



EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO DE ALBACETE (NOV.2002-OCT.2009)

*"UNA EXPERIENCIA DE PROGRAMA DE SEGUIMIENTO
EN LA COMUNIDAD PARA PACIENTES CON TMG"*


LUIS VÍCTOR BLAS - PSIQUIATRA
SERVICIO DE SALUD MENTAL - CHUA

PROGRAMA DE TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO ALBACETE

1. PUNTO DE PARTIDA

PUNTO DE PARTIDA: ORIGEN

Propuesta de la  Consejería de Sanidad **de la JCCM** 

y  **:(recogida en el contrato de gestión de año 2002):**

- un programa de "atención domiciliaria" vinculado a la USM
- en el área de Albacete capital
- equipo multiprofesional
- objetivo fundamental: dar respuesta a pacientes con TMS que se ajustan mal a los tratamientos convencionales de las USMs (múltiples ingresos, encerrados en domicilio, etc.)

PUNTO DE PARTIDA: PROBLEMAS DE ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL AL TMG

- ✓ Escasa relevancia de los nuevos dispositivos frente al hospital. Escaso desarrollo de recursos intermedios.
- ✓ Transinstitucionalización (objetivos parciales).
- ✓ Interés hacia pacientes menos graves; desinterés de muchos profesionales por los pacientes más graves.
- ✓ Actitud "no intervencionista". Falta de evidencia.
- ✓ Escasa dotación de recursos o profesionales.
- ✓ El colapso de los Centros de Salud Mental: la invisibilidad de la población afectada, limitaciones de acceso, "puerta giratoria", fragmentación de servicios y fallos en la continuidad de cuidados, las dificultades para el trabajo en equipo,.....



PUNTO DE PARTIDA: LEY GENERAL DE SANIDAD

Ley 14/1986, de 25 Abril (Capítulo III del Título I art.20)

- 1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el **ámbito comunitario**, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se consideraran de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
- 2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los **hospitales generales**.
- 3. Se desarrollarán los **servicios de rehabilitación y reinserción social** necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.



PUNTO DE PARTIDA: PLAN DE SALUD MENTAL 2000-2004

Contempla un Programa específico para el Trastorno Mental Severo del Adulto.

Entre las acciones:

- Seguimiento-gestión del caso con profesional responsable.
- Atención domiciliaria.



Plan de Salud Mental
de Castilla-La Mancha
2000-2004

LÍNEAS DE ACCIÓN

3.1 Líneas de Acción

3.2 Relación entre Objetivos y Líneas de Acción



PROGRAMA DE TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO ALBACETE

2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO

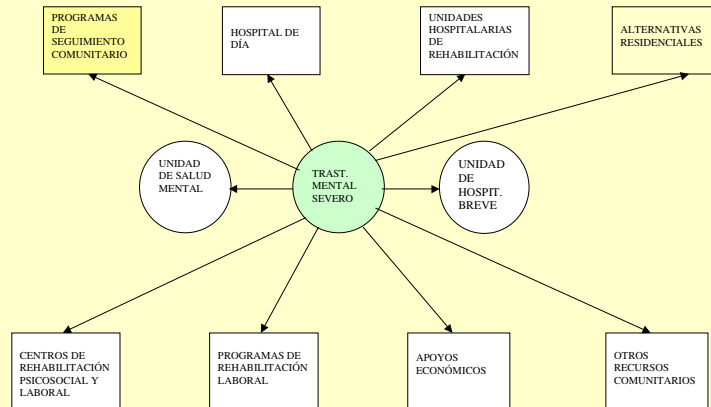


P. DE SEGUIMIENTO O DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD: CONCEPTO

- El término **seguimiento comunitario** se viene utilizando para describir las **intervenciones** que consisten en
 - **acompañar** a la persona en su medio de vida,
 - proponerle una **relación de ayuda**
 - para superar las **dificultades que surgen a diario**,
 - y para sortear las barreras internas y externas que le impiden **utilizar los recursos necesarios** para su integración social”.

- Un programa que permitiera **organizar el acceso a la atención** que precisan las personas con enfermedad mental crónica.
 - **No son un tratamiento** en sí mismo
 - sino el **vehículo** a través del cual se les facilitarían los tratamientos, rehabilitación, cuidados y apoyos necesarios.

RED DE RECURSOS ESPECÍFICOS TMG



P. DE SEGUIMIENTO O DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD: MODELOS

- Las programas de Gestión de Casos (Case Management).
 - Varios tipos: Corretaje, CM Clínico, Fortalezas, CM Intensivo.
 - TUTOR integrado en la red de salud mental.
 - Seguimiento del paciente y coordinador de diferentes dispositivos.
- Los programas de Tratamiento Asertivo Comunitario (Assertive Community Treatment).



PROGRAMAS DE TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO : ORIGENES

- Procesos de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización, debido a la insuficiencia y falta de adecuación de los programas alternativos (EEUU).
- En 1972, Stein y Test desarrollan el TAC en Madison, Wisconsin.
- Es uno de los modelos de tratamiento para los TMG que cuenta con un mayor apoyo empírico.
- En España las primeras experiencias surgen en la segunda mitad de los años 80. El primer equipo con denominación TAC fue desarrollado en Avilés en 1999.

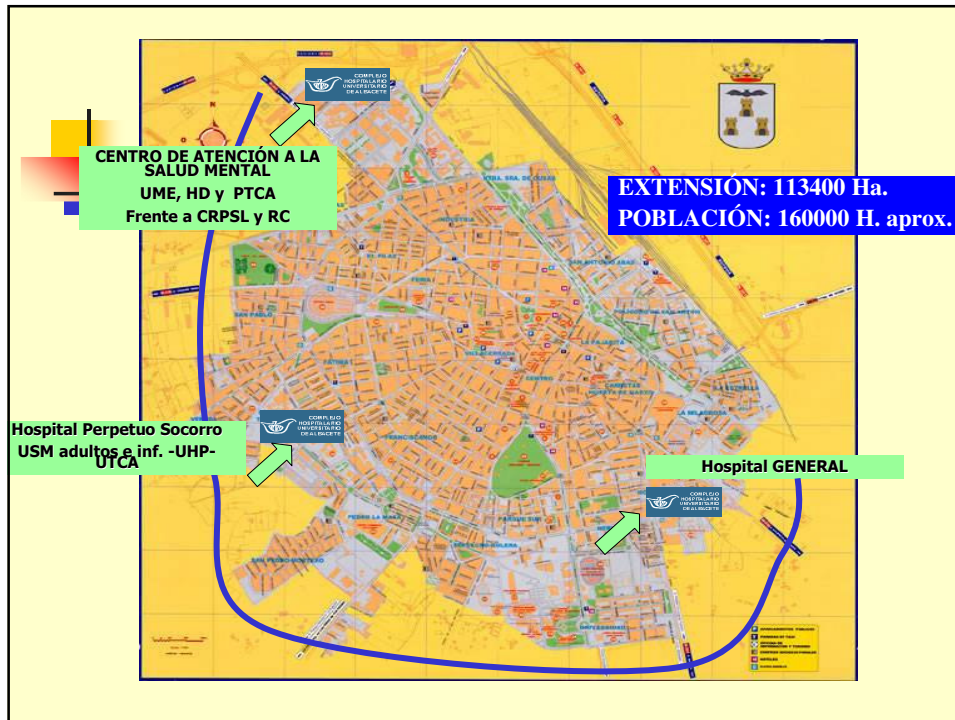


PROGRAMAS DE TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO : PRINCIPIOS

- Trabajo sobre población definida con baja ratio paciente: staf (10:1).
- Equipo multidisciplinar.
- Responsabilidad de los casos compartida por todos los profesionales.
- Prestación de servicios en el ambiente natural del paciente.
- Cobertura permanente: 24 horas al día, siete días a la semana.
- Prestación directa por el equipo de todos los servicios (psiquiátricos, psicológicos, médicos y sociales).
- Servicios ilimitados en el tiempo.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO ALBACETE

3. EXPERIENCIA DEL PTCA DE ALBACETE (NOV.2002- OCT. 2009)





PTCA ALBACETE

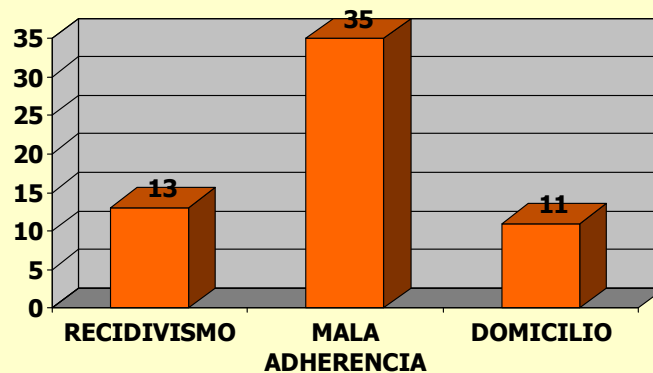
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

- EQUIPO: 1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico, 1 DUE, 1 Auxiliar enfermería, 1 trabajadora social (tp).
- RECURSOS MATERIALES:
 - Dos despachos y "sala" de enfermería
 - Uno de ellos función sala de reuniones
 - 2 líneas telefónicas directas y telefono movil
 - Desplazamiento en taxi (Acuerdo CHUA empresa de taxis)
- HORARIO: 8-15h; Lunes a Viernes
 - Cierta flexibilidad (tardes)

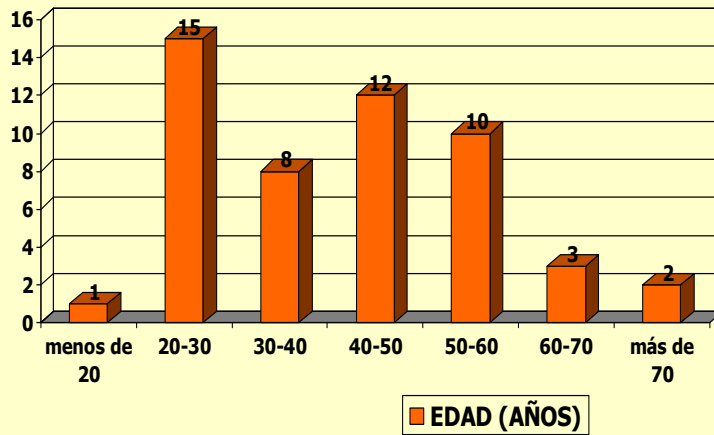


PTCA ALBACETE

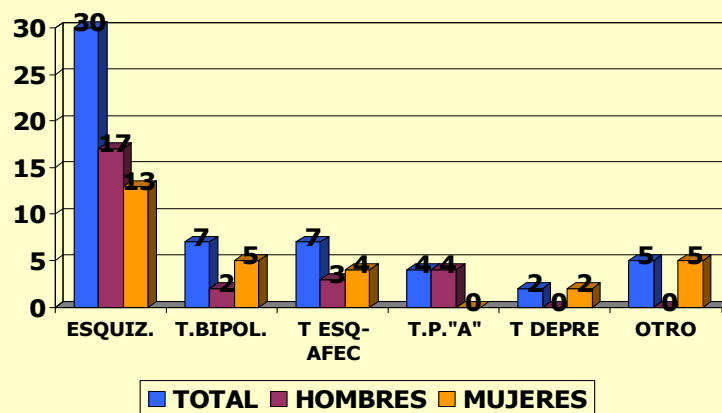
CRITERIOS DE DERIVACIÓN



PTCA ALBACETE
 CARACTERÍSTICAS PACIENTES: EDAD



PTCA ALBACETE
 CARACTERÍSTICAS PACIENTES:
 DIAGNÓSTICO





PTCA ALBACETE

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA (1)

1. Actividades de evaluación y programación

Derivación / Evaluación / Acogida / PTI

3. Actividades centradas en el entorno

Trabajo con familias / Coordinación / Comunidad

4. Otras actividades

Coordinación equipo / docencia / divulgación



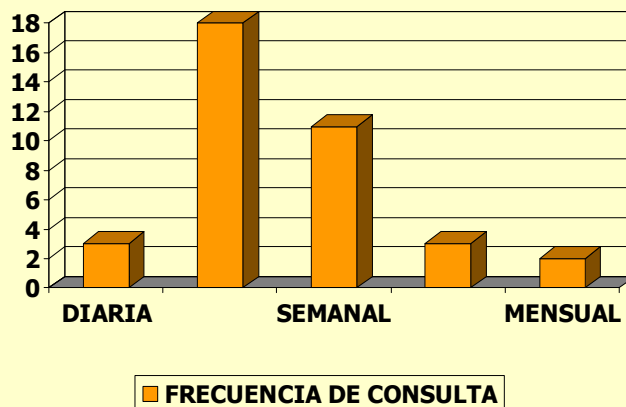
PTCA ALBACETE

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA (2)

2. Actividades centradas en el caso

- Consultas programadas y a demanda.
- Atención en el domicilio.
- Intervenciones telefónicas.
- Intervenciones para evitar hospitalizaciones.
- Control de adherencia al tratamiento.
- Control de tratamientos protocolizados .
- Atención a otros problemas médicos / consumo de tóxicos.
- Asesoría y defensa del paciente.
- Desarrollo de terapias psicológicas.
- Intervenciones desde el TO / específicas de rehabilitación.

PTCA ALBACETE
FRECUENCIA DE CONSULTAS



PTCA ALBACETE
DIA STANDARD

- 1 reunión equipo
- 13-25 intervenciones sobre casos
 - 3-10 consultas programadas psicólogo
 - 2-8 consultas programadas psiquiatra
 - 1 intervención crisis y/o a demanda
 - 3 -11 intervenciones telefónicas
 - 1-3 visitas domicilio
 - 3-5 unidosis de medicación
 - 2 depot
 - 1 analítica
 - 1 gestión externa paciente (médico, burocracia, CRPSL...)
 - 1 atención cuidador/familiar
- 1-2 coordinaciones (CRPSL, UHP-ESM, ASPRONA, FUNDACIÓN FAMILIA)
 - 1 Grupo de Familias



PROGRAMA DE TRATAMIENTO
COMUNITARIO ASERTIVO ALBACETE

4. RESULTADOS Y CONCLUSIONES



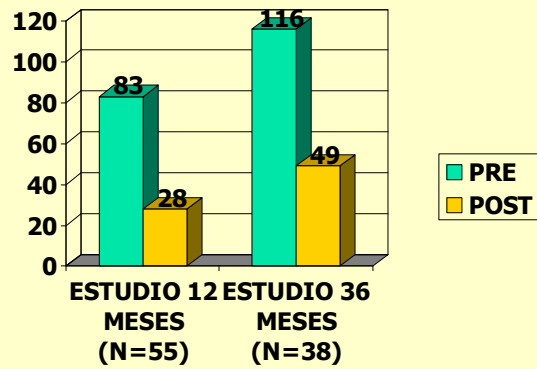
PTCA ALBACETE
VALORACIÓN DEL PROGRAMA

- Mejora la adherencia al tratamiento.
- Reduce la frecuencia y tiempo de hospitalizaciones.
- Carácter más integral a las intervenciones.
- Mejora en la calidad de vida de los pacientes.
- Mejora en el grado de satisfacción de los pacientes y de las familias.

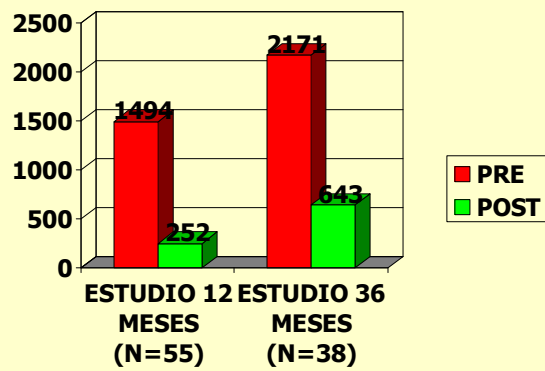
- **NECESIDAD DE ESTUDIOS EMPÍRICOS QUE
AVALEN LAS CONCLUSIONES**



NÚMERO DE INGRESOS

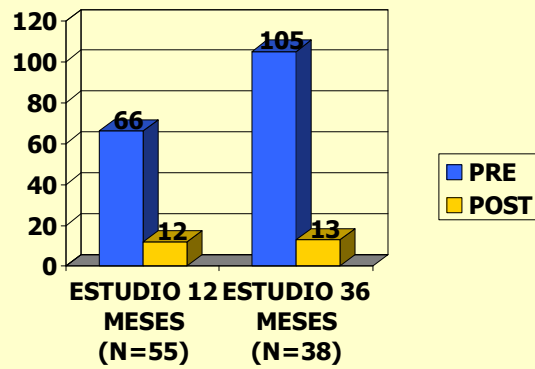


NÚMERO DE DÍAS DE INGRESO





NÚMERO DE URGENCIAS



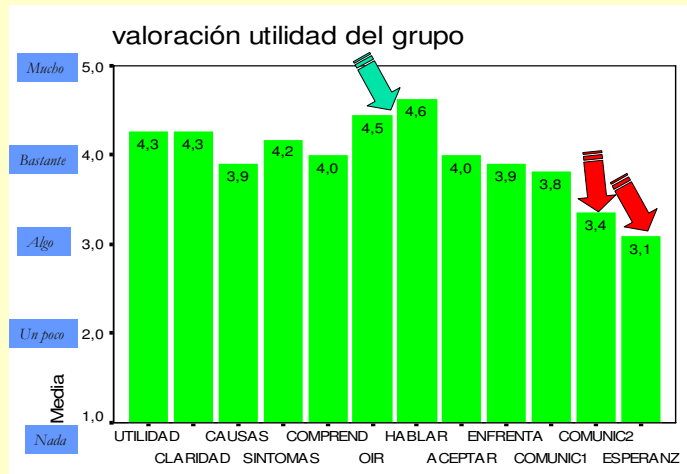
RESULTADOS ESTUDIO PRE-POST 12 Y 36 MESES ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

	Pre, 12 meses antes		Post, 12 meses después		Z	p
	Media	Dt.	Media	Dt.		
Nº Ingresos	1,51	1,93	0,51	1,49	-377	0,000
Días de ingreso	27,16	37,46	4,58	14,07	-424	0,000
Nº Urgencias	1,2	2,3	0,22	0,69	-315	0,002

	Pre, 36 meses antes		Post, 36 meses después		Z	P
	Media	Dt.	Media	Dt.		
Nº Ingresos	3,05	3,87	1,29	2,41	-3,59	0,000
Días de ingreso	57,13	82,62	16,92	34,74	-4,11	0,000
Nº Urgencias	2,84	5,01	0,35	0,92	-3,47	0,001

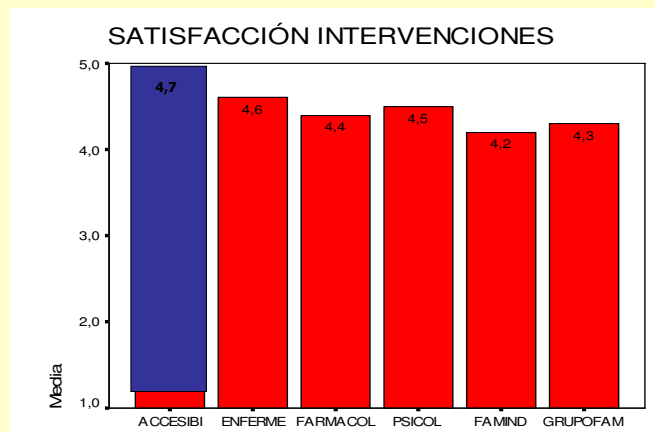



VALORACIÓN FAMILIARES



SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES CON LAS DIFERENTES MODALIDADES DE INTERVENCIÓN

EL 100% RECOMENDARÍAN EL GRUPO Y EL ROGRAMA.





¿Qué aspectos de la intervención por parte del equipo más le han ayudado, tanto personalmente, como en la enfermedad de su familiar?

- "Frecuencia. Coordinación psicológica y psiquiátrica. Control por parte de familiar y sanitarios. Trato exquisito de los miembros del equipo. Apoyo humano, potenciando la promesa de no estar solo. Formula para desestresar al familiar. Contacto directo y eficaz ante situaciones límite"



CONCLUSIONES

- Consideramos que el programa es una alternativa adecuada para la atención de los pacientes con TMG con una mala evolución y falta de adherencia al tratamiento en las USM.
- El PTCA tiene una efectividad superior a la atención ambulatoria estándar en relación a la reducción del número y duración de los ingresos, y de las atenciones de urgencia.