

EQUIPO DE SEGUIMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

ESAC-MIGJORN

Carmen Pradas 11 mayo 2022

Definición

- Tratamiento asertivo comunitario (TAC)

Servicio atención integral, prestado en **comunidad** por **equipo multidisciplinar**, para tratamiento, apoyo y rehabilitación de personas con enfermedades mentales severas que no mantienen contacto regular con servicios psiquiátricos ordinarios.

Definición

- Vehículo para favorecer tratamientos a este colectivo.
- **Atención domiciliaria** principal **característica**.
- **Objetivo mejorar** evolución, **funcionamiento social** y **calidad de vida**.

Diferentes modelos de TAC

- TAC reconocido como tratamiento psicosocial prioritario en Guías Clínicas españolas, europeas y americanas consensuadas por expertos para el tratamiento del TMG con **nivel de evidencia A**.

Diferentes modelos de TAC

- Inicios TAC en **1980**, Hospital psiquiátrico de Mendota, **Wisconsin**, Leonard Stein, Mary Ann Test y Arnold Marx ponen en marcha el primer programa de “Tratamiento Asertivo Comunitario”.
- 1ª experiencia europea TAC en **1991** en **Reino Unido** establece con carácter normativo en red de salud mental comunitaria el programa “Care Programme Approche” (CPA).

Diferentes modelos de TAC

- **España 1995** empiezan a constituirse diversos programas. Implantación desigual.
- Entre todas experiencias, más destacable equipo Avilés desde **1999**. Metodología de actuación **Modelo Avilés** (Martinez Jambrina, 2007).

Características de los programas Asertivos Comunitarios

- **Equipo multidisciplinar:** profesionales de diversas disciplinas necesario para la atención integral de personas con enfermedades mentales graves.
- **Trabajo en equipo:** El equipo en su totalidad es responsable de asegurar que el usuario reciba asistencia integral.

Características de los programas Asertivos Comunitarios

- **Atención integral:** El TAC ofrece constante apoyo a nivel tanto clínico como personal y social.
Si algún servicio no pudiera prestarse, coordinación con instancias oportunas para garantizarlo.

Características de los programas Asertivos Comunitarios

- **Equipos TAC son especialmente activos** (o asertivos) en establecimiento contacto inicial, así como en el mantenimiento de la relación asistencial.

Características de los programas Asertivos Comunitarios

- **Baja proporción usuarios/profesionales (10-15:1):** con fin asegurar servicio personalizado en consideración con necesidades de cada usuario.
- **Tratamiento in vivo:** la mayoría contactos se producen en domicilios o otros lugares de su entorno comunitario.

Características de los programas Asertivos Comunitarios

- **Contacto frecuente y flexible:** en función necesidades del usuario, se adapta la frecuencia y naturaleza de visitas a circunstancias concretas de cada usuario.

Características de los programas Asertivos Comunitarios

- **Control de síntomas:** combinación medicación y técnicas psico-sociales contribuye controlar síntomas enfermedad, evitando ingresos y estigma social derivado de repetidas y recaídas graves.

Características de los programas Asertivos Comunitarios

- **Cobertura** 24 horas y 7 días semana para proveer respuesta inmediata y eficaz si crisis. Mayoría programas en nuestro país prestan atención **7 horas/día de lunes a viernes**.
- Servicios ofrecidos por TAC **no duración preestablecida**, prestados mientras necesidades del usuario lo requieran.

Objetivos del TAC

- Favorecer la **permanencia** en su **entorno** familiar y social, evitando marginalización, institucionalización o ingresos hospitalarios innecesarios.
- Trabajar la posibilidad de asistencia y **vinculación** del paciente con las Unidades de Salud Mental.
- Realizar entrenamiento y mantenimiento de **habilidades** de **autocuidado** y de **autonomía**.

Objetivos del TAC

- Reforzar la adaptación y **funcionamiento social**.
- Potenciar la **integración comunitaria** por parte del paciente y de la familia.
- Asegurar la **detección** de posibles **recaídas** para poder intervenir precozmente.
- **Prevenir** situaciones de **riesgo** para la **salud** del paciente y grupo familiar.

Objetivos del TAC

- **Potenciar** el cumplimiento de **cuidados** y revisiones médicas.
- Realizar **seguimiento y control** del paciente para evaluar resultado de intervenciones aplicadas.

OBJETIVO FINAL:

Vinculación con la red normalizada de salud mental, servicios sanitarios y servicios sociales.

Criterios de selección ESAC

- **Edad** de 18 a 65 años.
- **Duración de la enfermedad:** Evolución de 2 años o más, o deterioro progresivo y marcado en funcionamiento en últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación) aunque remitan los síntomas.
- **Presencia de discapacidad:** Afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar.

Criterios diagnósticos

- Trastornos esquizofrénicos
- Trastorno esquizotípico
- Trastornos delirantes
- Trastornos esquizoafectivos
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- Trastorno bipolar
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastornos depresivos graves recurrentes
- Trastorno obsesivo compulsivo

Criterios de selección ESAC

- Se considera que **no** son dispositivos adecuados para:
 - Retraso mental
 - Trastorno mental orgánico
 - Trastorno de la personalidad
 - Toxicomanía

Prioridad

A la hora de admisión se tendrán en cuenta:

- **Componentes sociales** (sobrecarga familiar, escaso apoyo, etc.).
- **Alta necesidad** de cuidados y servicios.
- **Nivel de utilización** de los servicios.
- Dificultad de **adherencia al tratamiento**.
- Alto riesgo de **exclusión social**.

Derivación

Dispositivos derivantes al ESAC:

- Dispositivos de salud mental Área de Son Llàtzer.
- Centros de Salud y Unidades Básicas de Salud de Atención Primaria vinculados a las USM de referencia del H. Son Llátzer: Emili Darder y Rafal Nou.
- Servicios Sociales del Sector Son Llátzer.

Acogida

- Se realiza **primer acercamiento** con paciente y familia.
- Se **proporciona información** sobre funcionamiento ESAC y motivos de derivación al mismo.
- Se **recoge información**, centrada en situación actual del paciente y familia, las posibles motivaciones e intereses del usuario.
- Se inicia proceso de construcción de **alianza terapéutica**

Entrevistas de evaluación

- Con información recogida en entrevista acogida, se decide características de primeros contactos: lugar, contenido de entrevistas, duración del contacto, etc.
- Resultados obtenidos se plasmarán en **Plan de Seguimiento Individualizado (PSI)**.
- **Fase primordial** ya que primeras interacciones sentarán bases de relación terapéutica con paciente.

Plan Seguimiento Individualizado

Se exploran:

- **Psicopatología**, conciencia enfermedad, sintomatología, adherencia terapéutica, conductas de riesgo.
- Problemas **salud física** y presencia de **alteraciones de las necesidades básicas**.

Plan Seguimiento Individualizado

Se exploran:

- **Habilidades** de autocuidado y autonomía (AIVD).
- Formación, historia ocupacional, del tiempo libre y participación comunitaria.
- **Situación** vivienda, económica, jurídica y el entorno familiar.

Intervenciones

- **Abordaje psicosocial:** apoyo psicológico, psicoeducación, identificación de pródromos y síntomas precoces descompensación, técnicas afrontamiento y solución problemas, manejo estrés.
- **Apoyo al tratamiento farmacológico:** educación sobre medicación, promoción de adherencia, control tratamientos protocolizados, monitorización efectos.

Intervenciones

- **Entrenamiento en habilidades de la vida diaria:** alimentación, vestido, habilidades domésticas, uso transporte, manejo tiempo libre, gestión dinero, relaciones sociales.
- **Psicoeducación familiar:** educación enfermedad, manejo crisis, técnicas comunicación y solución problemas, facilitación uso de recursos, vinculación con grupos y asociaciones familiares.

Intervenciones

- **Orientación e integración ocupacional-laboral:** orientación motivacional, desarrollo curricular, apoyo al empleo, planificación y estructuración del tiempo.
- **Cuidado y promoción de la salud:** prevención conductas de riesgo, evaluación salud física, educación sexual.

Intervenciones

- **Beneficios sociales:** ayuda con solicitudes beneficios sociales, grados discapacidad, grado dependencia, iniciar trámites incapacitación si es necesario.
- **Coordinación con otros recursos sociales y/o sanitarios:** gestiones administrativas, acompañamientos, trabajo en red.

Intervenciones

- **Actuación en crisis:** atención en crisis, a veces precisa hospitalización breve para estabilización psicopatológica y recuperación del nivel funcionamiento del paciente.

Vinculación

- **Objetivo final vinculación del paciente** con unidades salud mental, dispositivos rehabilitadores de salud mental, servicios sociales y servicios sanitarios.

Desvinculación

- Fase de desvinculación de forma individualizada y adaptada a características de cada paciente y su familia.
- Tras periodo establecido de **seguimiento indirecto**, en nuestro caso un año, en que paciente asiste a citas en unidades referencia y no recaídas ni crisis, se procederá alta.

Coordinaciones

Reuniones diarias dentro del equipo.

Reuniones para evaluar los resultados.

Reuniones con las USM de referencia.

Reuniones con Centros de Salud.

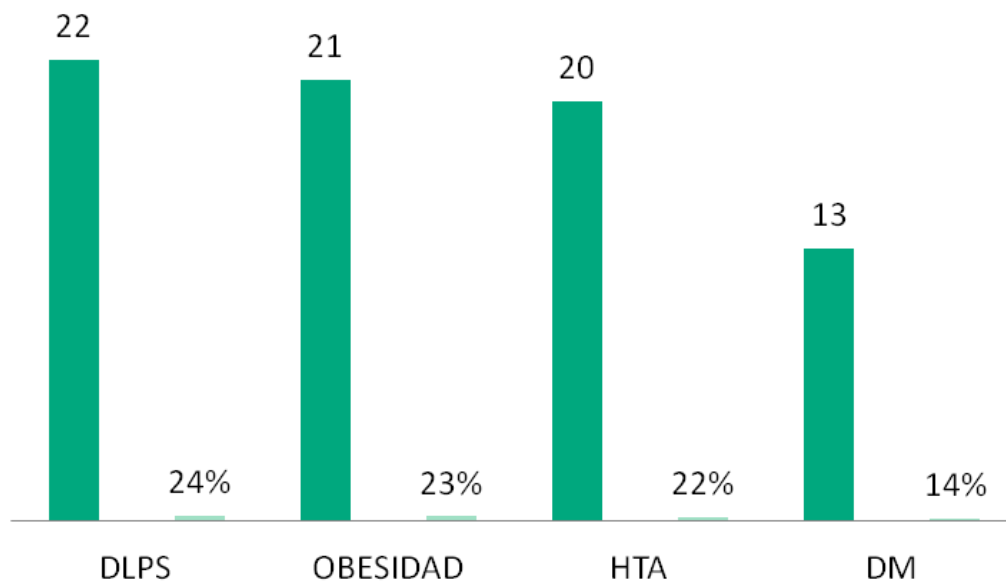
Reuniones con Servicios Sociales (Ayuntamientos, Cáritas...).

Perfil pacientes del ESAC

- 61 % **varones**.
- Media edad 42,5 a.
- Mayor porcentaje intervalo edad **31-50 años** (40 %), seguido por >51 a(40 %).
- 42,39 % diagnóstico **Esquizofrenia** , Tr. Delirante (16,30%) y Tr. Psicóticos sin especificar (13 %).
- 59% de casos evolución enfermedad > **15 a.**

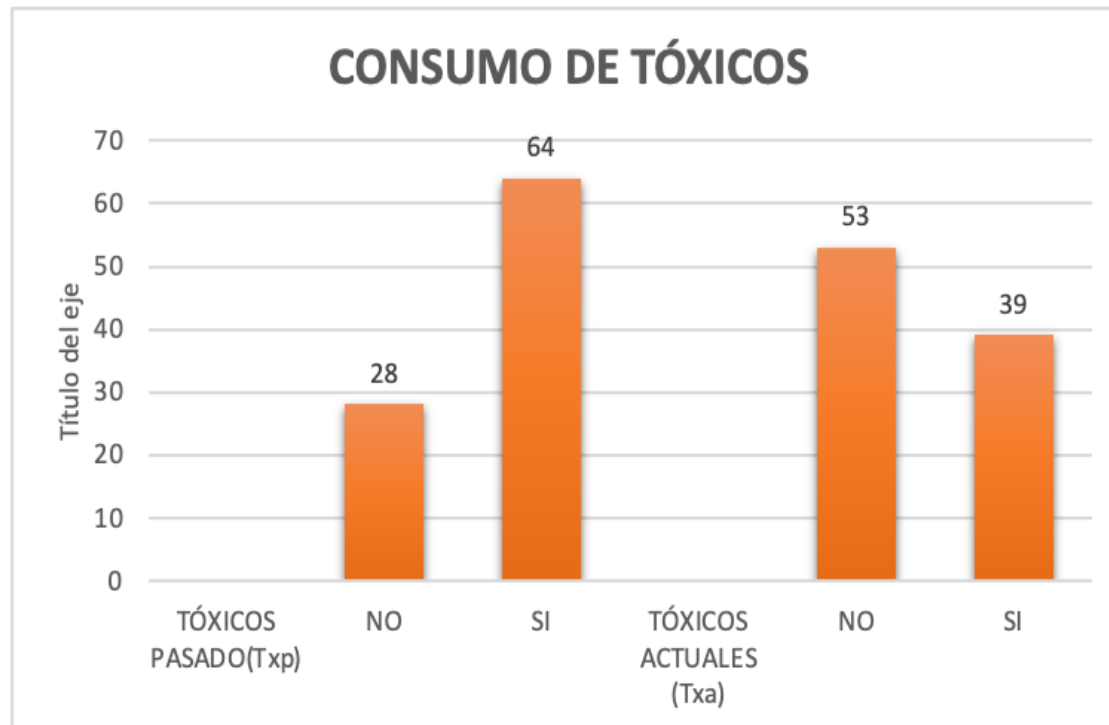
Perfil pacientes del Esac

- 71% problemas somáticos asociados



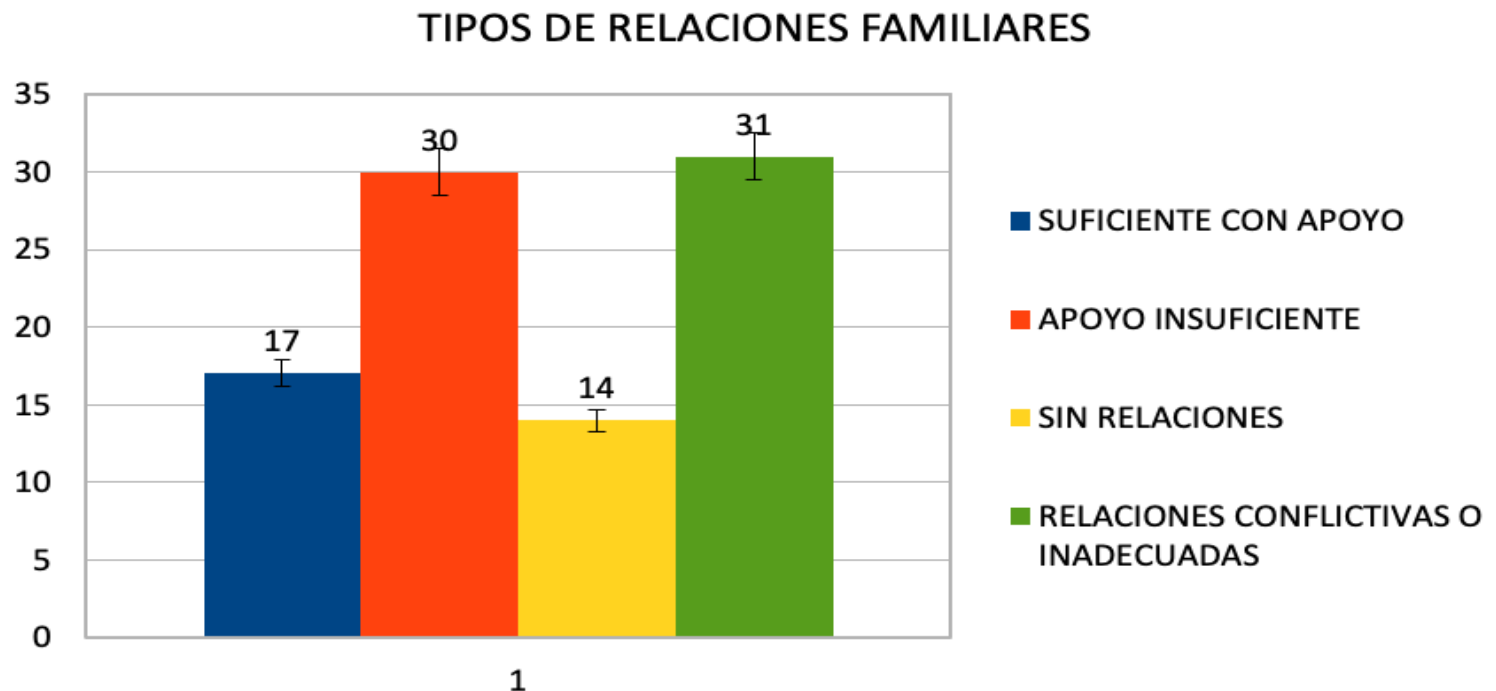
Perfil pacientes Esac

- Tabaco (54,3%), THC (16,3%), OH (10,8%).

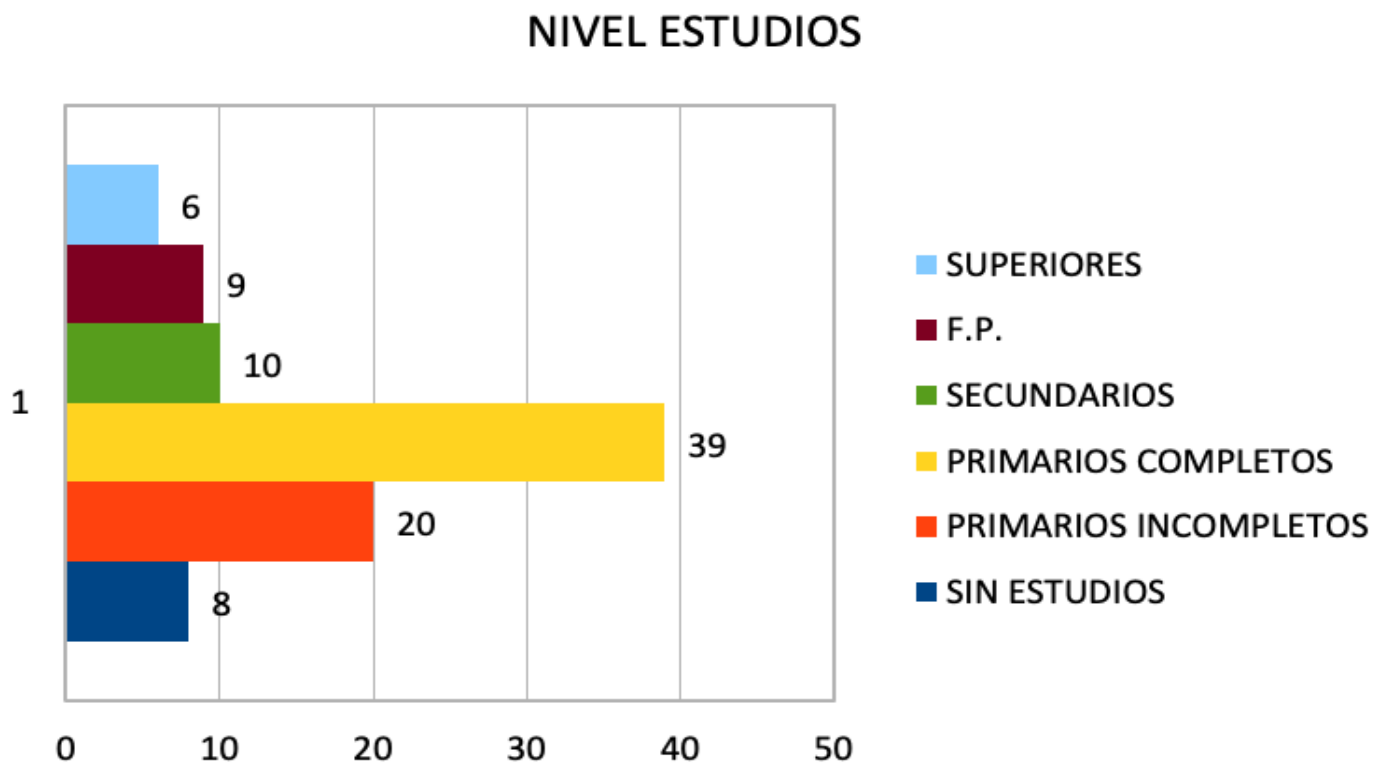


Perfil pacientes Esac

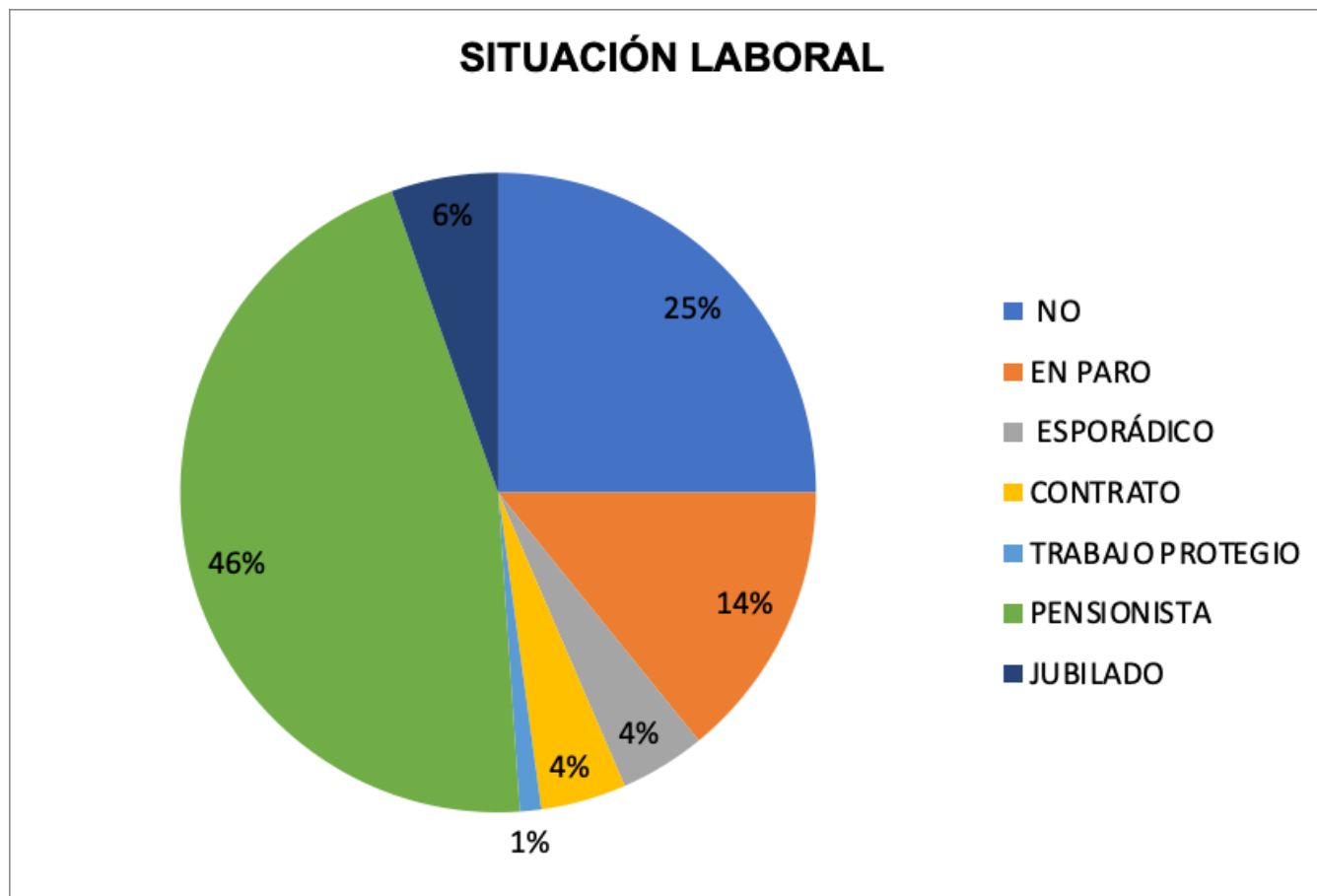
- 34,7% convive familia origen y 19,5% propia familia.
- 47,8% carece apoyo suficiente y 33,6% relaciones familiares conflictivas o inadecuadas.



Perfil pacientes Esac

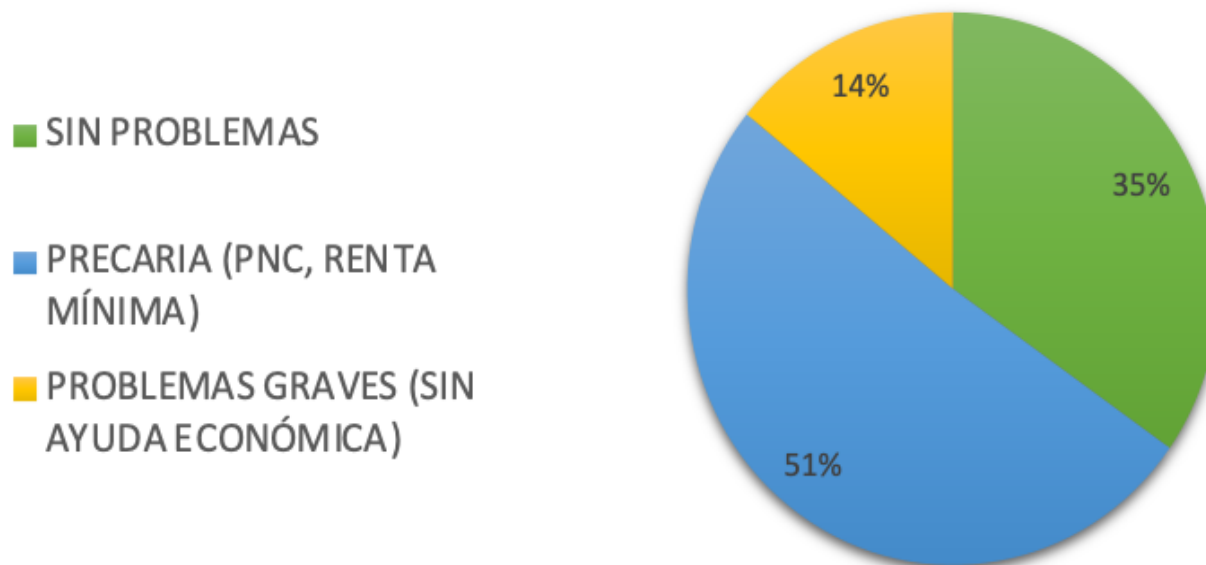


Perfil pacientes Esac



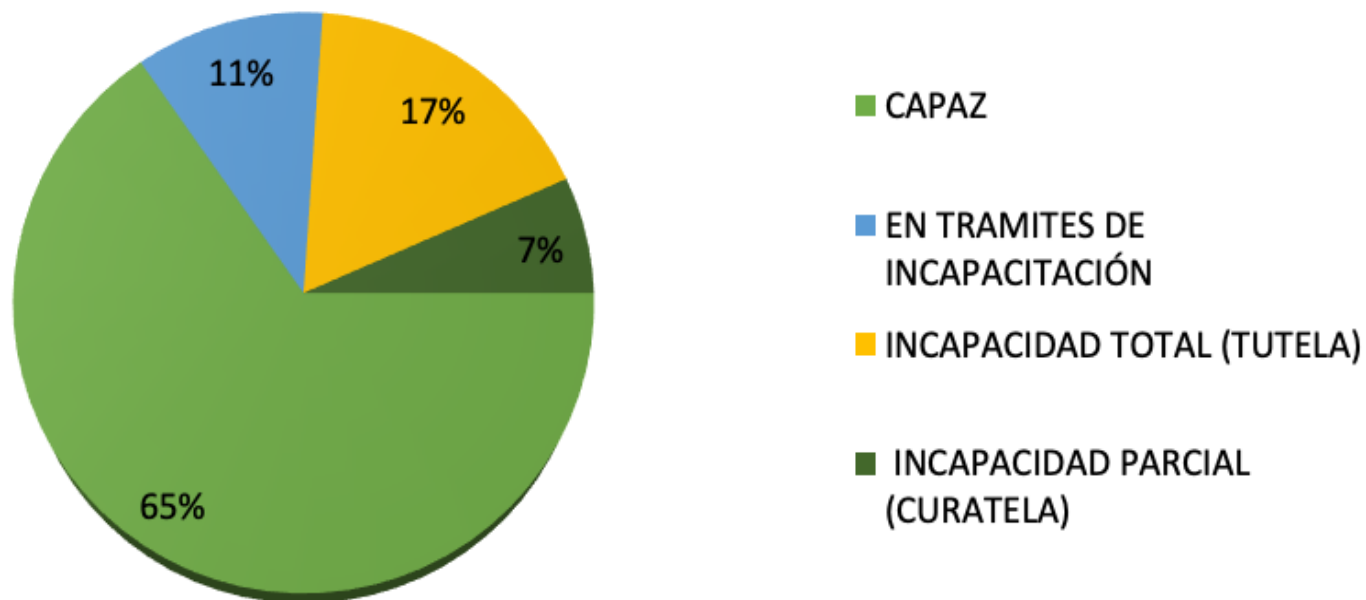
Perfil pacientes Esac

SITUACIÓN ECONÓMICA



Perfil pacientes Esac

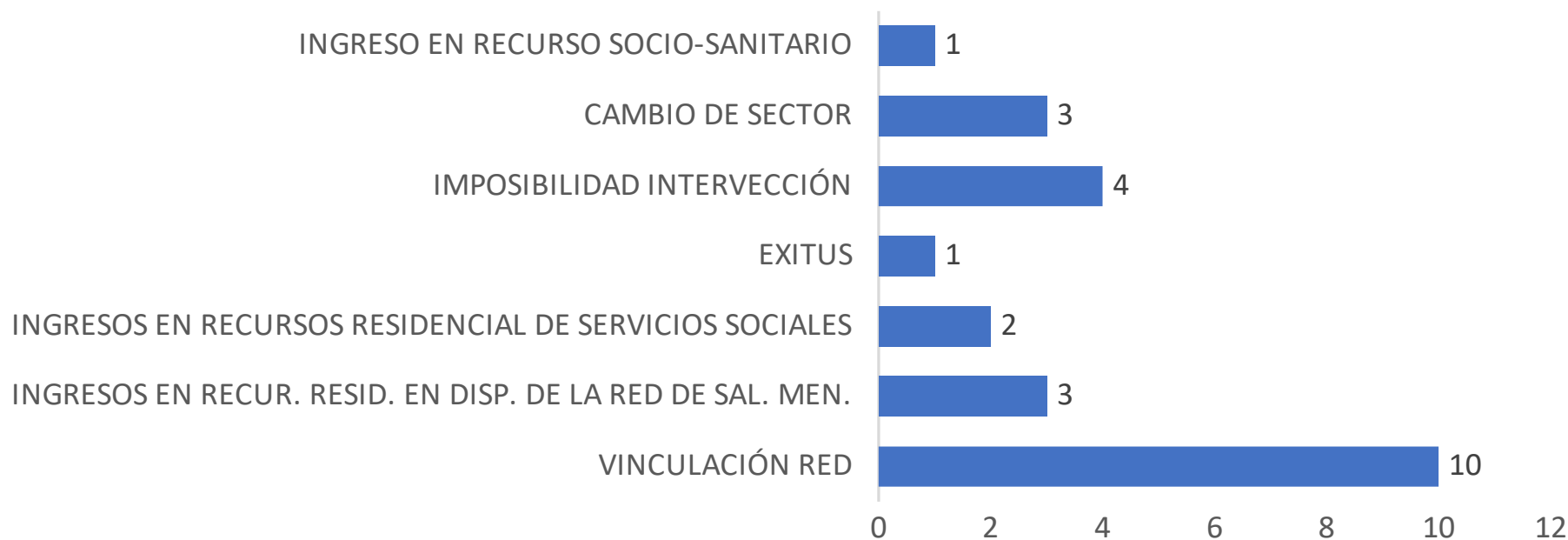
SITUACIÓN JURÍDICA



Perfil pacientes Esac

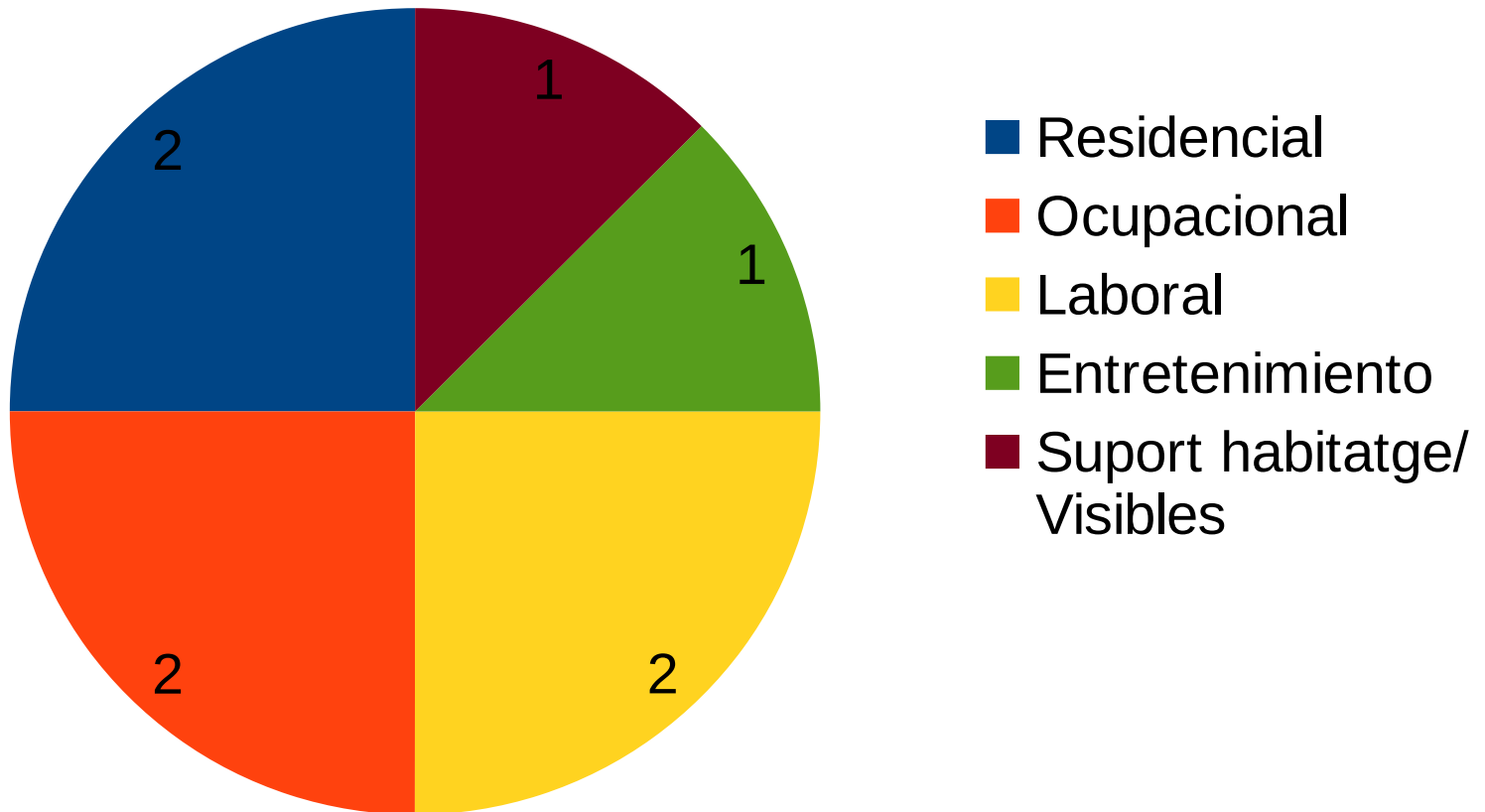
Nº de altas programa en 2020: 23

ALTAS ESAC 2020



Perfil pacientes Esac

INTEGRACION SOCIAL



Perfil enfermo mental grave sin hogar atendido ESAC

Estudio retrospectivo, analizan datos 13 paciente en situación de calle, base de datos 92 pacientes atendido desde enero 2012 a enero 2017 por ESAC Migjorn.

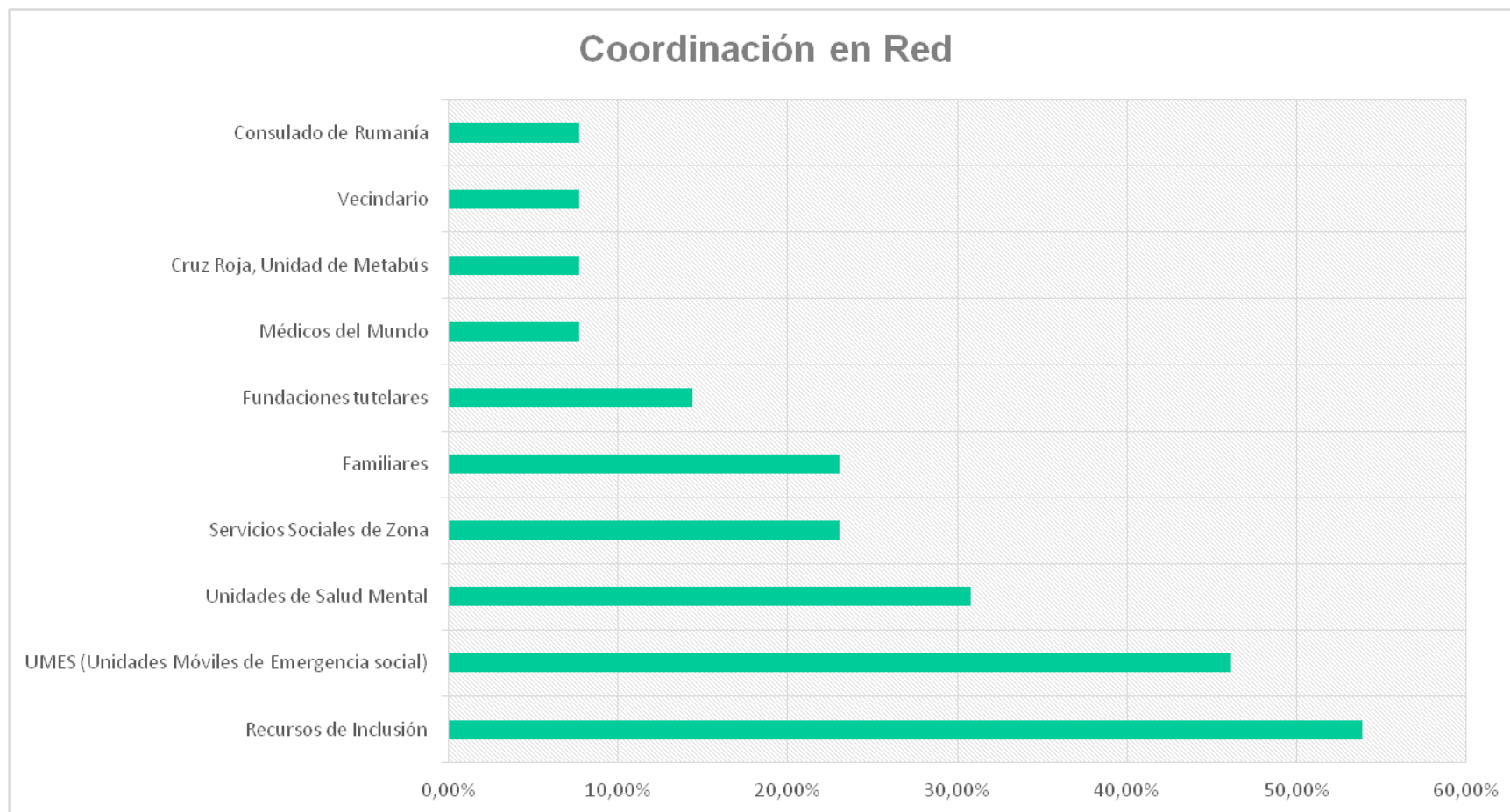
Perfil enfermo mental grave sin hogar atendido ESAC



Perfil enfermo mental grave sin hogar atendido ESAC

- Fármaco más utilizado **neuroléptico depot** (61,53%,).
- Mayoría **enfermedades concomitantes** (53,84%) más prevalentes las infecciosas, relacionadas con consumo (57%), Hipertensión Arterial y dislipemia (ambas 28,57%).
- 13 pacientes, 6 altas programa: 1 vinculación con red SM, 2 retorno familia origen, 1 retorno país origen y 1 ingreso recurso residencial.

Perfil enfermo mental grave sin hogar atendido ESAC





GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN