



REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA
Y CIÈNCIES AFINS
DE LA COMUNITAT VALENCIANA



Trastorno Mental Grave: ¿de qué hablamos?.

Carmen Leal Cercós
Universitat de Valencia. RAMCV.



LEY GENERAL DE SANIDAD

capitulo III: SALUD MENTAL

- **Plena integración en el sistema sanitario general.**
- **Total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieren servicios sanitarios**
- **Atención en el ámbito comunitario**
- **Potenciación de servicios ambulatorios.**

Capitulo III: SALUD MENTAL

- **Potenciación de hospitalización parcial y atención a domicilio.**
- **Considerar de modo especial la Psiquiatría infantil y Psicogeriatría.**
- **Hospitalización en Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales.**

Capitulo III: SALUD MENTAL

- **Desarrollo de Servicios de Rehabilitación y reinserción social en coordinación con los Servicios Sociales.**
- **Los Servicios de Salud Mental y de atención psiquiátrica, con los Servicios Sociales cubrirán los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales del enfermar.**

DECLARACION ONU

“Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos”.

(principio 8 de Resolución de Asamblea General de Naciones Unidas sobre “Protección a los enfermos mentales y mejora de la Atención de la Salud Mental. 1992).

DERECHOS de PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- + D. a un nivel de vida adecuado y protección social.
- + D. al goce de salud física y mental del mayor nivel posible.
- +D. al ejercicio de capacidad jurídica, a la libertad y a la seguridad de la persona. (*Tratamiento involuntario; contención*).
- +D. a protección frente a trato inhumano o degradante, explotación, violencia y abuso.
- + D. a vivir de forma independiente y ser incluidos en la comunidad.

Problemas clinicos... De la locura a problemas de la vida.

- + Trastornos mentales graves: Psicosis (Esquizofrenia . Trastorno Bipolar), TOC...
 - * Salud física pacientes.
- + Patologías psiquiátricas comunes , frecuentes . No son "enfermedades raras". Depresiones. T ansiedad. Fobias. T. conducta alimentaria.....
- + Trastornos en la infancia y adolescencia (el espectro autista, TDAH, trastornos de conducta, inicio trastornos psicóticos, abuso drogas).
- * Psiquiatrización de problemas de la vida cotidiana.

Retos....

+ Problemas emergentes :

Deterioro cognitivo. Demencias.

Incremento conductas de riesgo: Drogas

Síndromes subumbral. Somatizaciones.

Sociedad bajo estrés→ aumento morbilidad

Iatrogenia. ¿Exitos médicos? Supervivientes.

Envejecimiento de T.M. Graves.Comorbilidad.

Emigrantes (mediadores culturales)

D^os nuevos: S. riesgo psicótico, Disforia de género, S .disruptivo emocional..... (DSM5)

DSM-5 Críticas

- Pandemia de Trastornos mentales o “el que este libre de pecado....”
- Patologización de respuestas conductuales “normales” .o “miserias humanas”
(Freedman en el New York Time)
- Disminución del umbral diagnóstico.
- Presión de la Industria farmacéutica.

Trastorno Mental Grave

- Grupo de personas heterogeneas que sufren trastornos psiquiatricos graves, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social y que han de ser atendidas en diversos recursos sociosanitarios de la red asistencial.
- INSM Estados Unidos, 1978

Trastorno Mental Grave

- Trastorno mental de duración prolongada y que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social.
- AEN Cuaderno técnico nº 6.

TMG: Tres dimensiones (Guía práctica del SNS)

- **Diagnóstico**
- **Duración del Trastorno (Cronicidad)**
- **Nivel de discapacidad, social, familiar y laboral**

TMG: Criterios diagn3sticos

- Trastorno esquizofr3nico
 - Trastorno esquizotipico
 - Trastornos delirantes persistentes e inducidos.
 - Trastornos esquizoafectivos
 - Trastorno Bipolar
 - Trastorno depresivo grave con sntomas psic3ticos.
 - Trastornos depresivos graves recurrentes
 - Trastorno Obsesivo-compulsivo
 - ¿Trastornos graves de personalidad?.
- (Excluidos: demencias, drogadicciones, retraso mental....)

Duración de la enfermedad.

- * Dos años o más de evolución, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses, aunque remitan los síntomas.
- * NIMH como alternativa: haber recibido tratamiento psiquiátrico intensivo más de una vez en la vida ; haber recibido apoyo residencial continuo durante un tiempo suficiente para interrumpir significativamente la situación vital.

Presencia de discapacidad

- Medida con escalas:
 - EEAG (Escala de Evaluación de la actividad global) puntuación <50-60. Afectación leve <70.
 - DAS-I (Escala de evaluación de la discapacidad de la OMS, puntuaciones >3 en todos sus items. DAS > 8.
 - NIMH: limitaciones funcionales en actividades de la vida cotidiana en al menos dos de los siguientes: Desempleo; Necesidad de apoyo económico público; Dificultad para mantener apoyo social; Falta de autonomía personal; Conducta social inadecuada.

TMG: Otros factores a evaluar

- Comorbilidad: física/ drogas
- Riesgo de auto/heteroagresividad. Suicidio
- Calidad de vida
- Grupos de riesgo: marginados, migrantes, minorías étnicas, refugiados, ancianos.
- Situaciones de riesgo: embarazo, puerperio, desempleo, pobreza, maltrato, abusos sexuales.
- Red de apoyo
- Tipo de demanda.
- Situación legal: incapacidad civil

Rehabilitación

- Desempeño del rol social: relaciones sociales, laborales, de ocio, calidad de vida y carga familiar.
- Desempeño de “roles valorados” (Farcas,2006)
- Discapacidad funcional ,no cronicidad.
- Intervención sobre factores de riesgo psicosociales.

+

Control farmacológico y/o autocontrol de la medicación por el paciente (Programas móvil-→adherencia al Tº).
Continuidad desde Programas en hospitalización -
→Ambulatorio.

Asistencia: Reforma Psiquiátrica

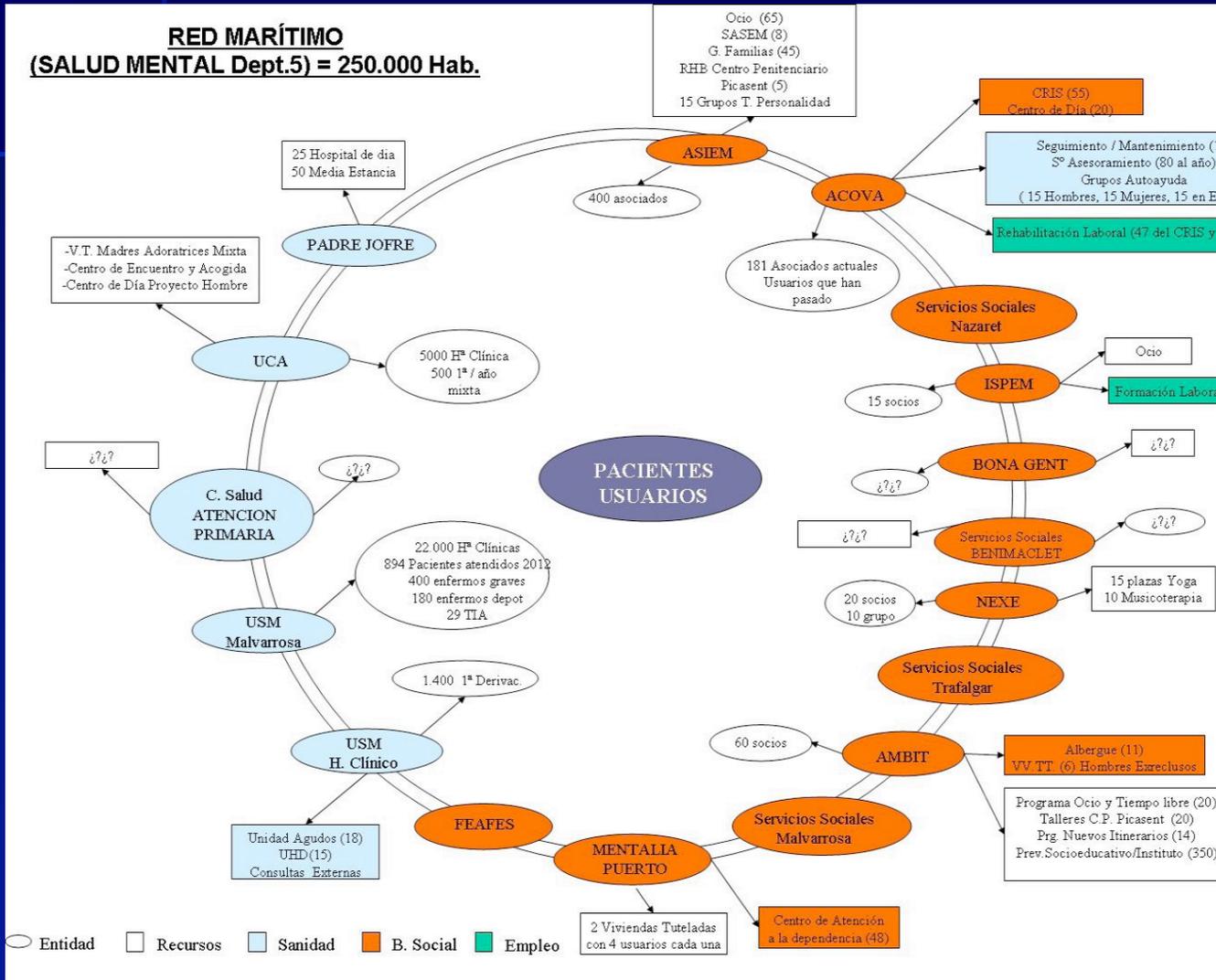
- Desintitucionalización--→ Modelo comunitario--→
Múltiples retos.
 - + Sustitución del Hospital Psiquiátrico.H.G.
 - + Creación de amplia gama de recursos comunitarios no sólo sanitarios. Plan S.M.
 - + Coordinación con S. sociales.
 - + Equipos multiprofesionales.
 - + Dispositivos con objetivos y programas específicos.
 - + Obstáculos: resistencia al cambio, incertidumbre, estigma....

Errores a evitar en la Asistencia Comunitaria (Maj, 2010)

- * Modelo asistencial equilibrado. Psiquiatría sigue necesitando camas--
--→Hospital general. Media estancia.
- * No enfoque exclusivo en los T. psicóticos o TMG
- * Coordinación Atención Primaria.
- * Planificación a largo plazo con evaluación. Indicadores: Tasas de suicidio, Evolución clínica, Repercusión familiar, Calidad de vida.
- * Residencias no sólo con mínimos----→ Programas rehabilitación
- * Participación de los cuidadores y apoyo a los mismos: Programas psicoeducativos. Asociaciones pacientes y familiares.
- * Centros cercanos a su entorno habitual, con la menor restricción posible y mantenimiento de vínculos con la sociedad.
- * Evitar el vínculo con intereses políticos.
- * No centros privados “invisibles”.

La Red del Marítimo

RED MARÍTIMO
(SALUD MENTAL Dept.5) = 250.000 Hab.



Objetivos de la red:

- Desarrollo buenas prácticas de atención a personas con TMG
- Integración de recursos sanitarios, de servicios sociales, y de apoyo al empleo.



