

## **PROYECTO DE ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA Y MÉDICA ESPECIAL A LOS PACIENTES TMS (Trastornos mentales severos), POR MEDIO DE UN EQUIPO PILOTO DENTRO DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL**

*Jordi Roig Giménez*

### **RESUMEN**

A partir de la idea expresada por el equipo, sobre la necesidad de incrementar la atención terapéutica a los pacientes TMS ( en especial a los pacientes psicóticos ), y también para ofrecer una alternativa a las que existen actualmente en el ámbito comunitario, básicamente la hospitalización, los hospitales y centros de día, hemos elaborado un programa de atención psicoterapéutica, que, a la vez que limita los objetivos, propone la creación de unos módulos psicoterapéuticos como herramienta principal y de tratamiento, vinculado todo ello, a una atención clínico-psiquiátrica preferente. El proyecto es autolimitado en sus objetivos y en el tiempo para así poder evaluarlo internamente y si se da el caso, corregir alguno de sus aspectos de acuerdo con los criterios de efectividad clínica que pudiéramos observar.

### **PALABRAS CLAVE**

Pacientes TMS, atención terapéutica, ámbito comunitario.

### **SUMMARY**

We have prepared a psycho-therapeutic care programme, based on the idea expressed by the team, regarding the need to increase the therapeutic care for severe mental disorder patients (particularly psychotic patients). This also offers an alternative to those currently in the community, basically in the form of hospitalisation, day centres and hospitals. This, in turn, limits the objectives, proposes setting up psycho-therapeutic modules as a treatment and main tool, all of which are linked to preferential psychiatric-clinical care. The project is self-limited in its objectives and in time in order to be able to internally assess and, where applicable, correct some of its aspects in accordance with the clinical effectiveness criteria observed.

#### KEY WORDS

Severe mental disorder patients, psycho-therapeutic care programme, the community.

Los **argumentos** para poner en marcha este proyecto se basan en:

- 1) Los servicios para los pacientes psicóticos crónicos y en general, TMS, no cubren las necesidades básicas de estos pacientes.
- 2) Esta carencia, incrementa la utilización de servicios hospitalarios excesivamente con el fenómeno de la “puerta giratoria”: el paciente sale de alta ( “Alta” al paciente), pero regresa con mucha facilidad. En los servicios Hospitalarios de nuestra zona comunitaria, no se atiende casi en absoluto a los aspectos psicosociales del paciente y entre ellos los psicoterapéuticos, e incluso, a en muchas ocasiones, el paciente llega a la Unidad con una medicación o tratamiento farmacológico de “urgencia” que no es el indicado para su seguimiento.
- 3) Un peso considerable de la atención se traspasa a las familias, sin que las mismas reciban demasiada dotación para ese tipo de carga.
- 4) Lograr un trato más humano, –como forma de ejercer la psiquiatría, (psiquiatría social) -, del paciente con unos servicios más accesibles, que a su vez consigan una respuesta más eficaz. O cuando menos mas comprensiva de sus dolencias.
- 5) Equilibrar, de acuerdo con los principios de la psiquiatría comunitaria, los tratamientos biológicos con los psicoterapéuticos.
- 6) Aplicar una acción de “discriminación positiva” a estos pacientes, de

modo que se favorezca la gestión y el gasto sanitario adecuados con estos pacientes determinados.

Para facilitar la lectura del proyecto y su discusión, se divide en dos partes:

Parte 1 que expone la atención prestada actualmente a los pacientes TMS en la USM, y expone las deficiencias o carencias observadas por lo que respecta a su aplicación. Estas deficiencias se destacan con el **color amarillo**.

Parte 2 que expone el nuevo proyecto, las personas que forman parte de este equipo piloto la atención en número de horas que todo esto supone, así como, un eventual sistema interno de evaluación. Para mostrar estas novedades se utiliza el **color verde**.

El proyecto se presenta en forma de proposiciones cortas, no narrativas, al objeto de facilitar su lectura por el equipo, su gestión, y la discusión entre los miembros que lo han elaborado.

## PARTE I

### **Problemas actuales.**

De acuerdo con el programa exigido por el Servei Català de la Salut, deberían de cumplirse de forma sistemática los criterios siguientes, en nuestros protocolos de visitas clínicas.

## CRITERIOS GENERALES DEL PROGRAMA TMS :

- a) Evitar la desvinculación entre los pacientes TMS y el equipo asistencial.
- b) Como objetivo, lograr una vida más autónoma mediante una acción psicoterapéutica, basada en una mayor comprensión de la enfermedad, así como de su aceptación, y la superación de las repercusiones sociales de la enfermedad.

Todo ello supone un conjunto de intervenciones diversificadas y de procedimientos que ofrezcan una atención integral. La respuesta, incluirá medidas médicas, farmacológicas, psicológicas y sociales y también intervenciones en el ámbito preventivo y rehabilitador.

Población a la que se dirige:

#### 1. EL CRITERIO DIAGNÓSTICO.

Tr. Esquizofrénico.  
Tr. Esquizoafectivo.  
Tr. Delirante.  
Tr. Bipolar.  
Tr. L.P.  
Tr. Personalidad esquizotípica.  
Tr. Obsesivo-compulsivo.  
Tr. De agorafobia con crisis de angustia.

#### 2. EL CRITERIO DE TEMPORALIDAD

Que la clínica no se presente de forma aislada o limitada en el tiempo sino de manera continuada durante un mínimo de 2 años.

#### 3. EL CRITERIO DE GRAVEDAD CLÍNICA Y DEFICIT EN EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL.

Distorsión de la realidad, con clínica atribuible a TMS, con falta de contención y conductas de riesgo. Medido por la escala GAF , menor de 50.

Parte del problema, es la dificultad de aplicar y seguir esos criterios con todos nuestros pacientes de acuerdo con una demanda extensiva, por las características de la zona en la que se trabaja, por carencia de medios, organización inadecuada, etc, Por ello, La Unitat de salud mental, ha elaborado unos criterios “reductores” que permitan una atención más focalizada. Los criterios en curso actualmente son:

#### CRITERIOS GENERALES ACTUALES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL.

- 1) Los clínicos propondrán la inclusión en el programa TMS a los pacientes con un GAF no superior a 50.

#### OBJETIVO:

Dar una respuesta concreta a Sanidad que solicita intervenciones en el ámbito Preventivo.

#### POBLACION DIANA.

- a. Conjunto de pacientes que reúnan los tres criterios mencionados más arriba.
- b) Pacientes con desvinculación: más de tres visitas sin asistencia.
- c) Discontinuidad y complejidad asistencial: Dos ingresos durante el último año o un ingreso prolongado el mismo año.
- d) Gravedad en el funcionamiento psicosocial : vivir solo o dificultades en el apoyo familiar.
- e) Hijos menores a cargo del paciente.

## PROTOCOLO DE ATENCION A LAS PERSONAS TMS.

Los pacientes TMS, actualmente con distintivo verde en sus historias clínicas, tiene derecho a:

- Una visita trimestral como mínimo.
- Atención inmediata en caso de recaídas.
- Atención de enfermería para objetivos de rehabilitación y reinserción comunitaria.
- Ser objeto de un sistema de detección y/o intervención cuando se dé Desvinculación.

Mediante:

- . Control de visitas no efectuadas.
- . Contacto telefónico con el profesional.
- . Atención domiciliaria.
- . Coordinación con los equipos de salud mental.

En el plazo de dos meses a partir de la inclusión en el PAE-TMS, se elaborará un programa terapéutico interdisciplinario individualizado. ( PTI )

### OBJETIVO:

- . Definir las necesidades e intervenciones que hay que efectuar.
  - . Concretar los profesionales responsables de cada una de las intervenciones y asignación de un referente.
- a) En una hoja se dejará constancia de la participación de los profesionales del equipo que han elaborado el PTI.

b) El clínico referente que constará en la historia clínica, será el responsable del seguimiento de las intervenciones acordadas.

c) El equipo terapéutico detectará el agravamiento eventual del paciente o el incumplimiento de las indicaciones terapéuticas para tener en cuenta qué acciones hay que llevar a cabo.

#### ACTIVIDADES MINIMAS EN EL CASO DE LOS PAE-TMS.

- 1.- Una visita mensual de enfermería.
- 2.- Una visita bimensual de un clínico.
- 3.- Analítica anual de acuerdo con el tratamiento psicofármaco lógico.
- 4.- Una visita familiar cada 6 meses.
- 5.- Ofrecer al paciente o familia participar en alguna actividad grupal.
- 6.- Actuaciones en el campo de la rehabilitación o reinserción utilizando los recursos sanitarios o sociales.

#### PROBLEMAS ACTUALES.

Como se observa por la coloración en amarillo, - aspectos defectuales-, según hemos indicado, el programa propio tampoco se cumple y cabe investigar o establecer cuales son nuestras deficiencias y como se ha llegado a ello.

- 1.- Actualmente, con el apoyo de enfermería y asistencia social, hemos podido efectuar una lista provisional pero completa, de los casos TMS que los clínicos han detectado en nuestra Unidad. La falta de informatización de nuestra Unidad y el acúmulo de programas, así como una falta efectiva de coordinación de los mismos, parecen ser

las causas de esta situación. Este paso, en cualquier caso, nos permite abordar el problema con un mínimo de proceso estadístico, numérico y susceptible de corrección por parte de los clínicos.

2.- Con ello en mano, podemos discernir con claridad la necesidad de un nuevo plan, que elaboramos con un subgrupo de clínicos y paraclínicos que sabemos que están interesados en el tema y que desean formar parte de la comisión según lo han expresado.

3. —El espíritu básico del plan, se desprende de las experiencias individuales de cuatro de los clínicos, que venimos tratando con interés a los pacientes psicóticos crónicos, con herramientas psicoterapéuticas y/ grupales, de modo que la cristalización del plan, pretende una mejora de la gestión de esos esfuerzos y una mejora de los resultados, de su puesta en común, de la investigación de los fracasos etc.,

4.- Para dinamizar a los elementos del equipo que participan actualmente en la redacción del plan piloto, hemos puesto en marcha una sistemática de asistencia a los cursos y congreso específicos sobre el tema, al objeto de dinamizar el proyecto y como elemento vital para romper el aislamiento en nuestra Unidad, incorporación de ideas y novedades etc.,

5.- Cualquiera de los clínicos o paraclínicos que se incorporan al programa, sabe, como se ha explicitado, que puede dejarlo o abandonarlo si sus intereses coinciden más con alguno de los otros programas de la Unitat. Eso se basa en los principios básicos de incremento de la cualidad humana y colaboración en la gestión.

PARTE II ( Objetivos de plan piloto )

## PLANIFICACION DEL NUEVO DISPOSITIVO DE ASISTENCIA A LOS TMS.

### O TRASTORNOS MENTALES SEVEROS.

Se propone ( a partir de los cuatro clínicos interesados y enfermería ), crear un equipo especializado en el tratamiento de estos casos:

### EQUIPO PILOTO DE TRATAMINETO DE TMS.

Juan Manel Blanqué  
Kati Ayala  
Joana Meseguer  
Jordi Roig  
Esther Gilabert.  
Raquel Linares  
Ester Oller  
Anna Descalzi  
Un administrativo/a por determinar.

J.M.B. , K.A., J.R. , R.L., E. O., son los redactores del proyecto en su fase actual; una vez informado al Coordinador, se han establecido unas reuniones semanales para que los demás y/o nosotros mismos podamos enmendar o modificar el plan en un plazo de seis meses.

### FUNDAMENTOS.

1).- No se cumplen algunos de los criterios y requisitos del Departament de Sanidad:

- . Evitar la desvinculación.
- . Maximizar o lograr una acción terapéutica orientada hacia una mayor autonomía.
- . Disponer de un conjunto definido y diversificado de intervenciones

terapéutica y procedimientos terapéuticos, dentro de una respuesta Integral.

2.- Tampoco se cumplen algunos criterios de la USM.

- . Detección parcial de los TMS.
- . Atención a hijos menores y /o familiares.
- . Atención al riesgo de descompensación.
- . No se han definido ni concretado un conjunto de herramientas psicodinámicas, específicas para estos casos, y ha predominado la idea de que estos pacientes no son aptos para este tipo de ayudas.
- . No se ha investigado qué miembros de la USM, tiene interés específico en el desarrollo de estos tratamientos, hecho esencial para que el programa funcione.

CAUSAS PROBABLES DE LAS DEFICIENCIAS OBSERVADAS.

- a) Colisión con otros programas de la unidad.
- b) Falta de un equipo especializado y concreto.
- c) Falta de coordinación de las distintas tareas.
- d) Falta de un “menú terapéutico” adecuado a estos pacientes.

**FUNCIONES DEL EQUIPO PILOTO DE ATENCION A LOS TRASTORNOS MENTALES SEVEROS.**

- 1) Establecer unos módulos de intervenciones terapéuticas concretas que

incluyan TODOS los modelos de intervención que podamos ofrecer al paciente, y por ello, definidos previamente. A su vez, considerados en número de horas invertidas.

Este esquema, se establece para; unificar criterios de actuación, a la vez que se respeta la libertad clínica individual, evitar las listas de espera, facilitar la evaluación posterior.

**Objetivo:** Mejorar el bienestar de los pacientes TMS, especialmente los psicóticos, y el de sus familias, evitando reingresos innecesarios, y con la alternativa de ser un plan integral desde la USM.

**Fronteras y criterios de exclusión del nuevo dispositivo:**

Externas:

- Pacientes tratándose en el Hospital de Día.
- Pacientes tratándose en el Centro de Día.
- Pacientes ingresados.
- La capacidad precisa y delimitada del paciente y/o familia de hacerse cargo del tratamiento propuesto. Definición propuesta: paciente o familiar con posibilidad de tener una actitud “contractual” en relación al tratamiento/s propuesto. Este tipo de contrato, se elaborará por el equipo en las reuniones propuestas.

Internas:

- Como quiera que se trata de un programa piloto, la inclusión en los planes psicoterapéuticos, se propone que se limite a los trastornos psicóticos, del espectro esquizofrénico, esquizoafectivo, esquizoide grave, y trastornos psicóticos atípicos.
- Todos los módulos de intervención terapéutica tendrán una duración limitada y predefinida, (la atención evidentemente no).

NOTA: Más adelante se añadirá algún otro criterio de exclusión, de acuerdo con el

avance en la descripción del programa.

Sobre la atención a los pacientes de la Unidad, parece conveniente recordar que el equipo piloto se hace cargo del seguimiento de todos los pacientes TMS, tratados en la Unidad, pero que no tengan cabida en el programa inicial. Ello no solo no es una carga, sino que permitirá observar las diferencias entre ambos grupos de atención.

Nota: Durante la redacción del plan y después de su presentación se me ha responsabilizado de la Gestión de los pacientes TMS en la Unidad, de modo que se establece un primer elemento de **Gestión compartida**, tal como se pretende.

Se propone para ello las siguientes intervenciones:

#### **PARTE II b. OBJETIVOS PSICOTERAPEUTICOS.**

#### **CUADRO DE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS PARA PACIENTES TMS,**

##### **MODULOS:**

##### **INDIVIDUALES**

##### **PSICOTERAPIAS.**

##### **TRATAMIENTO CLINICO-FARMACOLÓGICO.**

##### **ARTE TERAPIA/ DANZA MOVIMIENTO.**

(ocasionalmente)

##### **FAMILIARES O PAREJAS CRISIS.**

##### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS EN**

##### **PSICOTERAPIAS FAMILIARES.**

##### **GRUPALES**

##### **PSICOTERAPIAS PACIENTES Y FAMILIARES.**

## **GRUPO DE CONTENCIÓN (PARA PACIENTES Y FAMILIARES):**

### ARTE TERAPIA Y DANZA MOVIMIENTO.

(ocasionalmente)

Con un equipo, que mantiene intereses profesionales con el proyecto terapéutico, actualmente compuesto por:

## **COMPOSICIÓN DEL EQUIPO PILOTO TERAPEUTICO/PSICOTERAPÉUTICO.**

- 1.- Médicos psiquiatras psicoterapeutas. ( 2 ).
- 2.- Psicólogos clínicos psicoterapeutas. ( 2 ).
- 3.- Enfermeras psiquiátricas. ( 2 ).
- 4.- Administrativo/a.
- 5.- Medico psiquiatra clínico encargado de la evolución y tratamiento psicofarmacológico. ( 1 ).
- 6.- Trabajadora social ( 1 ).

## **ACTIVIDADES DEL EQUIPO.**

### 1.- **Reunión semanal:**

- Revisar:
- i. El estado de los tratamientos en curso.
  - ii. Nuevos tratamientos solicitados o propuestos.
  - iii. Comunicación al grupo de las incidencias administrativas.
  - iiii. Comunicación de los cambios (drop-outs ), abandonos etc,
- a la asistente social.

iiii. Comunicación al coordinador del progreso clínico y terapéutico y de estado de la cuestión.

Definir: Los tipos de compromisos de los pacientes, y la descripción, explicitación, así como la modificación si hace falta, de las técnicas empleadas en los tratamientos, tanto las psicoterapias dinámicas como las intervenciones clínico farmacológicas y las intervenciones de enfermería.

Estos aspectos, actualmente, están en discusión sobre su viabilidad, o posibles cambios, en las reuniones mencionadas más arriba.

### **FUNCIONES ESPECÍFICAS DE LOS PSIQUIATRAS Y DE LOS PSICOLOGOS.**

- Responsables de la inclusión y exclusión y derivación del paciente” intragrupo”, -dentro del grupo-. Con los criterios establecidos por el equipo.
- Conducir los grupos: individuales  
Familiares.  
Grupales.
- Solicitar las analíticas complementarias.
- Responsabilizarse de que el paciente disponga con su inclusión en el programa, de un proyecto de tratamiento y de informe psiquiátrico. ( Evaluación ).
- Hacer las llamadas telefónicas precisas si el paciente actúa en contra de la opinión médica expresada, en cuanto hace referencia a su tratamiento y hacer constar la incidencia en su historia clínica.
- Si el paciente tuviera un psiquiatra externo de referencia, buscará el contacto para coordinar ambos tratamientos.

- Responsable a la entrada del paciente en el programa de una descripción detallada de la sintomatología actual, psicopatología, estado psicosocial y conocimiento del tratamiento psicológico o biológico en marcha. ( Evaluacion de la efectividad ).

Nota: como quiera que el plan se basa en la intervención y apoyo de los familiares, y en relación a los estudios actuales sobre su incidencia en la repetición de crisis, en el seguimiento del tratamiento o en su mejoría, seria interesante establecer un dossier para los familiares participantes, con el objeto de incrementar su comprensión y adherencia al plan de tratamiento. Además ello seria útil para el conocimiento de los demás sectores de sector comunitario que trabajan con nosotros.

#### EL RESPONSABLE DE LA EXPERIENCIA PILOTO,

Se hará cargo de la filosofía integradora del proyecto, y supervisará el funcionamiento adecuado de cada "espacio " terapéutico, según las directrices que se detallan.

Informará, comunicará y contará con el coordinador de la USM.

Buscará, de acuerdo con el equipo, formulas de supervisión adecuada, aunque quiere también favorecer la "intravision" del equipo.

FASES DEL TRATAMIENTO. ( a partir de su puesta en marcha. ).

Los tratamientos tendrán una duración de:

1.- Fase diagnóstica: 3 sesiones hasta un máximo de 5 sesiones.

2.- en este momento se añadirán a los criterios de exclusión:

Déficits cognitivos intensos.

Conductas psicopáticas.

Riesgos de heteroagresividad o autoagresividad.

**DURACION DE LOS TRATAMIENTOS.**

**PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES**  
hasta un

Un mínimo de 12 sesiones  
máximo de 24.

**PSICOTERAPIAS FAMILIARES**  
meses.

Módulos cerrados de 8- 10

**GRUPALES**  
máximo de 8-10

Módulos cerrados de un  
meses.

**TRAT, PSICOFARMACOLÓGICOS.**  
cualquiera de

Los pacientes incluidos en  
los módulos del equipo piloto,  
control clínico y  
bimensual como mínimo.

tendrán un

psicofarmacológico

Una de las funciones de estas  
también la contención con  
el paciente siga los  
psicoterapéuticos propuestos  
hasta donde sea posible, la  
entre los diferentes

visitas, será

objeto de que

tratamientos

y evitar,

disociación

terapeutas.

revisará,

En las reuniones periódicas se  
eventualmente, la

homogeneidad o no, de

## los tratamientos

farmacológicos.

## PARTE II c.

### OBJETIVOS DE EVALUACIÓN.

Cabe recordar que la idea del proyecto, es la de un programa piloto que persigue incrementar la asistencia del colectivo más grave por definición, y que probará de mejorar:

**LA AUTONOMIA PSICOSOCIAL MEDIANTE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO.**

**LA DISMINUCIÓN DE LA DISPERSIÓN DE LA DEMANDA DEL PACIENTE EN LOS DIVERSOS DISPOSITIVOS TERAPEUTICOS, SOBRETUDO HOSPITALARIOS.**

**LA INCLUSION DE LOS PROCEDIMIENTOS PSICOTERAPEUTICOS ACTUALES DE COMPRENSION DEL PACIENTE PSICÓTICO, DE FORMA COECTIVA EN EL EQUIPO, FAVORECIENDO LA INTRAVISION Y LA EXPLORACIÓN DE LOS PROGRAMAS QUE SE LLEVAN A CABO EN OTRAS UNIDADES O POR OTROS INVESTIGADORES.**

Es preciso pues, además de la determinación de la psicopatología y sintomatología ya mencionadas,

Un diagnóstico psicosocial que incluya un diagnóstico psicodinámico.

A determinar:

**La inclusión de algunas escalas de valoración.** ( Actualmente estamos precisando algunas escalas para inicio del programa, que incluirán probablemente, alguna escala de experiencias disociativas, los cuestionarios de Romme y Escher sobre la estructura de las voces, quizás alguna escala psicodinámica etc.,. ).

Historia longitudinal psicopatológica del paciente. ( como forma de homogeneizar las historias clínicas para el proyecto).

La conciencia de enfermedad. De momento discutimos si debe hacerse con criterio clínico, o complicarlo con la intervención de alguna escala de Insight, ).

Diferenciación de la psicopatología familiar previa.

Todo ello, para poder valorar el resultado final “esperado” que es doble:

Mejoría del paciente y disminución de la utilización de los recursos asistenciales, de acuerdo con las proposiciones mencionadas más arriba.

De acuerdo con el modelo propuesto por Peter Fonagy de evaluación de tratamientos psicológicos, diferenciaremos entre eficacia y efectividad, de modo que nosotros podamos determinar esta última, y dejar de momento la eficacia, que no está a nuestro alcance ya que por definición se mide mediante ensayo clínico controlado.

( La efectividad se refiere a la visión clínica de mejoría y utilidad del tratamiento, independientemente de las pruebas de eficacia obtenidas mediante ensayos clínicos controlados. ). ( “ What works for whom?” Anthony Roth and Peter Fonagy 2005, Guildford press. ).

Concienciación del equipo de los instrumentos psicoterapéuticos y de las capacidades reales de que disponemos para el tratamiento de estos pacientes, favoreciendo la innovación y el deseo de adquirir capacidades nuevas.

#### DEVOLUCIÓN DEL EQUIPO PILOTO.

1.- En las reuniones mencionadas del equipo terapéutico, en las que se ponen en común los planes de tratamiento, será responsabilidad individual del terapeuta, informar de la evolución de sus pacientes.

2.- Elaborará un diagnóstico continuado de la enfermedad y de la situación actual.

( El cómo, está en estudio ).

### 3.- Se establecerá el contrato terapéutico mencionado.

Nota: si el paciente no acepta el programa, se orientará hacia una derivación convencional dentro de la unidad. Los demás clínicos serán informados cuando el proyecto se considere definitivo para su aplicación primera.

#### TRABAJO DE ENFERMERIA Y TRABAJO SOCIAL.

1.- Tenemos una lista de pacientes TMS identificados hasta la historia 19700.

( Durante este mes, se ha terminado este proceso, que en diciembre empieza su revisión estadística, validación por los clínicos, tal como se ha mencionado más arriba. )

2.- Tanto la administrativa/o, como enfermería, así también como trabajadora social, deberán disponer de un tiempo semanal, para identificar los TMS nuevos, revisar la gravedad de los mismos, utilizar el ordenador para recopilar los datos y controlar con el responsable del equipo piloto, que los GAF y los criterios de gravedad se mantengan al día.

Nota: El proceso de informatización de la Unitat, empieza en Enero, lo que en principio es laborioso pero conveniente para nuestro programa.

3.- Enfermería, definirá el carácter de las intervenciones que llevarán a cabo, de acuerdo con los principios propuestos de definición de tratamientos o técnicas que se aplicaran. Es decir, como "clínicos" propondrán con qué módulos terapéuticos pueden participar y con qué técnicas.

Evidentemente, las propuestas de enfermería psiquiátrica, modificarán el programa

psicoterapéutico propuesto.

### UNIDAD DE ATENCIÓN TERAPEUTICA INTENSIVA.

Una ambición de la Unitat, es precisamente la creación de esta Unidad, ya que todos en general vemos la necesidad de tratar a algunos pacientes de forma intensiva como manera de evitar hospitalizaciones inútiles que son vividas como castigo conductual.

La idea básica de J.M.B., se coordinará para que sirva también de receptor de las necesidades de tratamiento del programa de primeros brotes, del cual él es responsable.

Así pues:

Proponemos la creación de una “subunidad” dentro del programa piloto, y como soporte necesario, para que acoja a los pacientes en momentos de urgencia como alternativa a hospitalizaciones reactivas y de acuerdo con la idea de que se faciliten los objetivos del programa: mantener a los pacientes dentro de los tratamientos propuestos y evitar los reingresos no estrictamente necesarios.

Se tratará de un espacio de 30-60 minutos, en el que, el paciente podrá ser seguido, contenido de forma integral, es decir por el psiquiatra, enfermería o psicólogo etc., dependiendo del caso, con un objetivo concreto: mejorar la compensación y continuar con el tratamiento.

**El límite será de cuatro días de visitas,** antes de decidir un eventual ingreso o derivación, o su vuelta al tratamiento habitual.

Se elaborará un protocolo para toda la Unid

DATOS DISPONIBLES DE PACIENTES TMS TRATADOS EL 2004.

TOTAL DE PACIENTES TMS: 609

TOTAL DE PACIENTES TMS TRATADOS: 367

Han recibido 4 visitas/año: 88

Han recibido 5-10 visitas/año: 103

Han recibido más de 10 visitas año: 76 ( 267 horas en total ).

Estos datos serán revisados a finales de diciembre, de acuerdo con los nuevos datos recogidos.

ASPECTOS CRITICOS. ( aportaciones para perfilar el programa en la discusión con los demás miembros ).

El programa pretende avanzar en la intensidad del tratamiento que reciben los pacientes más graves, llamados TMS, **y fortalecer su detección,** responsabilizando precisamente al equipo piloto para que se cumplan los objetivos de diagnóstico y posterior tratamiento: **Un equipo más limitado, lleva a cabo un trabajo más intensivo.**

( Esta mejora de la gestión ha sido comprendida y aceptada por todos los participantes ).

Ello conlleva y significa **un incremento notable de horas de tratamiento/TMS/terapeuta,** como bien se puede deducir del programa propuesto.

Como al parecer, según los últimos datos, la población de este tipo de pacientes es muy superior a las horas disponibles, el programa es imposible de generalización, no tan solo porque no sería deseable para los pacientes, ( hay pacientes que pueden rechazar el tratamiento propuesto o querer otro tipo de tratamiento ) sino además, porque para que el programa sea factible, es preciso determinar:

El número de horas invertidas en los tratamientos.

El número de terapeutas disponibles como pertenecientes al equipo piloto.

La necesidad de determinar el número de tratamientos posibles por terapeuta, que a su vez depende de:

**Una nueva definición de las responsabilidades de cada miembro del equipo, tal como se había solicitado dividiendo las funciones entre responsables de:**

- 1.- El grueso de atención a los noTMS.
- 2.- El grupo de atención a primaria.
- 3.- El grupo de asistencia a TMS, que cabe recordar que no incluye la atención a primeros brotes: **"Equipo piloto de atención a TMS"**.
- 4.- El grueso de atención a los aspectos de docencia.

( Es decir una nueva gestión de la coordinación entre el equipo. Ello ha sido expuesto al coordinador y se ha aceptado su necesidad. )

No obstante, y por criterios de higiene mental, comunicación y operatividad, no parece deseable una especialización total y excluyente.

Nota: como he señalado se están elaborando en la Unitat, directivas para la Gestión compartida, con un responsable para cada uno de los programas.

#### **PROPUESTA DE HORAS DESTINADAS AL NUEVO PROGRAMA DEL EQUIPO PILOTO.**

J. M. B.	Psiquiatra psicoterapeuta	10 horas semanales.
J. R.	Psiquiatra psicoterapeuta	10 horas semanales.
E: G.	Psiquiatra	10 horas semanales.
K. A.	Psicóloga psicoterapeuta	10 horas semanales.
J: M.	Psicóloga psicoterapeuta	10 horas semanales.
R: LL.	Enfermera psiquiátrica.	10 horas semanales.
E: O.	enfermera psiquiátrica.	10 horas semanales.
A. D.	Trabajadora Social	6 horas semanales.

Administrativo/a

6 horas semanales

( En discusión actualmente ).

TOTAL DE HORAS DEDICADAS AL PROGRAMA.

CLINICAS: 70 HORAS/ SEMANA.  
280 HORAS/ MES.

PARACLINICAS: 12 HORAS / SEMANA.

NOTA: esta tabulación excluye:

- 1.- Las horas de reunión semanal del equipo piloto. 1:30 h.
- 2.- La propuesta de una hora mensual de coordinación con el Coordinador de la Unitat.
- 3.- Una reunión clínica de todo el equipo de la USM, reservada a la exposición y discusión del trabajo clínico con todos los miembros del equipo, con una frecuencia determinada en cinco semanas.

#### DISTRIBUCIÓN DE LAS HORAS DE LOS CLÍNICOS EN RELACIÓN A LOS DIFERENTES MODULOS DE TRATAMIENTO PROPUESTOS.

GRUPO PACIENTES 4 HORAS SEMANALES.

GRUPOS FAMILIA/PAREJA 4 HORAS SEMANALES.

INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS EN CRISIS PARA FAMILIA O PAREJAS INDIVIDUALES. ( Incluye las psicoterapias familiares. ).

8 HORAS SEMANALES.

PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES A PACIENTES TMS.

20 HORAS SEMANALES. ( 20 pacientes en tratamiento Simultáneamente).

### UNIDAD DE ATENCIÓN PSICOTERAPEUTICA INTENSIVA.

12 HORAS SEMANALES. ( tres pacientes  
tratados  
simultáneamente  
).

### VIGILANCIA CLINICA Y PSICOFARMACOLÓGICA.

10 HORAS SEMANALES.

RECOGIDA DE DATOS CLINICOS Y COMPILACIÓN. ( De acuerdo con los  
criterios de evaluación del programa ).

12 HORAS SEMANALES. ( Repartidas entre los  
clínicos ).

### CICLO DE EVALUACIÓN Y REVISION DEL PROGRAMA.

A partir del momento en que el programa se ponga en marcha, se establecerá  
una fecha límite de diez meses para valorar su efectividad, el resultado  
práctico, la continuidad y /o

Ampliación del programa, el cambio o incorporación de profesionales y la  
presentación pública de resultados a la red y/o a la dirección sanitaria.

( Durante la elaboración del programa, se ha conseguido un **nuevo profesional,**  
especializado en tratamiento a enfermos psicóticos, al cual se ha solicitado su  
incorporación parcial al programa ).

### ALGUNAS IDEAS Y NOTAS SOBRE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA Y DE SU INCIDENCIA EN EL AREA SANITARIA QUE ESTÁ BAJO NUESTRA RESPONSABILIDAD.

Si tenemos en cuenta la “desinformatización” actual de nuestra USM, y falta de  
otros recursos, ya antes de poner en marcha el programa se hace evidente, la  
dificultad

real en cuanto a determinar la incidencia exacta de nuestro programa en el  
área de L'Hospitalet que nos corresponde, aun cuando conozcamos algunos  
datos de tipo clínico que hablan en favor de la necesidad casi urgente de la  
incorporación del programa. ( En período de resolución definitiva ).

Nuestra zona, incluye:

Un número importante de personas sin domicilio.

Una tasa de paro muy elevada.

Una estructura de edad diferente debido a una gran movilidad, que no ha sido determinada con datos concretos .

un mix étnico e inmigratorio importante y superior al resto de la población.

Y sabemos, por los estudios epidemiológicos existentes, que todo ello, incrementa desfavorablemente el número de casos o incidencia y prevalencia de TMS en una determinada población, especialmente de esquizofrenia y otras psicosis.

## BIBLIGRAFÍA

- Dolan B, Warren F, & Norton K. (1997). Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 171, 274-279.
- Guimón (2001). *Intervenciones en Psiquiatría Comunitaria*. Ginebra, Madrid, New York: Core Academic.
- Guimón J. (2001). *Salud Mental, concepto, etiología, diagnóstico*. Ginebra, Madrid, New York: Core Academic.
- Lieberman RP. (1982). Assessment of social Skills. *Schizophrenia bulletin*. 8 (1). 62-84.
- Mackenzie R (1997). *Time-Managed Group psychotherapy effective clinical applications*. Washington: American Psychiatric Press.