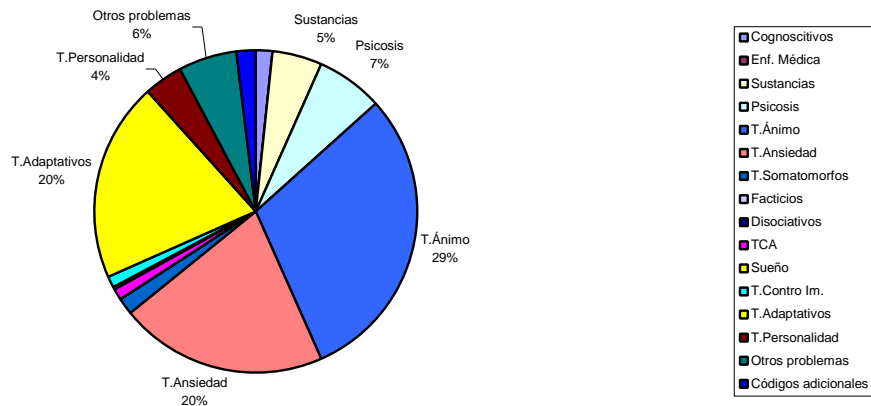
DIAGNÓSTICOS PRIMERAS CONSULTAS

Se disponen de los datos diagnósticos de los pacientes atendidos por primera vez por uno de los psiquiatras y que incluye la zona de Benimamet-Beniferri y el cupo de dos médicos

de atención primaria de Burjassot y que pensamos puede ser significativa de los casos de toda la USM.

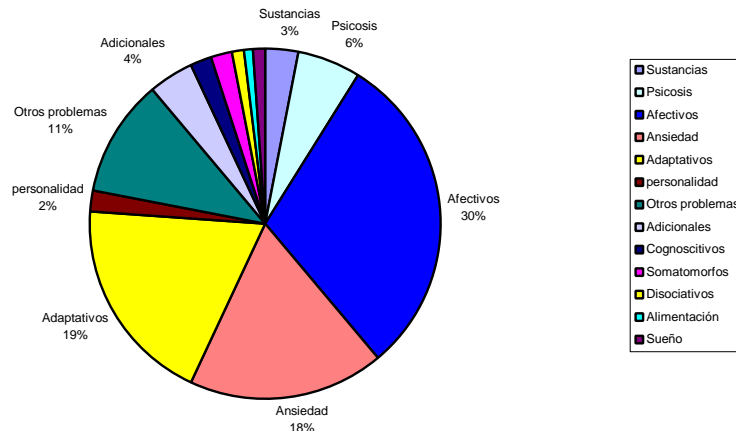
Es de destacar, como podemos ver casi las $\frac{3}{4}$ de la atención (71%) se distribuye entre trastornos afectivos, de ansiedad y adaptativos. La incidencia trastornos psicóticos 7%, se mantiene y se aumenta discretamente en relación a otros años (5 al 6%), igual que los trastornos de personalidad (4%).

1as consultas 2004 Benimamet-Burjassot



Podemos comprobar, que durante el año 2000 con algunas diferencias, los grandes grupos atendidos son los mismos.

1as consultas 2000
 USM Burjassot



ALTERNATIVAS A LA SITUACIÓN ACTUAL O METAS

A nivel general

1. Solicitar y propiciar el incremento de los recursos asistenciales. Es prioritario aumentar el espacio físico.
2. Estimular la coordinación entre los dispositivos específicos de salud mental del área, y intersectoriales y con las diversas entidades o instituciones sociales y sanitarias implicadas.

A nivel de la propia Unidad

Desarrollar modelo de funcionamiento basado en programas de intervención específicos por trastornos, edad o género; este modelo ya se ha iniciado con los programas de atención grupal para trastornos de ansiedad, depresivos y de rehabilitación y se plantea ampliarlos a otros grupos de usuarios y/o optimizar tras evaluarlos, los actuales. Aunque se respete la distribución médica actual, las áreas concretas de actuación tendrían el ámbito de actuación de la unidad (o área), designándose un responsable con la participación de los miembros del equipo que se consideren o puedan.

El trabajo con un modelo grupal de pacientes o familiares multiplica no sólo el número de pacientes sino que aporta todo el potencial terapéutico propio del grupo de pacientes o de sus familias.

Se podrían establecer los siguientes programas, pudiéndose modificar si se considera:

1. Elaboración y puesta en marcha de un programa de recepción y evaluación de las primeras demandas.
2. Elaboración y puesta en marcha de los siguientes programas para trastornos o problemáticas concretas que se añadirían a los actuales y aunque se plantean para el ámbito de la USM, podrían extenderse a nivel del departamento.
 - 2.1. De Rehabilitación psicosocial para pacientes con enfermedad mental severa, de curso crónico.
 - 2.2. Elaboración y puesta en marcha de programas detección y tratamiento precoz de psicosis.
 - 2.3. Trastorno bipolar.
 - 2.4. Atención específica de grupos de riesgo: Por edad, género...

2.5.Elaboración de protocolo de colaboración con Atención Primaria de Salud.

OBJETIVOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR

A nivel general:

1. Mejora de la calidad de la asistencia, incrementando la eficacia y eficiencia de las intervenciones.
2. Ofrecer una atención integrada y sistematizada.
3. Unificar criterios de actuación de los distintos profesionales
4. Facilitar la participación de varios profesionales a diferentes
5. niveles,
6. Utilizar todos los recursos y dispositivos disponibles.
7. Y conseguir mayor satisfacción de profesionales y usuarios.

A nivel más específico para la puesta en marcha, se destacan:

1. Seleccionar y/elaborar para realizar los diversos programas aquellas técnicas, guías o protocolos que puedan aumentar la eficacia de este modelo de intervención.
2. Establecer coordinación con aquellos servicios, instituciones o asociaciones que estén relacionados con los diversos programas.
3. Facilitar información al usuario y familiares.
4. Realizar redistribución de actividad asistencial.
5. Incluir la formación/docencia en todos los programas.
6. Investigación en relación con los diversos programas que se desarrollen.

A NIVEL DE RECURSOS

1. Materiales:

Se precisaría dotación adicional de infraestructura y/o plantearse adecuación del horario de los profesionales.

2. Humanos:

A nivel de personal, en un inicio habría que tener en cuenta el apoyo asistencial al coordinador, la necesidad de la 2ª DUE a tiempo completo y un auxiliar administrativo para poder rescatar para la asistencia a la auxiliar de enfermería que realiza tareas administrativas.

A NIVEL DE COORDINACIÓN

1. **Interna:** del propio equipo: complementar las actuales Reuniones de Servicio semanales con sesiones clínicas, comentarios de casos etc.

2. **Externa:**
 - 2.1. Sanitario:
 - Regular la coordinación con la atención primaria.
 - Mejorar la relación con la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
 - Y realizarla con aquellos equipos o servicios que desarrollen programas similares.

 - 2.2. Sociosanitario
 - Estimular la coordinación entre el sistema sanitario y sociosanitario con el objetivo de mantener la continuidad asistencial

 - 2.3. Servicios Sociales
 - Regular la coordinación con S.S. de base y con
 - los proyectos comunitarios de inserción profesional

 - 2.3. Asociaciones
 - Familiares de enfermos mentales
 - Asociación de enfermos bipolares
 - Voluntariado, otras...

EVALUACIÓN

Establecimiento por parte de la unidad de indicadores para medir el funcionamiento de su actividad, pudiéndose establecer entre otros:

1. Además de los clásicos indicadores de actividad, habría que establecer indicadores de funcionamiento al objeto de poder medir el tipo y la forma de las intervenciones.
2. Indicadores de resultados.
3. Indicadores de calidad de vida
4. Indicadores de satisfacción de usuarios.

PROGRAMAS POSIBLES

PROGRAMA DE RECEPCIÓN Y EVALUACIÓN

Podría suponer la puerta de entrada a la atención en la Unidad de Salud Mental y tendría entre otros los siguientes objetivos:

1. Analizar y filtrar la demanda recibida en la USM.
2. Recoger la información precisa para poder tomar decisiones.
3. Coordinar la demanda con los diferentes niveles asistenciales (Otros Centros, hospitalización, S. Sociales, Atención Primaria.,).
4. Derivar a otros dispositivos.
5. Remitir al equipo de salud mental la información recabada así como las decisiones tomadas.

PROGRAMA DE COLABORACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

Se ha calculado que los Centros de Atención Primaria atienden anualmente entre el 70 y el 90% de su población y diferentes estudios indican que el 25% de los pacientes atendidos en atención primaria tienen algún problema psiquiátrico. De éstos, alrededor de la mitad son candidatos a ser tratados, al menos en primera instancia, por su médico de cabecera.

El profesional de atención primaria se encuentra con los siguientes problemas en el momento de atender los problemas de salud mental.

- Alta prevalencia
- Falta de tiempo
- Necesidad de formación continuada para atender esta patología
- Morbilidad social y laboral que provocan y elevados costes

Aunque se considera necesario el soporte del servicio de salud mental para que los médicos de atención primaria puedan detectar, tratar o derivar correctamente, es decir, aunque los trastornos mentales requieran tratamiento especializado y a menudo interdisciplinar, **para que este sistema funcione, será necesaria una estrecha colaboración y coordinación entre los servicios de atención primaria y salud mental, sin que dependa solamente de la “buena voluntad de los profesionales”.**

Es preciso establecer acuerdos, definir intervenciones y formas de relación profesional.

Se propone la creación de un grupo de trabajo mixto: atención primaria/salud mental, que pueda definir y establecer de manera realista una adecuada relación profesional entre atención primaria y salud mental.

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Se parte de la base de una responsabilidad asistencial plena sobre el enfermo mental crónico, con una escasa incidencia de la Atención Primaria en su atención; sin prácticamente recursos intermedios, salvo algunos pacientes que se pueden beneficiar de atención en algún CRIS fuera de su localidad y la posible plaza en algún piso tutelado.

El perfil de los pacientes atendidos en la USM está sufriendo modificaciones y está pasando de ser pacientes generalmente jóvenes, residiendo en el núcleo familiar o aquellos otros deshospitalizados del hospital psiquiátrico, a personas que muchas ocasiones presentan un trastorno dual, que viven con familiares muy mayores o solos y que presentan necesidades no solo de programas específicos de rehabilitación sino también de establecimiento de relaciones sociales y sistemas de apoyo social.

Habría que definir entre otros:

- Análisis de la situación de la enfermedad mental crónica en nuestra zona.
- Evaluación de los actuales programas de rehabilitación.
- Modelo y organización del proceso de rehabilitación que queremos implantar.
- Objetivos, estrategias y actividades a realizar.
- Programas y dispositivos que deben intervenir.
- Coordinación.

Se precisaría que dentro del equipo, asumiera la coordinación de este programa uno de los médicos o psicólogos superando la actual distribución por cupos.

PROGRAMA DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA DE TRASTORNOS PSICÓTICOS

Existe un creciente interés tanto a nivel nacional como internacional por la detección e intervención precoz en diversos trastornos mentales, y en la última década, han ido surgiendo una serie de servicios clínicos y de grupos de investigación que están generando importante cantidad de investigaciones y de material clínico para la intervención:

El Centro de Prevención e Intervención en Psicosis Temprana (EPPIC) en Australia, el Servicio de Intervención Temprana de Birmingham, el Proyecto para la Identificación Temprana de la Psicosis en Noruega y Dinamarca, Cantabria en España. En Santander este año, será el 3º que se ha dedicado de forma monográfica a la intervención y diagnóstico precoz en un trastorno mental (psicosis, trastornos bipolares, trastornos de ansiedad)

Se sabe por ejemplo que el inicio del tratamiento en las psicosis, no suele coincidir con el inicio de la enfermedad. De hecho, lo más habitual es que entre estos dos momentos

medie un periodo de varios años de duración. Este retraso suele traer como consecuencia una recuperación más lenta e incompleta de las psicosis, un aumento de la comorbilidad (depresión, consumo de tóxicos, suicidio etc.), un deterioro de las relaciones sociales y familiares y un peor pronóstico.

La revisión y establecimiento de las intervenciones más eficaces desde una perspectiva interdisciplinar puede ayudar a su tratamiento y prevención de recaídas.

La puesta en marcha de este programa también requeriría el ámbito de la USM y con la posibilidad de extenderlo a todo el Servicio de salud mental del departamento.

PROGRAMA DIRIGIDO A PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR

A pesar de los avances en el tratamiento farmacológico del trastorno bipolar basados en su etiología fundamentalmente biológica, se han desarrollado durante los últimos años intervenciones psicoeducativas, cognitivo-conductuales y interpersonales para tratar los factores psicológicos que influyen en el trastorno, mejorar la conciencia de enfermedad y facilitar la adhesión al tratamiento.

Protocolos actuales también inciden en las estrategias de intervención precoz para reducir el impacto que los episodios maníacos o hipomaníacos pueden tener en la vida del paciente.

El tratamiento integral de estos trastornos ha sido abordado por diversos autores como Basco and Rush, 1996, Newman et al., 2001, Otto et al., 1999 y más cercanos Vieta y Colom aportan incluso una manual protocolizado de psicoeducación para el trastorno bipolar.

Se propone la atención de estos pacientes a nivel de la USM, incluyendo los protocolos o guías de tratamiento que se hayan demostrado más eficaces.

PROGRAMAS PARA POBLACIONES ESPECIALES:

A definir, pudiéndose establecer para aquellas poblaciones consideradas de riesgo, tales como adolescentes..., mujeres en condiciones de riesgo psicosocial...,

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril) (BOE 102 del 25-4-1986). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986.
2. COMISIÓN MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIÁTRICA "Documento general y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica. y la Atención en Salud Mental". Revista de la AEN, 1985 nº 13: 204-222.
3. Plan de Salud Mental 1991.

4. Plan director de Salud Mental 2001-2004.
5. SALUD MENTAL EN EL MUNDO (2001): Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, de la World Health Organización. Ginebra, 2001.
6. El Observatorio de Salud Mental de la AEN. Revista de la AEN 2005 nº 93
7. Gomez Beneyto y cols. Evaluación de la estructura y el funcionamiento del sistema de salud mental de la comunidad valenciana.
8. Bravo Ortiz MF y cols. Hacia una atención comunitaria de calidad. Cuaderno Técnico AEN nº 4. Madrid 2000.
9. Thornicroft G, y Tansella M. La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de los servicios. Fundación española de psiquiatría y salud mental. Serie biblioteca básica de psiquiatría. Triacastella. Madrid 2005.
10. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009. Documento para el debate público. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat.
11. Informe Especial a las Cortes Valencianas del Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana sobre la “ Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y sus familias”, 2003.
12. Gisbert C y cols. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos Técnico AEN nº 6. Madrid 2002.
13. Arevalo Ferrero J. El tratamiento cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos. Rehabilitación psicosocial 2004; 1(2): 56-63
14. • Caballo V. (Dir.) (1997) Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos, vol.1. Madrid: S. XXI editores, S.A.
15. Otero Pérez JF, Martín Zurro A y col. Trastornos psiquiátricos y atención primaria. Doyma, S.A. Barcelona 1995.
16. Cuesta L, y col. Guía para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos en asistencia primaria. Editorial Glosa 2003.
17. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM: EPPIC: and evolving system of early detection and optimal management. Schizophr Bull 1996; 22:305–326.
18. McGorry PD, Edwards J. Programa de formación sobre la psicosis precoz. Gardiner-Caldwell Communications Ltd. Traducido por González de Chávez y

col. y distribuido en el curso sobre “ El comienzo de la esquizofrenia”, 24-29 de noviembre del 2000.

19. Vallina Fernández O y col. Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. Norte de Salud Mental nº 15, 2002.
20. Colom F, Vieta E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Ars Médica 2004.