

CENTRO DE REHABILITACION DE SALUD MENTAL
CARTAGENA



Servicio Murciano de Salud
Subdirección General de Salud Mental

MEMORIA

Tratamiento Asertivo-Comunitario desarrollado en el Área
de Salud Mental de Cartagena (Área II)

Año 2008

DRA. ANA MARTÍNEZ PÉREZ
PSIQUIATRA



Unidad de Tratamiento Asertivo Comunitario Memoria 2008

Servicio Murciano de Salud
Subdirección General de Salud Mental
Centro de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena

Ana Martínez Pérez, Psiquiatra
Carlos Martínez Cano, Enfermero S.M.
Juana María Mateo Castejón, Enfermera S.M.
M^a Jesús Ramírez del Vas, Trabajadora Social
Ruth Pastor Campos, Terapeuta Ocupacional
Angela Sánchez de Val Gómez, Aux. Enfermería
Juan Manuel Pineda Albaladejo, Técnico Administrativo

© Centro de Rehabilitación de Salud Mental 2009
Prohibida toda reproducción parcial o total sin autorización

Índice

	Pág.
1. T.A.C. desarrollado en el Area de Salud Mental de Cartagena	1
2. Pacientes derivados al T.A.C. en el año 2008	7
3. Valoración cualitativa del T.A.C.	11

1. TRATAMIENTO ASERTIVO-COMUNITARIO DESARROLLADO EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA.

1.1. Ubicación y horario de atención.

- **Ubicación:** Centro de Rehabilitación de Salud Mental (Área II) de Cartagena. Calle Ingeniero de la Cierva, 26 - 30203 Cartagena.
- **Horario de atención:** de 08:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.
- **Teléfonos de contacto:** 618680621 / 618680450 / 618680514

1.2. Criterios de inclusión y exclusión de pacientes en el programa.

1.2.1. Criterios de inclusión.

Pacientes con diagnóstico primario de *Esquizofrenia, Trastornos Esquizoafectivo o Trastorno Afectivo Severo* con/sin consumo de sustancias tóxicas, que cumplan una o más de las siguientes condiciones:

- Hospitalizaciones frecuentes sin continuidad de tratamiento ambulatorio entre las mismas.
- Exclusión o en riesgo de exclusión social.
- Escaso enganche y adherencia al tratamiento.

Respecto al *Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes* solamente se aceptarán aquellos casos que presenten graves trastornos de conducta con situación de riesgo para la integridad física del paciente y/o terceras personas y que además, hayan presentado dos o más hospitalizaciones en el último año (las cuales se reflejarán en informe de derivación).

1.2.2. Criterios de exclusión.

- Abuso de sustancias tóxicas sin presentar alguno de los diagnósticos arriba reflejados.
- Retraso mental.
- Trastorno mental orgánico.
- Trastorno de personalidad.
- Menores de 16 años y mayores de 65 años.

1.3. Objetivos iniciales que se persiguen con la derivación de los pacientes al Tratamiento Asertivo-Comunitario.

1. Disminuir números de ingresos hospitalarios y duración de los mismos.
2. Disminuir demandas de atención en servicios de urgencias hospitalarias.
3. Reducir consumo de tóxicos.
4. Mejorar el cumplimiento del tratamiento.
5. Conseguir que contacte con red de salud mental, se realice apertura de historia clínica y asignación de terapeuta.
6. Conseguir que acuda con regularidad a su centro de salud mental.
7. Conseguir que realice un uso adecuado de los servicios de salud normalizados.

1.4. Protocolo de actuación del equipo del tratamiento asertivo-comunitario.

- 1ª **Derivación** del caso desde Centro de Salud Mental del Área II o desde el Hospital de referencia del área (Hospital Naval-Unidad de Psiquiatría). Se utilizan para ello, los **informes de derivación al TAC**, disponibles en los centros referidos.
- 2ª **Valoración del caso** por el equipo del Tratamiento asertivo-comunitario (en adelante ETAC), haciendo especial hincapié en el cumplimiento de los criterios de inclusión, los objetivos que se pretenden alcanzar y la gravedad del caso.
- 3ª Aceptado el caso, se realiza **apertura de historia clínica, asignando tutor y cotutor** (todos y cada uno de los pacientes debe tener un tutor principal y un cotutor, cuyas funciones reflejamos en el apartado correspondiente). En el historial clínico se introduce fotocopia de toda la documentación clínica existente hasta ese momento del paciente en el Centro de Salud Mental- Area II, junto con informe de derivación al Tratamiento Asertivo-comunitario.
- 4ª **Entrevista de acogida:** primer contacto con el paciente y/o familiares, que se desarrolla generalmente en el propio domicilio del paciente, aunque en alguna ocasión se ha llevado a cabo en el Centro de Rehabilitación, dependiendo de las características del caso.
- 5ª **Fase de enganche y entrevistas de evaluación** (ambas de duración variable en función de las características del caso).
- 6ª **Diseño del Plan Terapéutico Individual**
- 7ª **Puesta en marcha** del Plan Terapéutico Individual y fijación de **fecha de revisión** del plan, modificando estrategias de actuación en función de la eficacia de las mismas en conseguir los objetivos.

1.5. Áreas de intervención.

- **De salud general.**
 - Garantizar un control médico básico de todos los pacientes (factores de riesgo cardiovascular, analíticas periódicas, vacunaciones...) en coordinación con atención primaria.
 - Garantizar una atención médica adecuada de aquellas dolencias que requieran una intervención especializada.
- **De salud mental.**
 - Valoración psiquiátrica.
 - Seguimiento estrecho del estado clínico de la enfermedad mental, actuando precozmente en las descompensaciones, evitando de esta forma tener que hacer uso de otros recursos más costosos (como un ingreso hospitalario) y mejorando, en definitiva, la evolución clínica y la calidad de vida del paciente y/o familiares.

- Información sobre aspectos relevantes de la enfermedad mental en base a las necesidades expresadas por los pacientes y/o familiares.
 - Ayudar en la obtención y en la administración de la medicación.
 - Educar sobre la medicación y sus efectos.

 - Mejorar la cumplimentación del tratamiento psicofarmacológico, asegurando la toma correcta del mismo, evitando efectos secundarios indeseables y gastos sanitarios innecesarios tanto por exceso como por defecto en el uso de medicamentos.
 - Intervención en crisis.
 - Orientación, información y apoyo a familiares para el manejo de la enfermedad mental, haciendo especial hincapié en la detección de signos-síntomas de alarma y actuaciones ante los mismos.
 - Monitorizar los ingresos de los pacientes que lo precisen en unidades de corta estancia, unidades de media estancia, unidades de patología dual, centros residenciales...y realizar un seguimiento durante su estancia en dichos recursos (coordinándonos con los profesionales encargados de la atención de los pacientes durante el internamiento) y al alta.
 - Promover el uso adecuado de los recursos socio-sanitarios disponibles en la comunidad, facilitar el acceso a dichos recursos y la integración en los mismos.
- **Rehabilitadoras.**
 - **De áreas básicas:** higiene, alimentación, seguridad, sueño, hábitos saludables, orden y limpieza doméstica, uso del transporte.
 - Hacer uso de los recursos rehabilitadores del Área de Salud Mental II, con aquellos pacientes en los que resulte viable, con la finalidad de no duplicar actuaciones.
 - Fomentar la participación en actividades comunitarias y de ocio y tiempo libre.
- **De aspectos sociales.**
 - Acompañamiento en gestiones.
 - Apoyo y orientación en solicitud de ayudas y pensiones de pacientes y familiares.
 - Apoyo con la documentación.
 - Promover procesos de incapacitación en aquellos pacientes que lo consideremos necesario.

- Trabajar para que pacientes y familiares dispongan de una vivienda digna, manteniendo condiciones de limpieza y seguridad idóneas.

- **De protección de derechos legales.**

1.4 Funciones específicas de los profesionales del T.A.C.

- **Psiquiatra.**

- Recibir los informes de derivación de los pacientes al T.A.C.
- Realizar las entrevistas de acogida (con los pacientes y/o familiares) en compañía del tutor del paciente.
- Asegurar la apertura y asignación de un número de historia clínica a cada paciente aceptado en el T.A.C.
- Valoración clínica de los pacientes.
- Prescripción de tratamientos psicofarmacológicos o ajustes de los mismos para controlar la sintomatología en caso de absoluta necesidad (Siempre que el caso lo permita, esta labor debe ser realizada por el psiquiatra de referencia del paciente en su Centro de Salud Mental de zona). Adjuntamos copia de hojas de tratamiento utilizadas.
- Educar en colaboración con enfermería sobre la medicación y sus efectos.
- Controlar la realización del Plan de Tratamiento de cada paciente, orientar actuaciones y asegurar el cumplimiento de las mismas.
- Contactar con los psiquiatras de referencia de los pacientes y otros especialistas médicos.
- Realizar cuantos informes médicos se precisen.
- Asistencia junto con el tutor del paciente a las reuniones con el equipo de rehabilitación para debatir la asistencia de aquellos pacientes que se podrían beneficiar de los programas rehabilitadores (adjuntamos copia de informe de derivación a la Unidad de Rehabilitación y registro de asistencia semanal a talleres que utilizamos. No obstante, estos pacientes continuarán incluidos en el T.A.C.
- Poner en conocimiento de las autoridades judiciales, en colaboración con la trabajadora social, los casos subsidiarios de algún tipo de incapacitación.
- Realizar visitas domiciliarias a aquellos pacientes que presenten signos de alarma que nos hagan pensar en una pronta descompensación clínica (trastornos del sueño, trastornos conductuales, comportamientos no habituales,...), interviniendo precozmente para estabilizar al paciente, y evitando males mayores como conductas agresivas, alteraciones del orden público,.. todo lo cual suele desembocar finalmente en un ingreso hospitalario.
- Intervención en crisis, asegurando la asistencia médica y el tratamiento pertinente, así como el apoyo a los familiares del paciente.
- Gestionar los ingresos hospitalarios de aquellos casos que por sus características clínicas lo precisen, en coordinación con profesionales de psiquiatría de Unidad de Agudos del Hospital de referencia y otros recursos sanitarios como el servicio 112 (en caso de ingresos con carácter urgente).
- En colaboración con la trabajadora social dar a conocer el Tratamiento asertivo-comunitario en los distintos sectores comunitarios y recursos específicos.
- Coordinar las reuniones de equipo.
- Organizar junto con el equipo la agenda de trabajo semanal.

- **Enfermero/a.**

- Realizar la valoración de enfermería de cada paciente y un seguimiento de aquellos aspectos clínicos más relevantes.
- Control y registro de la medicación de cada paciente
- Preparación de la medicación oral de aquellos pacientes a los que se les realiza un suministro semanal de la misma en domicilio.
- Educar en colaboración con psiquiatría sobre la medicación y sus efectos.
- Controlar en colaboración con el tutor que cada paciente realiza una toma adecuada del tratamiento y detectar posibles efectos secundarios (los cuales serán comunicados al psiquiatra quién decidirá las intervenciones oportunas).
- Trabajar con el paciente y/o familiares aspectos básicos de salud y manejo de los mismos (hábitos saludables, higiene del sueño, enfermedades comunes...)
- Trabajar con el paciente y/o familiares estrategias de resolución de problemas cotidianos.
- Intervenir en crisis junto con el psiquiatra.

- **Trabajador/a social.**

- Análisis de la situación, valoración y diagnóstico social.
- Orientación en derechos y prestaciones sociales, redes de apoyo, alternativas residenciales, alternativas de ocio y tiempo libre, recursos específicos.
- Acompañamiento en la gestión de tareas que requieran un apoyo puntual.
- Impulsar la participación en actividades formativas, socio-terapéuticas y de ocio y tiempo libre para fomentar la comunicación, creatividad e iniciativa personal, y en general, el contacto social y los beneficios de éste.
- Derivación a recursos normalizados de la comunidad.
- Coordinación con otros trabajadores sociales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos y servicios sociales de la zona.
- En colaboración con psiquiatra dar a conocer el Tratamiento Asertivo-Comunitario en los distintos sectores comunitarios y recursos específicos.

- **Auxiliar Sanitario.**

- Control de todo lo relacionado con las citas médicas de los pacientes u otro tipo de citas (revisión de invalidez, citaciones judiciales...): registro actualizado de citas y asistencia, solicitud, aviso a pacientes y/o familiares...

- **Terapeuta Ocupacional**

- Valoración de las áreas de desempeño ocupacional, de los componentes y de los contextos de ejecución ocupacional para establecer el diagnóstico ocupacional.
- Utilización de abordajes, técnicas y estrategias para el adiestramiento y/o reeducación de las áreas de desempeño ocupacional y de los componentes de ejecución ocupacional.
- Intervención, asesoramiento y educación, directa o indirecta, con usuarios y familiares sobre actividades de la vida diaria.
- Adaptación y modificación de la actividad y del entorno para favorecer la realización de las actividades de la vida diaria.
- Motivar y fomentar la participación activa del usuario, familiares y/o cuidadores en el proceso de toma de decisiones sobre el plan individualizado de tratamiento.
- Seguimiento y reevaluación para adaptar y adecuar el plan de tratamiento individual a las necesidades, demandas e intereses reales existentes.
- Utilizar y gestionar, junto a la trabajadora social u otros miembros del equipo, los recursos comunitarios existentes para su adecuado uso y aprovechamiento.

1.5 Funciones comunes de los profesionales del T.A.C.

Detallamos las funciones a realizar por todos los miembros del equipo:

- Funciones de tutor y cotutor.
- Valorar los informes de derivación de los pacientes al TAC , en base a que cumplan o no los criterios de inclusión. Aquellos pacientes en los que no quede claro su inclusión o exclusión, se presentarán en la próxima reunión de la Comisión de Seguimiento del TAC para tomar una decisión final.
- Conocer a todos y cada uno de los pacientes incluidos en el Tratamiento asertivo-comunitario.
- Evitar el establecimiento de relaciones de dependencia, fomentando la autonomía de los pacientes.
- Colaborar en la adecuada cumplimentación de las historias clínicas reflejando las actuaciones llevadas a cabo y otros datos de interés.
- Participar en todas las reuniones del equipo.
- Realizar visitas domiciliarias programadas o a demanda.
- Coordinación con todos los recursos sociales y sanitarios que se precisen par cubrir las necesidades de los pacientes.

Todos los miembros del equipo hemos desarrollado funciones de tutor principal y de cotutor. Acordamos que el número idóneo de pacientes por tutor fuera de 10 pacientes.

A continuación detallamos las funciones desarrolladas por el tutor y el cotutor.

- **Tutor**
 - Intervenir en compañía de psiquiatría en la fase de acogida del paciente y/o familiares.
 - Redactar el Plan Terapéutico Individual, una vez elaborado en colaboración con todo el equipo.
 - Garantizar el desarrollo de las intervenciones reflejadas en el Plan Terapéutico Individual y participar en las mismas.
 - Informar al resto de los miembros del equipo acerca del desarrollo del Plan Terapéutico Individual.
 - Construir una relación estable y continuada con el paciente, evitando el desarrollo de relaciones de dependencia y favoreciendo la autonomía.
 - Coordinar y asegurar la continuidad de cuidados.
 - Profesional de referencia del paciente y/o familiares.
- **Cotutor**
 - Acompañamiento del tutor en visitas domiciliarias.
 - Apoyo al tutor en todo lo necesario.
 - Estar al tanto de todas las actuaciones en relación al Plan Terapéutico Individual.
 - Profesional de referencia del paciente y/o familiares en ausencia del tutor.
 -

2. PACIENTES DERIVADOS AL T.A.C. EN EL AÑO 2008.

- N° total de pacientes derivados al TAC: ... 31 pacientes.
- N° de pacientes que no fueron admitidos por incumplimiento de criterios de inclusión:1 paciente (se realizó informe a cada paciente, reflejando motivo de la no admisión y se entregó a su psiquiatra de referencia).

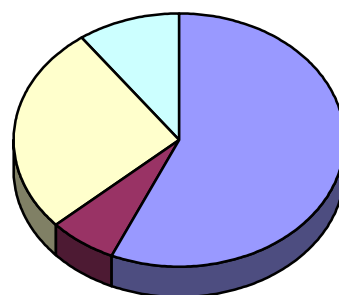
2.1. Pacientes admitidos en el TAC.

N°H ^a Clínica TAC	Edad	E. Civil	Diag. Principal	Consumo tóxicos (Especificar)	Convivencia
030	37	Soltero	E. Paranoide	Si (alcohol, cocaína, cannabis)	Familia
031	51	Soltero	TOC	No	Familia
032	44	Soltero	E. Paranoide	No	Familia
033	33	Soltero	E. Paranoide	No	Familia
034	35	Soltero	E. Paranoide	No	Familia
035	29	Soltero	E. Paranoide	Si (Alcohol, cocaína, cannabis)	Familia
036	53	Separado	E. Paranoide	Si (alcohol)	Familia
037	44	Divorciada	E. Paranoide	No	Familia
038	49	Soltero	E. Paranoide	Si (alcohol, cannabis, cocaína)	Familia
039	50	Separado	E. Paranoide	Si (Alcohol, cannabis)	Familia
040	52	Separado	E. Paranoide	Si (Alcohol)	Familia
041	32	Soltero	E. Paranoide	No	Familia
042	36	Soltero	E. Paranoide	Si (Cocaína, cannabis)	Familia
043	60	Viuda	T.Ideas delirantes persistentes	No	Sola
044	46	Separado	E. Paranoide	Si (alcohol, cocaína)	Solo
045	37	Soltera	E. Paranoide	No	Familia
046	23	Soltero	Otros trastornos psicóticos no orgánicos	No	Familia
047	38	Soltero	E. Paranoide	Si (Alcohol)	Familia

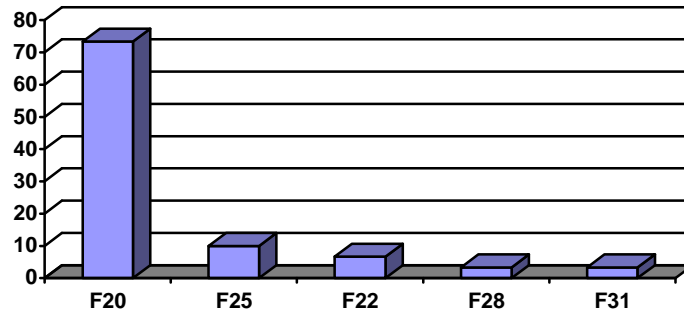
048	29	Soltero	E. Paranoide	Si (cannabis, cocaína)	Familia
049	41	Casada	E. Paranoide	No	Familia
050	48	Separada	E. Indiferenciada	No	Sola
051	40	Soltero	E. Paranoide	Si (Alcohol, cocaína, cannabis)	Solo
052	56	Soltera	T. Ideas delirantes persistentes	No	Familia
053	59	Viuda	E. Paranoide	No	Familia
054	48	Soltero	T. Esquizoafectivo	No	Solo
055	29	Soltera	E. Paranoide	No	Familia
056	45	Separada	T. Bipolar Tipo I	Si (alcohol)	Familia
057	40	Casada	T. Esquizoafectivo	No	Familia
058	54	Divorciada	Esquizofrenia Paranoide	No	Familia
059	60	Viuda	T. Esquizoafectivo	No	Familia

Resumen

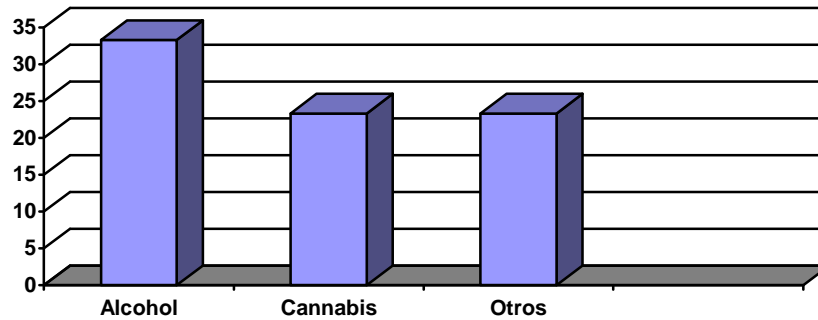
Nº total de pacientes:	30	
Edad media de los pacientes:	43,26 años	
Estado civil		
• Solteros:	17	56,66 %
• Casados:	2	6,66 %
• Separados/Divorciados:	8	26,66 %
• Viudos	3	10 %



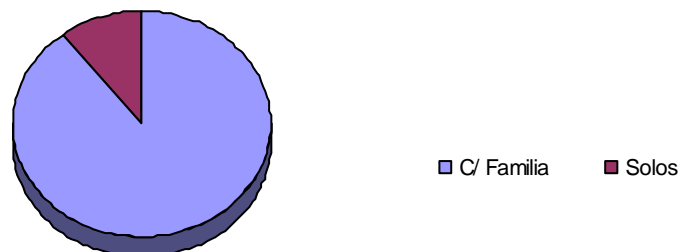
Diagnóstico principal		
• Esquizofrenia:	22	73,33 %
• Trastorno Esquizoafectivo:	3	10 %
• Trastorno Delirante:	2	6,66 %
• Trastorno Psicótico no orgánico:	1	3,33 %
• Trastorno Bipolar:	1	3,33 %



Consumo de tóxicos:		
• Alcohol:	10	33,3 %
• Cannabis:	7	23,33 %
• Otros:	7	23,33 %



Convivencia:		
• Con familia:	25	83,33%
• Solos:	5	16,66%
• Residencia:		
• Otros:		



2.2. Definición de indicadores de eficacia.

Tras acordar con la Comisión de Seguimiento del T.A.C. el hacer uso de unos indicadores de eficacia sencillos y de fácil manejo, seleccionamos los siguientes:

- Cumplimentación adecuada del tratamiento psicofarmacológico.
- Acudir a revisiones en centro de salud mental de referencia.
- Reducir consumo de tóxicos.
- Reducir ingresos hospitalarios.

A continuación detallamos el número de pacientes (**entre un total de 30 pacientes** admitidos en el T.A.C.) que no cumplían los indicadores de eficacia:

NO CUMPLÍAN INDICADORES DE EFICACIA	Nº Pacientes (%)
No cumplimentación adecuada del tratamiento	23 (76,66 %)
No acuden a revisiones en centro de salud mental de referencia	27 (90 %)
Consumen tóxicos	12 (40 %)
Presentan ingresos hospitalarios frecuentes	11 (36,66 %)

Tras comenzar a trabajar con los pacientes durante el año 2008, obtenemos los siguientes resultados:

CUMPLEN INDICADORES DE EFICACIA	Nº Pacientes
Cumplimentación adecuada del tratamiento	17 (56,66 %)
Acuden a revisiones en centro de salud mental de referencia	14 (46,66 %)
Reducción de consumo de tóxicos	8 (26,66 %)
Reducción de ingresos hospitalarios	6 (20 %)

Por tanto, se observa una reducción en el porcentaje de pacientes que no cumplían indicadores de eficacia.

2.3. Otros parámetros de interés.

2.3.1. Altas

Entre los **30** pacientes con los que hemos trabajado se han producido **5 altas** por los siguientes motivos:

- 1 alta a petición familiar.
- 1 alta al tratarse de un Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes que no cumplía los requisitos reflejados en los criterios de inclusión en el programa.
- 3 alta al considerar trar ser admitidos en el programa y realizarles la acogida que no cumplían criterios de inclusión en el mismo.

Se han realizado informes de alta para los psiquiatras de referencia en el Centro de Salud de Cartagena de todos los pacientes en los que se ha procedido a la misma.

2.4. Derivaciones para ingreso en otros recursos sanitarios

- En **3 pacientes** entre un total de 30 , las primeras intervenciones terapéuticas realizadas por el equipo consistieron en coordinarnos con los profesionales del Hospital General Básico de la Defensa para proceder al ingreso de los mismos, puesto que se encontraban en fase aguda de descompensación psicopatología y era inviable un abordaje comunitario.
- En **3 pacientes** de un total de 30 se ha procedido a su derivación a la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena, puesto que podían beneficiarse de los programas llevados a cabo por los profesionales de dicha unidad.

2.5. Procesos de incapacitación civil promovidos

- Se han llevado a cabo con **1 paciente**.

3. VALORACION CUALITATIVA DEL T.A.C.