

PROPUESTAS POR PARTE DEL COMITÉ DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL ASESOR DE FEAFES

PARA LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL

Desde el COMITÉ DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL asesor de FEAFES, en la pasada reunión de Febrero 2011, tratando el punto de la Revisión de la Estrategia de Salud Mental acordamos las siguientes PROPUESTAS:

1.- Observando los ejemplos de buenas prácticas contemplados en la Estrategia en Salud Mental de 2006, consideramos necesario la puesta en marcha de los tratamientos terapéuticos que no corten la relación social del paciente con su entorno, ya que para nosotros es imprescindible evitar al escisión social y familiar que se produce ante las intervenciones más comunes o mayoritariamente extendidas que producen esta escisión cuando hay un internamiento, por lo que **proponemos la activación de tratamientos que se lleven a cabo en el propio entorno domiciliario** del paciente como por ejemplo:

- TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO. (Avilés)
- INTERVENCIÓN DE FAMILIARES Y PACIENTES EN EL DOMICILIO. (Ciudad Jardín) (Alicante)
- UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA. (Comunidad Valenciana)
- MÁS TODAS AQUELLAS INTERVENCIONES DOMICILIARIAS QUE SE LLEVAN A CABO EN OTROS ÁMBITOS O REGIONES.

Siendo este tipo de actuaciones un mejor tratamiento personalizado que potencia la **mejora global del paciente y de la familia, evitando un sufrimiento imposible de cuantificar.**

2.- Considerando lo necesario que puede llegar a ser la visión del propio paciente, alguien que ha pasado por una experiencia terapéutica en Salud Mental en primera persona y que puede transmitir ese aprendizaje en un entorno terapéutico, **proponemos formar parte del equipo terapéutico y participar en el Tratamiento en Salud Mental** para así multiplicar la efectividad de los recursos ya existentes como ha sucedido en la experiencia de otros países como (Escocia) o en proyectos como EMILIA en Cataluña.

3.- Ante el vacío legal que circunda el Tratamiento Ambulatorio Involuntario y ante protocolos establecidos no demasiado éticos, **solicitamos que se lleve a cabo la propuesta que recoge la estrategia de Salud Mental de que los usuarios formemos parte de la elaboración de un protocolo común y una guía de actuación como ejemplo de buenas prácticas** y para ello además **proponemos más inversión en psicoeducación y terapia de acompañamiento desde el primer contacto del paciente con los equipos terapéuticos** para reducir al máximo las actuaciones coercitivas involuntarias.

Asimismo consideramos indispensable la puesta en marcha de la propuesta de FEAFES respecto al Tratamiento Ambulatorio Involuntario, solventando las carencias

en el tratamiento de las enfermedades mentales con el **desarrollo de CENTROS/UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIAS, COMPLETAS Y DE CALIDAD**, basados en el modelo biopsicosocial de base comunitaria, orientado a los usuarios y las usuarias, con una práctica asistencial justificada en pruebas aceptadas por la comunidad científica internacional y una concepción integrada de la atención.

4.- Es una realidad que los profesionales de la salud no están ampliamente formados en Salud Mental, y que incluso los formados específicamente en Salud Mental, solo lo han hecho desde una perspectiva mayoritariamente biologicista, por lo que **proponemos formar parte de los quipos formativos en Salud Mental** porque nadie mejor que los usuarios y pacientes sabemos como debemos ser tratados y que es lo que más nos ayuda en nuestro proceso de recuperación. Sirva como ejemplo de buenas prácticas el llevado a cabo por Manuel Girón en Alicante con el Grupo Docente para La Prevención de recaídas clínicas en la Esquizofrenia.

5.- Viendo la tendencia social y la evolución de la Salud Mental consideramos absolutamente necesario la **inversión en Educación para la Salud Mental y la Salud en General con hábitos de vida saludables**, ya que esto conllevaría mejora en la calidad de vida y en la salud para todos los ciudadanos, suponiendo esto un ahorro en el futuro de la Salud Mental y la Salud en General, además del incremento en la productividad, ya que según la O.M.S., entre el 35% y 45% de las ausencias laborales son debido a problemas de salud mental.

6.- En la Estrategia de Salud Mental se incluye la propuesta de realización de campañas para la **lucha contra el Estigma**, y es cierto que de una forma escasa, esporádica y diseminada se realizan algunas campañas, teniendo una efectividad mínima, por ello nosotros **proponemos aunar esfuerzos a nivel nacional y multiplicar la relación coste-efecto, realizando campañas de sensibilización en medios de comunicación masivos como lo es la televisión**, ya que para otros colectivos sí que se han hecho y es evidente la efectividad de las campañas realizadas.

7.- Observando las Estrategias de Salud Mental anteriores, nos damos cuenta de la falta de concreción cuantitativa de las propuestas de buenas prácticas para su puesta en marcha, para ello **proponemos realizar un estudio cuantitativo de las propuestas para el tratamiento que deseamos, incluyendo su viabilidad económica, con las experiencias de buenas prácticas ya realizadas**.

Como ejemplo según la información a la que hemos tenido acceso, **los tratamientos domiciliarios reducen los ingresos hospitalarios entorno a un 30%** (según los estudios realizados a los que hemos tenido acceso: “Atención Domiciliaria” en Ciudad Jardín, Alicante, por Manuel Girón (28%), UHD en la Comunidad Valenciana por Eduardo J. Aguilar, (31%), “Tratamiento Asertivo Comunitario” en Avilés por Juan José Martínez Jambrina, (30%) y CRPS de Alcalá de Henares por Juan González Cases, reducción en el primer año del (76%) y en el quinto año (33%), y además hay estudios que demuestran que **la psicoterapia puede llegar a reducir el uso de medicamentos en un 47% en pacientes con alto índice de consulta médica**,

habiéndose demostrado en este estudio llevado a cabo por D. Sergio Valdivieso Fernández en la Universidad Católica de Chile, que con respecto a la depresión, la psicoterapia es mejor que los fármacos ya que mejora además la relación social del paciente, y respecto a la esquizofrenia, no hemos encontrado estudios al respecto, y es por esto por lo que **invitamos a la comunidad científica a realizar estudios que prueben la efectividad de terapias que consigan una reducción en la necesidad de ingesta de fármacos**, pero por experiencias personales hemos comprobado que se reduce la cantidad de neuroléptico entorno a un 25% o incluso más, y los fármacos periféricos como, ansiolíticos, antiparquinsonianos, antidepresivos, hipnóticos, etc... se puede llegar a reducir en un 100% tan sólo con hábitos de vida saludables.

Según la experiencia de “Intervención Domiciliaria” en Ciudad Jardín (Alicante): A pesar de que la intervención familiar es más cara que la atención ambulatoria habitual por el refuerzo de profesionales que requiere, el coste sanitario de los pacientes que tuvieron este tipo de asistencia fue inferior al del grupo de control. En el primer caso fue de 9,4 euros diarios por persona frente a los 9,8 euros del segundo grupo, que tuvo más atenciones en urgencias y hospitalizaciones.

Y la gran mejora, además de la generación de empleo, es que en los pacientes intervenidos en domicilio no hubo ningún caso de incidencia grave, frente al 32% del grupo de control, donde se incluyen suicidios consumados.

Para más información, según la propuesta de FEAFES para la creación de Unidades de Atención Comunitaria para una atención adecuada, serían necesarios por cada 30.000 habitantes adultos, unos 14 profesionales: 1 psiquiatra, 2 psicólogos clínicos, 4 enfermeros, 1 trabajador social, 4 auxiliares de clínica, 1 terapeuta ocupacional o similar y 1 auxiliar administrativo. Extrapolando esta propuesta al cómputo nacional, haría falta crear unos 19.000 puestos de trabajo, pues bien, según el presupuesto nacional en Salud Mental, unos 3.000 Millones de Euros, con la **reducción en ingresos Hospitalarios de un 30%**, y la **reducción en el Gasto Farmacológico de un 47%**,¹ se podrían ahorrar 900 Millones de Euros o crear 30.000 puestos de trabajo. ² Obsérvese estos datos de un modo orientativo ya que no disponemos de presupuestos exactos en salud mental para realizar estos cálculos y es por ello por lo que **solicitamos que se haga un estudio cuantitativo y de viabilidad económica de esta propuesta.**

De modo que solicitamos a los componentes de esta mesa y a los dirigentes de los distintos Planes Autonómicos de Salud Mental, tanto como a los participantes en la elaboración de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, se tengan en cuenta nuestras propuestas.

Valladolid a 6 de Mayo de 2011.

¹ Se ha calculado el gasto Farmacológico sobre el 40% del presupuesto total y el de Atención Especializada sobre un 36,5% del presupuesto total, siguiendo un modelo del presupuesto de Cataluña de 2005, dando por hecho que no tenemos acceso a presupuestos más específicos y de todo el territorio nacional.

² Se ha calculado sobre un salario bruto medio de 30.000€.