

PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACION. SERVICIOS DE SALUD MENTAL DISTRITO CENTRO. MADRID. (2005)

Antonio Fernandez Moral (Psiquiatra. Madrid)

RESUMEN

El significado de la palabra rehabilitación en psiquiatría ha ido cambiando ó, al menos matizándose a lo largo del tiempo. En un principio fué usada, esencialmente, en el sentido estricto de ser un proceso que perseguía la restauración del "status quo" anterior a la enfermedad.

Posteriormente, se han dado muchas definiciones de rehabilitación. Todas ellas coinciden en considerarla como un proceso terapéutico de restauración, destinado a eliminar o reducir los déficits cognitivos y relacionales que son, a veces secuela de una enfermedad psiquiátrica y otras veces, el producto de diversas reacciones desadaptativas personales y socio-familiares al hecho de haber padecido o padecer la enfermedad. También se dirige hacia los llamados "handicaps premórbidos", es decir, la pobreza de recursos personales previos a la enfermedad.

Se han propuesto diferentes modelos para explicar y entender la discapacidad. Seguimos el modelo de la OMS, que conceptualiza la discapacidad como una dialéctica entre el modelo médico y el modelo social. Por una parte, la

discapacidad es un problema directamente derivado de la enfermedad, pero también tiene un origen y una traducción en el contexto social en el que se desarrolla la integración de la persona.

La rehabilitación, aplicada en la doble perspectiva médico-social tiene los objetivos finales de reinsertar o mantener socialmente al paciente en la comunidad, procurando su acceso a un modo de vida lo más normalizado posible. Para ello, los pacientes que se incluyen en nuestro programa, reciben prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, que son dispensadas por diferentes profesionales y desde distintos dispositivos y que se articulan de forma sinérgica y coordinada según un plan de atención individualizado para cada individuo.

PALABRAS CLAVE

Rehabilitación, gestión.

SUMMARY

The meaning of the word rehabilitation in psychiatry has changed or, at least qualified, over time.

It was initially used, basically, in the strict sense of being a process that sought to restore the "status quo" prior to the illness.

Rehabilitation has subsequently had many different definitions. They all coincide in considering it as a therapeutic recovery process, aimed at eliminating or reducing the cognitive and relational deficits which are sometimes the aftereffects of a psychiatric illness and at other times, the outcome of various socio-family and personal disorientated reactions due to the fact that they have had or have the illness. It also considers the so-called "premorbid handicap", in other words, the lack of personal resources prior to the illness.

Different models have been put forward to explain and understand the handicap. We follow the WHO model, which conceptualises the handicap as a dialectic between the medical model and the social model. On the one hand, the handicap is a problem that directly arises from the illness, but it also has a source and a translation in the social context in which the integration of the individual occurs.

Rehabilitation, applied in the double social-medical perspective, has the final objective of reinserting or socially maintaining the patient in the community, by enabling his access to a way of life that is the most mainstream as possible.

Therefore, the patients that are included in our programme, receive treatment, rehabilitation, care and support, which are provided by different professionals and using different mechanisms. These are combined in a synergetic and coordinated way according to an individualised care plan for each individual.

KEY WORDS

Rehabilitation, management.

1.- OBJETIVOS

1.1. General.

El objetivo general del programa es reducir o eliminar la discapacidad asociada a la enfermedad mental, facilitando a la persona la consecución de habilidades personales (cognitivo-relacionales), y/ó, el acceso a recursos sociales que posibiliten una vida autónoma y un mantenimiento estable en la comunidad.

El programa deberá ocuparse de conseguir para la persona un apoyo sanitario adecuado y un medio de vida estable. Realizará actividades reeducadoras, tanto sobre el individuo, como sobre la familia y personas relacionadas y con especial acento sobre el “estigma” producido por la enfermedad. Reforzará las redes sociales y el acceso a actividades de ocio y finalmente intentará lograr un apoyo hacia posibles salidas laborales.

1.2. Específicos

1.2.1. Detectar de forma precoz aquellos pacientes que presentan una discapacidad personal, y/ó, déficits importantes en sus redes de soporte sanitarias, sociales y familiares que les dificultan, ó podrían dificultarles en el futuro, su integración en la comunidad.

1.2.2. Integración de todos estos pacientes en el Programa de Continuidad de Cuidados y Rehabilitación. Se establecerá un plan individualizado de

seguimiento, con la asignación de un profesional que llevará a cabo las funciones de Coordinador de Cuidados.

1.2.3. Efectuar una prospección y evaluación en cuanto a recursos existentes y necesarios para desarrollar progresivamente las distintas fases del programa. Para esto, se atenderá básicamente a estudios propios (de los Servicios de Salud Mental) y a otros hechos desde diversas instituciones o grupos representativos dentro del sector.

1.2.4. Impulsar un desarrollo progresivo, acorde a los estudios realizados, de los recursos comunitarios (Unidades de Día, Centros de Rehabilitación psicosocial, Centros de Día, alternativas residenciales, etc), necesarios para la rehabilitación de los pacientes incluidos en el programa.

1.2.5. Trasmitir información y clarificar conceptos sobre la enfermedad mental. Esta actividad estará dirigida hacia aquellos individuos o grupos que estén en condiciones, (en función de su cargo social y otras variables), de ayudar a evitar el impacto negativo (“estigma”) que la enfermedad mental tiene en la sociedad.

1.2.6. Educación, apoyo ó supervisión de las personas que tienen una responsabilidad, sea cual sea, en el proceso de rehabilitación de los pacientes, T. Sociales, A.T.S., Monitores, Atención Primaria, etc.

1.2.7. Trabajar conjuntamente y comprometer a los estamentos familiares y sociales específicos, en la labor de sostén del enfermo en su medio.

2.- METODOLOGIA DE EVALUACIÓN DE OBJETIVOS

Los objetivos específicos del programa se evaluarán de forma anual con unos indicadores fijos y otros variables, en función de las distintas fases de desarrollo que se vayan alcanzando.

Objetivo general

Elaboración de un censo de pacientes crónicos del distrito, siguiendo los criterios de cronicidad propuestos por la Oficina de Salud Mental de la C. de Madrid

Objetivo 1.2.1.

Se evaluará la presencia de discapacidad en todos los pacientes nuevos con diagnóstico de psicosis. (Diagnósticos 295,296,297 y 298).

Indicador: Presencia de cuestionarios de discapacidad DAS cumplimentado en la historia de los pacientes nuevos con diagnóstico de psicosis.

Standard propuesto:100%

Objetivo 1.2.2.

Se comprobará que todos los pacientes con puntuación mayor de siete en la escala DAS estén integrados en el Programa.

Indicadores: -Nº de pacientes con diagnóstico de psicosis y puntuación

DAS mayor de siete / Nº de pacientes incluidos en el programa.

-El paciente tiene asignado un tutor en el Programa

-Existe ficha cumplimentada con los datos de entrada

-Existe cuestionario de evaluación de necesidades

complimentado y plan de seguimiento y cuidados.

Standard propuesto para los cuatro indicadores: 100\$

Objetivo 1.2.3.

Editar un catálogo de recursos del Programa de Continuidad de Cuidados y Rehabilitación en nuestro distrito junto con las ratios admitidas por la OMS para este tipo de dispositivos.

Indicador: Existencia del documento a 31/12/05

Objetivo 1.2.4.

Trasmitir por escrito a la Jefatura del Area Sanitaria, a la Comisión Regional de Rehabilitación, a la Oficina de Salud Mental de la C.M. y al Jefe del Programa de alternativas a la institucionalización psiquiátrica de la Consejería de Servicios Sociales informe de necesidades.

Indicador: Nº de reuniones mantenidas sobre el asunto

Objetivo 1.2.5.

Participación activa en el Programa de la OMS contra el estigma en la Esquizofrenia.

Indicador año 2006: Presentación del Programa y exposición didáctica del tema en todos los Centros de Atención Primaria del distrito.

Standard propuesto 2006: 100% de los Centros.

Objetivo 1.2.6.

Realización de actividades de Formación continuada por parte de los miembros de Equipo de Continuidad de Cuidados y Rehabilitación.

Indicador: Nº de actividades de formación realizadas.

Standard propuesto: Al menos una por persona del equipo.

Objetivo 1.2.7.

Reuniones conjuntas con responsables de Asociaciones de enfermos ó de familiares de enfermos del distrito.

Reuniones con Juzgados y Fiscalía de incapacidades.

Indicador: Nº de reuniones mantenidas.

Standard propuesto: Al menos una reunión anual con cada una de las instituciones ó asociaciones.

3.- POBLACION A LA QUE SE DIRIGE EL PROGRAMA

Como norma general, el Programa de Continuidad de Cuidados y Rehabilitación se aplica a personas con enfermedad mental grave ó crónica, entendida la cronicidad y gravedad dentro de una triple dimensión que comprende las categorías de temporalidad (larga **duración** de la enfermedad), **diagnóstico** severo y **discapacidad**. Son personas con déficits importantes, personales, sociales o familiares, una evolución tórpida de su enfermedad, un uso inadecuado de recursos sanitarios, o una combinación de todos estos factores.

Por tanto, las personas que se incluirán en el programa serán todos aquellos pacientes que están en contacto con nuestro Servicio de Salud Mental, que tienen un diagnóstico psiquiátrico severo y cumplen los criterios de sospecha de cronicidad aprobados en la Comisión Regional de Rehabilitación. (Anexo 1)

4.- ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

La rehabilitación del enfermo mental debe de realizarse de forma individualizada, en estrecha colaboración con el mismo y teniendo en cuenta tanto sus capacidades como sus déficits, aunque también está supeditada a los recursos terapéuticos existentes. Para que haya éxito en el trabajo de

rehabilitación es fundamental garantizar la continuidad del proceso y para que ésto sea posible, las distintas intervenciones médicas y/o sociales previstas en el programa terapéutico establecido para cada paciente deben estar coordinadas entre sí.

La estructura del Programa se apoya en dos pilares fundamentales:

4.1.- El equipo de Rehabilitación

El equipo encargado del seguimiento de los pacientes está for mado por distintos profesionales: dos trabajadores sociales, tres A.T.S. psiquiátricos y un facultativo coordinador del Programa. Todos los facultativos que tienen pacientes crónicos a su cargo son considerados consultores en la estructura del Programa.

4.2.- Recursos

Hay un conjunto de recursos específicos de rehabilitación y varios dispositivos de apoyo social y comunitario que se detallan en un capítulo aparte.

En todo momento, siempre que las condiciones del paciente y la disponibilidad de los recursos lo permitan, se priorizará que el enfermo se integre en recursos de normal acceso a toda la población, con el fin de evitar en lo posible segregaciones añadidas.

5.- ORGANIZACION Y DESARROLLO DEL PROGRAMA.

El programa de continuidad de cuidados y rehabilitación es un programa de segundo nivel, es decir su acceso directo es interno y se efectúa únicamente desde cualquier otro programa de los existentes en nuestros Servicios.

5.1.- Entrada en el programa. Propuesta y derivación del caso en las reuniones del equipo. Designación del coordinador de cuidados.

La derivación de los pacientes al Programa se hace a través de las reuniones que el equipo mantiene semanalmente.

La propuesta de derivación la hace personalmente el facultativo que tenga a su cargo el tratamiento del paciente.

El facultativo efectuará una presentación del paciente, con objetivos a corto plazo, incluyendo los resultados del cuestionario DAS (Anexo 2) y la ficha de continuidad de cuidados (Anexo 3) cumplimentada en los apartados que le correspondan.

En función de las características del paciente se designará la persona del equipo que se hará cargo del mismo como coordinador de cuidados.

5.2. Evaluación

El coordinador de cuidados hace una evaluación global del funcionamiento psicosocial del paciente. Esta exploración se lleva a cabo en entrevistas con el paciente y personas relacionadas, apoyándose también en instrumentos de evaluación. En todos los casos se cumplimentará el “Cuestionario para evaluar discapacidades y necesidades” aprobado por la Comisión Regional de Rehabilitación de la Comunidad de Madrid (Anexo 4).

5.3.- Diseño del Plan de seguimiento y cuidados

Una vez terminada la evaluación, el coordinador de cuidados, diseña un plan individualizado de actuación definiendo los objetivos a corto, medio y largo plazo que se quieren conseguir. Se planifican las actividades a desarrollar y los recursos que se van a utilizar para conseguir esos objetivos.

En las reuniones semanales el equipo, junto con los facultativos responsables de cada caso, hace una supervisión de los casos que ya están en seguimiento. Se analizan las dificultades, se resuelven dudas y se planifican nuevas actividades acordadas entre todos los presentes en la reunión.

6.- ACTIVIDADES DEL PROGRAMA:

Se van a establecer en dos niveles diferentes.

6.1.- Actividades centradas en el caso.

-Seguimiento individualizado por parte del coordinador de cuidados, con periodicidad variable y mínima de una vez por mes.

- Control de adherencia al tratamiento.

- ~ Actividades de apoyo y asesoramiento al paciente.
- Planificación y apoyo en actividades de ocio.
- Supervisión de tratamientos protocolizados.

-Actividades grupales: Grupos psicoterapéuticos, socioterapéuticos y otras actividades grupales de ocio

6.2.- Actividades centradas en el entorno.

- Entrevistas con la familia y otro personal relacionado.
- Contacto, por parte del coordinador de cuidados, con cada uno de los recursos específicos de rehabilitación en los que esté integrado el paciente.
- Contacto, por parte del coordinador de cuidados, con los recursos sociales y comunitarios en los que esté integrado el paciente

7.- RED DE RECURSOS DEL PROGRAMA Y PERSONAL RESPONSABLE DE LA COORDINACIÓN

Con el objetivo de mejorar la coordinación con los distintos recursos, una/s persona/s del equipo de continuidad de cuidados serán responsables de las actividades de coordinación general con cada uno de ellos.

1.- Recursos Sanitarios

1.1.- Unidad de Hospitalización Breve: Antonio Fernández. M^a Dolores Cortés. Reunión semanal.

1.2.- Hospital de Día: Marisa García. Reunión mensual.

1.3.- Unidades de tratamiento y rehabilitación (media y larga estancia): M^a Dolores Cortés. Reunión mensual.

1.4.- Programa de atención a enfermos mentales “sin techo”. Marisa García. Reunión mensual.

2.- Recursos específicos de rehabilitación

2.1.- Centro de rehabilitación psicosocial: Manuel Geanini. Reunión mensual

2.2.- Centro de rehabilitación laboral: Margarita Delgado. Reunión mensual

3.- Recursos residenciales y de apoyo social al mantenimiento del paciente en la comunidad

3.1.- Pisos protegidos: M Dolores Cortés y Manuel Geanini. Reunión mensual.

3.2.- Pensiones supervisadas: M@ Dolores Cortés y Manuel Geanini. Reunión mensual

3.3.- Mini-residencias: M^a Dolores Cortés y Manuel Geanini. Reunión mensual.

3.4.- Albergue Municipal de S.Isidro: Pilar González. Reunión semestral.

3.4.- Programa Municipal de Ayuda Domicilio: M^a Dolores Cortés.

4.- Recursos sociales generales

4.1.- Servicios Sociales generales del distrito: Margarita Delgado y Pilar González. Reunión Mensual.

4.2.- Comedores públicos: Marisa García

4.3.- Programa REMI: Pilar González.

5.- Recursos generales de ocio y tiempo libre

5.1.- Centros Culturales del Distrito: .

5.2.- Polideportivos Municipales

6.- Otros recursos comunitarios

6.1.- Programas de voluntariado (Cruz Roja, Cáritas, etc): Margarita Delgado.

6.2.- Cursos normalizados de Formación Profesional (INEM, IMAF, IMEFE)

6.3.- INSERSO (Pensiones de Minusvalía)

6.4.- Agencia de Tutela del Adulto de la Comunidad de Madrid

6.5.- Fundación Manantial

6.6.- Asociaciones Candelita y Realidades.

BIBLIOGRAFÍA

Guimón J (2001). Intervenciones en Psiquiatría Comunitaria. Ginebra, Madrid, New York: Core Academic.

Salzberg R. (1990). Konzept Evaluation der Weiter-und Fortbildung. Bulletin des médecines suisses. 71 (32). 1298-1308.

Sullivan HS (1927). The onset of schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 253-264. New York: Oxford University Press.