

Trastornos mentales severos en un CSM Análisis de necesidades

Marcelino López García

Diplomado en Enfermería.
CSM I Gijón, Asturias.

Paz Arias García

Psicóloga clínica.
CSM I Gijón, Asturias.

A través de estas líneas tratamos de mostrar la evaluación de necesidades que presenta una población con criterios de TMS que sigue consulta en un CSM. El método utilizado para ello es un estudio descriptivo de un grupo de variables seleccionadas como orientadoras de necesidades. En este estudio se señalan tres apartados fundamentales; 1- Necesidades de infraestructura, 2- necesidades de personal y 3- actuaciones especiales.

Vemos necesario potenciar los recursos normalizados, la coordinación con agentes comunitarios, la necesidad de recursos humanos y no tanto la creación de nuevas estructuras como potenciar las existentes.

Introducción.

Parece cada vez más importante conocer la población con la que se está trabajando en programas longitudinales, y que por sus características particulares presentan modificaciones a lo largo de un programa. Diversos estudios sugieren conocer las necesidades que presentan, surgiendo así la utilización de distintos cuestionarios que puedan dar una visión global de estas necesidades.

El objetivo de este trabajo surge como una propuesta interna del equipo de valorar la situación en una población concreta según variables objetivas bien definidas, de forma que tanto a corto como a medio plazo se puedan dar soluciones realistas a ellas lo cual supone hacer variaciones en un programa de larga duración.

Este estudio se utiliza como instrumento de trabajo cotidiano de forma que los datos nos deben de ir definiendo población y prioridades de actuación.

Se estudian variables como medios económicos, convivencia, número de ingresos, recursos utilizados con el fin de tener la

visión de una población sobre necesidades como alojamiento, empleo, apoyo a cuidadores o potenciar recursos que sean útiles en el trabajo cotidiano de un proceso de rehabilitación para pacientes con criterios de TMS, desde un CSM.

Partimos así de la idea que valorar necesidades es prever para poder proveer.

Contexto

El estudio se desarrolla en un contexto con unas coordenadas definidas, que conviene resaltar y que quizás puedan ser trasladadas a otros lugares.

Detrás de cada trabajo de investigación, sea éste de mayor o menor relevancia, siempre hay un equipo en la actividad práctica para que el trabajo salga adelante.

Nuestro **equipo de trabajo**, esta formado por psiquiatras, psicólogo, trabajadora social, ASEP, Diplomado en Enfermería y personal administrativo, y temporalmente, por profesionales en formación (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales).

Es un equipo considerado interdisciplinar, que a lo largo de más de 10 años, ha ido desarrollando una forma de asistencia en salud mental basado en la organización comunitaria, donde a pesar de los cambios institucionales y de profesionales a lo largo de este tiempo, la **línea de trabajo** no se ha desvirtuado excesivamente.

En el estudio a exponer, que sería la asistencia a trastornos mentales severos, **esta línea de trabajo tendría como soporte fundamental el carácter interdisciplinar del equipo con el fin de proveer de una continuidad terapéutica para generar un proceso de rehabilitación.**

Siani nos define la **continuidad terapéutica** como “*hacerse cargo longitudinalmente en el tiempo y de forma transversal en el lugar, intentando ser capaces de integrar modelos técnicos diferentes en un proyecto estratégico, porque un modelo acaba por seleccionar casos, en cambio una estrategia selecciona técnicas, las usa para afrontar cada caso y cada circunstancia.*”

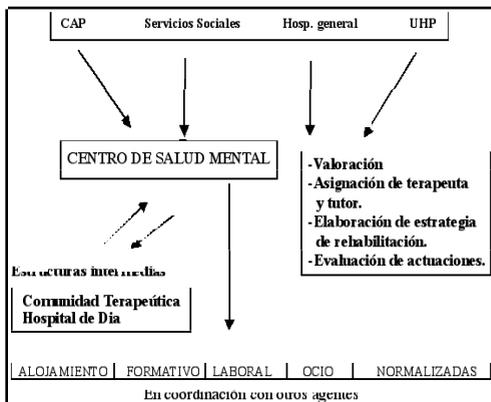
Saraceno y Montero nos hablan de generar un programa rehabilitador “*mediante estas estrategias complejas no como técnica sino como una actitud estratégica del trabajador, una condición emotiva del encuentro entre el servicio y el usuario, una política de superación de los ambientes y los recursos.*”

Este equipo de trabajo está situado como **eje del proceso de rehabilitación**, con funciones de valoración del caso, planificación de estrategias, coordinación de actuaciones, y evaluación del programa.

Integrado en una red asistencial, por lo tanto no aislado, donde la rehabilitación se entiende como nos lo señala García Carbajosa y Arias, “*como un proceso terapéutico que conjuga elementos socio-sanitarios,*” manteniendo como una de las características fundamentales la relación con otros dispositivos y agentes implicados en el proceso de rehabilitación.

Circuito de Rehabilitación

Acceso



Tres elementos fundamentales se tienen en cuenta a la hora de trabajar con TMS en este equipo:

- **Asignación de la figura de terapeuta y tutor** en el momento en que son detectados como TMS. El Terapeuta es un psiquiatra o psicólogo, responsable de la valoración, y planificación de las estrategias. El Tutor es personal de enfermería o trabajadora social en algunos casos, que colabora en la valoración y la planificación y seguirá al paciente durante todo el proceso de rehabilitación, con la particularidad de que debe de ser una figura accesible para el paciente, familia, y otros agentes implicados.
- **Condiciones básicas del equipo.**
 - 1- Equipo accesible, equipo multidisciplinar.
 - 2- Disponibilidad en cualquiera de las fases del proceso de rehabilitación
 - 3- Capacidad de priorizar en la valoración inicial.
 - 4-Capacidad de planificar estrategias de forma integral.
 - 5-Garantizar la atención continuada.
 - 6-Poder evaluar las estrategias y analizar las necesidades de población.
- **Plan individualizado.**

Que recogerá fundamentalmente:

- Datos del paciente,



- Diagnóstico,
- Dificultades,
- Aspectos conservados,
- Variables sociales,
- Variables formativo-laborales,
- Factores de riesgo,
- Terapeuta y tutor asignado,
- Estrategia individual, familiar, social.
- Recursos a utilizar dentro y fuera de los Servicios de Salud Mental.

Una de las características importantes del equipo de trabajo es la de *analizar las necesidades de la población a la que atiende*.

Para ello realizamos un estudio de la población que es atendida en el CSM, que sigue criterios de TMS y que a partir del análisis de determinadas variables podemos estimar necesidades importantes que definan o replanteen estrategias en el proceso de rehabilitación.

Análisis de población

Muestra

1-Son pacientes que pertenecen al CSM I.

2-Cumplen los criterios de TMS, definidos en el programa de Atención a Trastornos Mentales Severos, coordinado por José María Fernández Rodríguez; trabajo que pertenece al Plan Estratégico para el desarrollo de los Servicios de Salud Mental en Asturias.

Criterios que son:

a- **gravedad clínica**, persistencia en el tiempo sin mejoría o con progresión en el deterioro con los procedimientos terapéuticos habituales, y que presentan una afectación importante de las relaciones personales, familiares y sociales.

b- **entidad clínica**, que corresponde fundamentalmente Trastornos esquizofrénicos (F20), Trastorno esquizotípico (F21), Trastornos delirantes (F22), Trastornos bipolares maníaco, depresivo y mixto (F31).

3-Es un grupo de población del que se

dispone de datos suficientes a lo largo del tiempo como para poder cruzar variables.

Valoración de necesidades

En relación a la valoración de necesidades podemos dividir las en tres apartados: 1- Recursos de infraestructuras; 2- Recursos de personal; 3- Actuaciones especiales.

1- Recursos de infraestructuras

Apuntamos un 13 % de las necesidades en materia de **alojamiento**. Debemos de señalar en este apartado que **no nos referimos a alojamientos institucionales**, sino que proponemos una **potenciación de los medios normalizados** (se puede hacer rehabilitación en domicilio, y se debe de utilizar como elemento rehabilitador, fomentando habilidades sociales, hábitos saludables, integración social). Con una población del 25% que viven solos, debemos de fomentar el nivel de autonomía en unas condiciones dignas, con apoyos a aquella población que vive en piso.

Y con un señalamiento especial a los que viven en pensiones, en muchos casos poco dignas pero que si no se les oferta otras posibilidades difícilmente podrán dejarlas, recordemos que es una población que entre 25-40 años supone un 33% y que entre 40-55 un 50%, con ingresos de PNC en un 80%, población difícil pues mezcla enfermedad con factores de riesgo alto (25% toxicomanías) y con número de ingresos más alto que el resto de la muestra.

Las medidas podrían ser los **pisos compartidos** como solución en un número importante, medida esta que debe de utilizar los recursos comunitarios existentes (como ayuda a la renta en ingresos bajos u otras)

La población que vive en los Albergues, y los llamados sin techo son una población con poca vinculación con los servicios sanitarios en general y con salud mental en particular, donde la colaboración de agentes es fundamental. En este apartado vemos que sin programas específicos de coordinación hay un buen nivel de colaboración entre los agentes implicados. Estimar necesidades no es sino prever para proveer, por ello no se debe de perder de



ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACION.

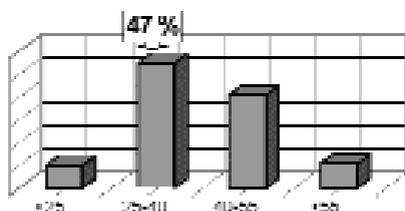
n=117.

SEXO:

MUJERES	64%
VARONES	36%

EDAD:

<25	9%
25-40	47%
40-55	35%
>55	9%



Se observa un alto porcentaje de pacientes en edad laboral activa.

El segmento de edad menores de 25 se toma por criterios de utilización de recursos como pueden ser las Escuelas Taller, o por encontrarse en ciclos formativos normalizados.

DIAGNOSTICO

TBIPOLAR	5%
TPSICOTICO	90%
PSICY METADO	5%

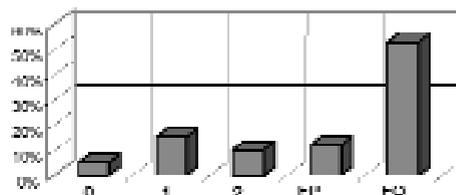
MEDIOS ECONOMICOS DE LA MUESTRA

PNC	58%
JUBILADOS	17%
FAMILIARES	9%
NINGUNO	5%
OTROS	11%

Contrasta con una población amplia en edad laboral activa, observándose una población fundamentalmente subsidiaria.

CONVIVENCIA

0- ALBERGE	5%
1-SOL O PISO	5%
2- SOLO PENSION	10%
FP FAMILIA PROPIA	12%
FO FAMILIA DE ORIGEN	53%
OTROS	5%



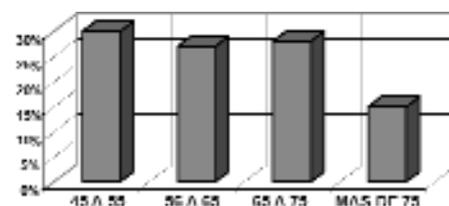
Resulta significativo el 53% que vive con la familia de origen, y un 25% que vive solo, lo que nos lleva a estudiar las características de esta población.

FAMILIA DE ORIGEN

EDADES DE LOS PROGENITORES

45 a 55	30%
66 a 65	27%
65 a 75	28%
más de	15%

media de edad de los progenitores 60 años.



Medios económicos de la población que vive con FO.

61% PNC.
10% JUBILADOS
19% DEPENDENCIA FAMILIAR
10% TRABAJANDO

Encontramos una población con progenitores de edad avanzada, donde hay una importante dependencia económica de la familia, en el 19 %.

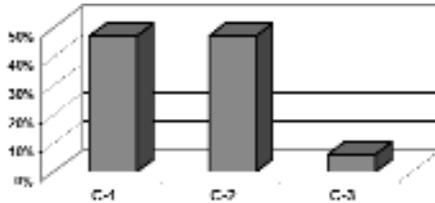
VIVEN SOLOS EN PISO

EDAD

MENOR DE 40	24%
41-55	41%
MAYOR DE 55	35%

SEXO

VARONES	44%
MUJERES	56%



MEDIOS ECONÓMICOS

65% PNC

Nº DE INGRESOS EN U.H. BREVE

C-1	47%
C-2	47%
C-3	6%

INGRESOS.

- 1- No existen o uno breve.
- 2- Varios breves de 1-4.
- 3 -Varios breves de 4-8.
- 4 -Más de 8 ingresos breves.

Según criterios del PROGRAMA DE CUIDADOS PARA PACIENTES PSICOTICOS CRONICOS, elaborado por los Servicios de Saud Mental de 1994.

SOLOS EN PENSIÓN

EDAD

25 -40	33%
41-55	50%
MAYORES DE 55	17%

SEXO

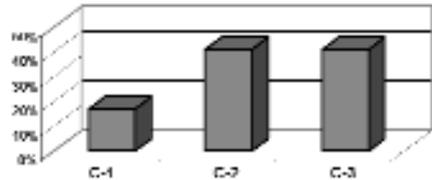
VARONES	83%
MUJERES	17%

MEDIOS ECONÓMICOS

82% PNC

Nº DE INGRESOS

C-1	17%
C-2	41%
C-3	41%



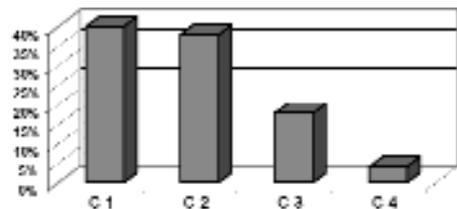
Un 25 % sigue tratamiento en UTT.

Destaca la distribución por sexo, más número de ingresos y mas tiempo de ingreso que los que viven en piso, y medios económicos subsidiarios en un porcentaje alto.

Un segundo diagnostico de toxicomanias.

INGRESOS SEGUN CRITERIO

1	40%
2	38%
3	18%
4	4%



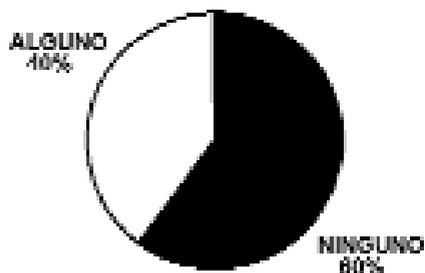
Nos encontramos con una población en la que predomina los ingresos en los criterio 1 y 2 población que merede ser estudiada más a fondo.



RECURSOS UTILIZADOS FUERA DEL CSM.

NINGUNO 60%
 ALGUNO 40%

Población no muy frecuentadora de recursos, que es estudiada desde dos criterios:
 1- Recursos de estructuras rehabilitadoras
 2- Recursos normalizados, tutelados desde los Servicios de Salud Mental.



Estructuras de rehabilitación.

HD 44%

COM TERAP 23%

Recursos normalizados

VOLUN 17%

ATUD DOMI 8%

OBJETOR 8%

Hay una utilización de recursos normalizados importante.



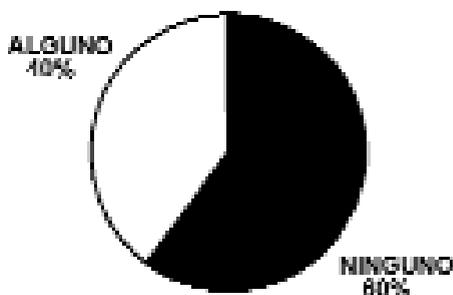
ACTIVIDADES EN LAS QUE PARTICIPARON.

Recursos creados y tutelados desde los Servicios de Salud Mental.

FL 46%
 OC 32%
 OTL 11%

Porcentaje sobre el total de la muestra.

Un mismo individuo puede haber utilizado más de un recurso.



Población en edad activa laboral.

Muy subsidiaria.

Convivencia fundamentalmente con familia de origen de edad avanzada.

Un porcentaje alto que viven solos.

Ingresos en Unidad de Hospitalización Breve entre 1-4 ingresos año.

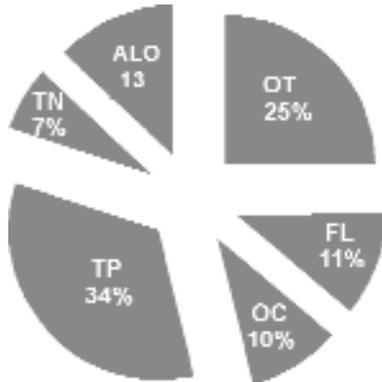
Utiliza de forma importante HD (44%) y recursos normalizados (37%).

Alto índice de participación en recursos tutelados desde los Servicios de Salud Mental.



ESTIMACIÓN DE NECESIDADES

OCIO Y TIEMPO LIBRE	OTL	25%
FORMATIVO-LABORAL	FL	11%
OCUPACIONAL	OC	10%
TRABAJO PROTEGIDO	TP	34%
TRABAJO NORMALIZADO	TN	7%
ALOJAMIENTO	ALOJ	13%
PROGRAMAS INDIVIDUALIZADOS / TUTORIAS	PI.	40%



La estimación de necesidades se hace siguiendo los criterios del terapeuta y del tutor del caso que han cumplimentado un cuestionario interno.

Se observa que no hay discrepancias entre los recursos utilizados, las características de la población, y las señaladas por terapeuta y tutor.

Hay 50 pacientes que precisan programas individualizados / tutorías los que supone más del 40 % de los 117 registrados.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN CON NECESIDAD DE PROGRAMA INTENSIVO

Es una población que representa el 40% de la población estudiada, donde predomina el diagnóstico de psicosis.

Es una población que en un 64% ocupa un segmento de edad de 25 a 40 años, con medios económicos dependientes de PNC en un 78 %.

Convive con su familia de origen en un 52% y solos un 18%.

El número de ingresos está entre 1-4 en un 42% y entre 4-8 en un 24%.

No utiliza recursos de ocio, ocupacional o formativo laboral en un 46%, y no sigue tratamiento de una forma continuada en 12 %.

Es una población que valoramos que debe de ser estudiada de forma más detallada pero que por las características que tiene necesita un toma a cargo más cercana por los servicios.

vista la población que vive con familia de origen 53% cuyos progenitores tienen una media de edad de 60 años, donde las actuaciones de apoyo deben de ir dirigidas a fomentar la autonomía y la integración, y donde el deseo de institucionalizar recursos nos puede llevar a la exclusión.

El aspecto **formativo y laboral** deberíamos de diferenciarlo para explicarlo.

Un 11% de las necesidades se sitúan en el área formativo laboral, y un 40% en el de trabajo, (34% protegido y 7% normalizado);

Primero: la formación en nuestra comunidad ha estado relacionada con los Fondos de Formación de la CEE, con escasa diversificación y poco específicos a la problemática grave (la más excluida).

Segundo: en nuestra muestra hay un alto índice de participación en actividades FL (23% del total), pero la falta de expectativas reales de empleo está generando una desmoralización, y por tanto el abandono.

Tercero: la falta de coordinación y desinformación de ofertas, hoy en vías de solución con la creación del área de inserción laboral de los SS de S Mental y las comisiones de empleo por Áreas.

Es una necesidad realista porque el 50 % de la población tiene una edad laboral activa, que contrasta con los recursos económicos que son PNC, y un 9% (menores de 25) debería de formarse para su incorporación.

Hay una dificultad real para acceder al empleo, pero también para mantenerse, pensamos que las vías intermedias serían una apuesta, éstas serían los empleos protegidos y en particular los Centros Especiales de Empleo, **donde el empleo no es el final, sino que mediante la formación y el empleo con apoyo** se continúa el largo proceso de la rehabilitación, somos conscientes del alto porcentaje de necesidad sobre el empleo protegido (34 %) que hemos señalado.

El ocio y tiempo libre (señalamos un 25%), como atención complementaria, como elemento que facilita la relación social, solo señalar el riesgo de desconectar estas actividades de las redes sociales comunitarias, creando grupos homogéneos, que pueden provocar exclusión y marginalidad.

2-Recursos de personal

No es nuestro objetivo hacer un discurso reivindicativo, pero es obligatorio señalar que para evaluar, elaborar estrategias, acompañar en todo el proceso son necesarias personas, y no solo las de los servicios sanitarios sino que al entender la atención al TMS como comunitaria, como no desintegradora, no excluyente, se precisa todos los agentes comunitarios que forman las distintas redes.

Hay una población que señalábamos como de planes más intensivos, cercana al 50%, porque tienen más crisis, o porque hay que apoyar más a los cuidadores, o por más riesgo de exclusión, para ello hace falta dedicación que solo puede proveerse a través de los recursos humanos.

Programas normalizados que se han mostrado de gran eficacia, son los de voluntariado, de prestación social sustitutoria, y otros como Ayuda a Domicilio que además es un potencial generador de empleo, incluso en colectivos de riesgo de exclusión, y que se convierten en normalizados de la gravedad

3-Acciones especiales

-Coordinación con el sistema sanitario, en especial de atención primaria, lugar muy importante en la detección precoz de la gravedad o de factores de riesgo, así como de daños en los cuidadores.

-Coordinación y colaboración con los sistemas educativos, tanto en el eje normalizado como aquellos especiales para adultos.

-Cooperación mediante programas con los SS Sociales, evitando convertir unos a otros en meras rutas de acceso en el circuito de la rehabilitación.

-La colaboración, basada en la información y la disponibilidad evitaría la sensación de que el enfermo de salud mental es rebotado de algunos servicios.

Por concluir, consideramos que las necesidades en Salud Mental invitan a inversiones en recursos de personal y no solo de infraestructuras, que, a menudo, repiten viejos modelos de atención y de relación.





Bibliografía:

- Aparicio, V. (1993). "Rehabilitación e integración, una cuestión abierta" *Informaciones Psiquiátricas*, nº1 31, pp:13-19
- Cardamone, G.; Sisti, E. (1997). "Trabajo y rehabilitación psicosocial: una perspectiva histórica" *Rev. Asoc. Espa. Neuropsiquiatría*, vol XVII, nº 64, pp 663-677
- Del Olmo, F.; Ibáñez, V. (1998). "Hospitalización parcial: Conceptos y tendencias asistenciales actuales" *Archivos Neurobiología*. Madrid, 1998 61 (1) pp 9-29
- García Carbajosa, M.A.; Arias, P. (1991). "Atención prolongada y Rehabilitación. Perspectivas actuales" Comunicación Libre. X Jornadas Nacionales AEN. Segovia Mayo.
- García J. y col. (2000). "La formación y el empleo. Instrumentos para la integración de las personas con trastornos psicóticos" *Rev Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, vol XX, nº 73, pp 9-22
- Liberman, RP (1993). "Rehabilitación integral del enfermo mental crónico" Barcelona Martínez Roca.
- Sánchez, A.E. "Consideraciones en torno a la Rehabilitación", *Psiqui. Pub.*, 1992, Vol IV, nº 3, pp. 130-134
- Saraceno, B.; Montero, F "La rehabilitación entre modelos y practicas" en V. Aparicio (coord): *Evaluación de Servicios en Salud Mental*. Madrid: AEN pag 313-321
- Siani, R. (1993). "El contacto sistémico en la rehabilitación con pacientes psicóticos" *Informaciones Psiquiátricas*, nº131, pp: 33-39
- Fernández, J.M. "Programa de atención a trastornos mentales severos" (Coord) *Plan Estratégico para el desarrollo de los Servicios de Salud Mental*. Oviedo 8 de Abril del 2001.