

## Abordaje psicocomunitario. Experiencia de tratamiento en el CSM de Aiala-Llodio.

Psycho-community approach. Treatment experience at Aiala-Llodio Mental Health Centre.

**M<sup>a</sup> Cristina Cortajarena García <sup>a</sup>, Joseba López Aldana <sup>b</sup>, Patricia García-Valenciano Bragado <sup>c</sup>, Beatriz Gutiérrez Solana <sup>d</sup>, Santiago Ron Martín <sup>e</sup>, Emilia Fernández Nicolás <sup>f</sup>, Pedro José Azpiazu Gómez <sup>g</sup>.**

*a,b,c,d,e,f,yg CSM Aiala-Llodio, Llodio, España.*

*Correspondencia: M<sup>a</sup> Cristina Cortajarena García (cristina.cortajarenagarcia@osakidetza.net)*

Recibido: 07/07/2014; aceptado: 15/03/2015

**RESUMEN:** Introducción: Exponemos una descripción de los trastornos mentales no graves atendidos en una época de fuerte impacto de crisis económica y se comparan con épocas anteriores más benignas. Así mismo, se describe la actitud que hemos desarrollado hacia la patología no grave haciendo sobre todo hincapié en la intervención psicosocial.

**Material y Métodos:** Pacientes nuevos atendidos en los cinco primeros meses del año 2012 y se discrimina a aquellos catalogados como trastorno mental no grave. En estos, valoramos la existencia de problemas psicosociales, laborales, económicos y del grupo primario de apoyo, así como las actuaciones en el marco psicosocial que hemos llevado a cabo o a las que hemos derivado.

**Resultados:** hasta en el 70% de los casos existen problemas psicosociales y entendemos que dichos factores pueden ser condicionantes importantes en los trastornos. Entendemos que el tener medidas claras de intervención psicosocial es fundamental más allá de un abordaje principalmente clínico.

**Conclusiones:** Muchas veces se ha propugnado que el trastorno mental no grave debe ser atendido, casi exclusivamente por Atención Primaria. Desde nuestra experiencia entendemos que desde los Centros de Salud mental y con una buena coordinación tanto con servicios sociales, atención primaria y diversas asociaciones de intervención psicosocial, se puede desarrollar una labor fundamental.

**PALABRAS CLAVE:** Trastorno mental no grave; Intervención psicosocial; Atención primaria; Servicios sociales.

**ABSTRACT:** Introduction: We expose a description of the non-serious mental disorders treated in a time of strong impact of economic crisis and it's compared with more benign earlier times. Likewise there is described the attitude that we have developed towards the non-severe pathology emphasizing specially in the psychosocial intervention.

**Material and methods:** New patients attended in the first five months of 2012 were separated non-serious mental disorder. We valued psychosocial, employ, economic and the primary group support problems and the interventions in psychosocial area that we have done or those who we have sent Results: Up to 70% of cases psychosocial problems exists and we understand these factors can be very important in the disorders. Having clear measures of intervention psychosocial is basic beyond a principally clinical approaching.

**Conclusions:** Often it has been said that non-severe mental disorders must be attended almost exclusively al Primary health care. From our experience we understand Mental health centers and with a good coordination so much with Social services, Primary health care and different groups of psychosocial intervention a major support can be developed.

**KEY WORDS:** Non-severe mental disorders; Psychosocial intervention; Primary health care; Social services

### *Introducción*

La atención a la enfermedad mental se debe estructurar y organizar de manera flexible y adecuándonos a la demanda que puede llegar a ser muy cambiante, no sólo en cuanto a motivos de consulta, si no también en cuanto al perfil de la propia población a atender, la situación económica y social e incluso a la mayor atención que promuevan distintos colectivos en distintos momentos.

Así y en líneas generales, podríamos hacer un recorrido longitudinal desde los años 70-80 hasta nuestros días. Hemos pasado de la institucionalización a la psiquiatría comunitaria, después por la masificación de los centros de Salud Mental con desordenes no graves y el “olvido” del enfermo grave en general menos demandante, más tarde por la especialización (Unidades de trastornos de conducta alimentaria, Unidades de psicosis refractaria, Unidades infanto-juveniles...) e incluso la hiperespecialización como en el caso de los primeros episodios psicóticos, la patología dual o los programas de atención al TDAH por poner unos ejemplos.

En los últimos años hemos vuelto la mirada al Trastorno Mental Crónico asumiendo que nuestros esfuerzos debían adecuarse al Trastorno Grave Crónico. En este sentido los diversos planes de acción de la Estrategia de Tratamiento al Enfermo Crónico (1)

Pues bien, con la irrupción de la crisis económica y el desmoronamiento del estado del bienestar nos encontramos en los Centros de tratamiento ambulatorio con una más que previsible demanda aumentada de lo que erróneamente hemos denominado “Demanda inadecuada”. Es decir, personas con sintomatología psicopatológica secundaria a circunstancias económicas y sociolabores.

Es una demanda que hay que atender, con los mismos estándares de calidad y eficiencia, pero con los mismos recursos y con un progresivo agotamiento de las plantillas.

Lo que se plantea es adaptarse, flexibilizar las respuestas que damos y organizar esta parte de la consulta que cada vez nos lleva más tiempo y dedicación.

Los objetivos que se plantean en este trabajo son los siguientes:

- 1-Verificar el aumento de la demanda en el contexto actual
- 2-Cuantificar la demanda psicosocial
- 3-Aumentar el conocimiento y la colaboración con otros recursos comunitarios
- 4-Sistematizar el proceso de atención desde la consulta de acogida
- 5-Prevención

ORIGINALES BREVES

*Material y metodos*

1-Se recogen los pacientes nuevos atendidos (inicio/reinicio) durante 2012 recogiendo una muestra de los 5 primeros meses

2-Se recogen asimismo todos los pacientes que han precisado de una intervención social en el CSM Aiala-Llodio durante el año 2012 para garantizar en lo que cabe que se ha detectado un problema no exclusivamente asistencial.

3-Revisión de los diagnósticos de la muestra (E-osabide, Osabide global, e historias clínicas no electrónicas).

3-Clasificación en Trastorno Mental Grave/Trastorno Mental No grave en base a los diagnósticos codificados

4-Análisis de las intervenciones psicomunitarias en el Trastorno No grave

*Resultados*

De un total de 455 pacientes analizamos a los pacientes nuevos (inicio/reinicio) atendidos hasta el 31 de Mayo del 2012, lo que supone una muestra de 270 pacientes. Comparándolo con los años 2010 y 2011 se observa que hay un aumento de la demanda sobre 13-14% más.

Realizamos la revisión de los diagnósticos para poder segregarlos y acordamos englobar bajo el epígrafe “Trastorno No grave” a aquellos codificados como: trastornos adaptativos, duelo no complicado, trastorno de ansiedad no especificado, trastorno depresivo no especificado, diagnostico aplazado, categoría Z de la CIE-10 que engloba problemáticas relacionadas con empleo/desempleo, educación, vivienda, grupo de apoyo primario y otras circunstancias psicosociales.(2)

De un total de 270 pacientes revisados, 56 encajarían en dicho grupo lo que supone un 20% de la demanda.

A la hora de agruparlos y para evitar dispersiones diagnósticas decidimos englobarlos en 3 grandes grupos (y otro adicional):

Trastornos adaptativos (donde también sumamos a los diagnósticos de trastornos depresivo y/o de ansiedad no especificados) = 10 pacientes

Duelo = 4 pacientes

Categoría Z =40 pacientes

Diagnóstico aplazado= 2 pacientes

Gráfico 1



Lo más significativo es el grupo “Categoría Z”. Puramente con este exclusivo diagnóstico serían 40 pacientes; ahora bien, en realidad 53 de los 56 pacientes deberían tener un diagnóstico codificado de esta categoría.

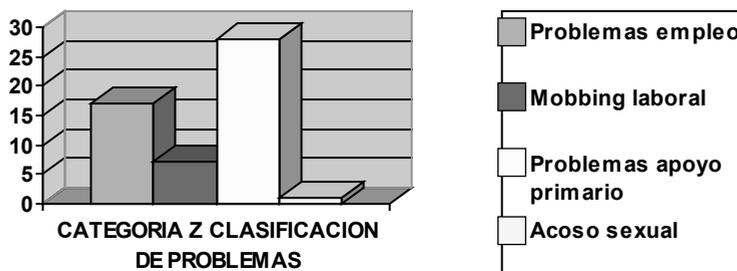
En este heterogéneo grupo es donde enmarcamos a:

24 Pacientes con problemas de empleo/desempleo y en 7 de ellos el “mobbing laboral” fue el motivo de consulta.

1 Paciente por acoso sexual

28 Pacientes con problemas con el grupo de apoyo primario. Aquí aparecen los problemas con la pareja, con la familia ,incluso el agotamiento por cuidado de familiares dependientes

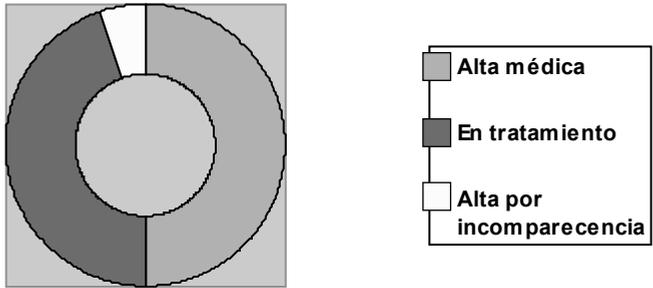
Gráfico 2



En cuanto a las Altas del total de los 56 pacientes, la mitad fue alta médica (28 pacientes), 25 seguían en seguimiento y 3 fueron alta por incomparecencia.

ORIGINALES BREVES

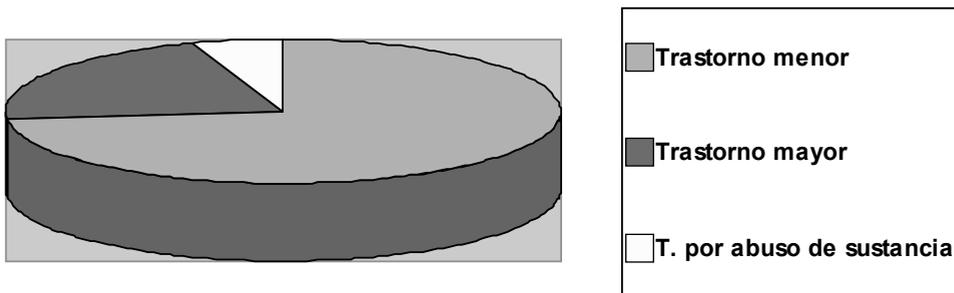
Gráfico 3



En 18 casos utilizamos diferentes recursos sociosanitarios distintos de los habituales y/o conocidos y para lo cual la labor de indagación del Trabajador Social fue primordial. Entre ellos destacamos una asociación para el abordaje del mobbing laboral, otra para apoyo grupal en Duelo; Asociación para abordaje del Acoso/Abuso sexual; Grupo psicoterapéutico del Dolor crónico, Fundación para abordaje integral Consumo sustancias o dos Fundaciones para integración laboral para discapacitados, desempleados mayores de 50 años, progenitores de familias monoparentales y ex deportistas profesionales.

Respecto de la variabilidad diagnóstica observamos en ese período que 12 casos que en principio eran problemas menores finalizaron con un diagnóstico mayor (Trastorno depresivo mayor) y 3 casos se complicaron con un Trastorno por Abuso de sustancias. Es decir, casi un 27 % de problemas aparentemente menores, desembocaron en patología; y viceversa, 1 caso que fue remitido con apariencia de episodio afectivo mayor resultó un problema de índole laboral.

Gráfico 4



## Discussion

Lo que parece claro es que el escenario está cambiando. Hemos estado inmersos en estandarizar procesos de atención al enfermo mental grave crónico desde todos los ángulos: atención al primer episodio psicótico, atención asertivo-comunitaria, potenciación de programas de rehabilitación, de atención continuada, etc.

Ahora nos estamos encontrando con una nueva demanda a valorar y en la que debemos pararnos y ver qué respuesta debemos dar.

Durante el año 2006 se realizó un estudio sobre la adecuación de la demanda en los Centros de Salud Mental Extrahospitalaria de Álava (3). En aquel entonces interesaba:

- 1)-conocer el porcentaje exacto de tal demanda
- 2)-determinar la asociación entre adecuación de la demanda y una serie de variables epidemiológicas
- 3)-inventariar los recursos públicos y concertados que tuvieran relación con la atención al enfermo mental
- 4)-obtener unas conclusiones y recomendaciones prácticas para planificar correctamente los recursos de salud mental y la cartera de servicios.

Los resultados fueron, en síntesis, que entre un 17-19% de la demanda resultó inadecuada y que había que realizar un trabajo de “filtro” de dicha demanda para poder reorganizar las cargas y reenfocar los esfuerzos al trastorno mental grave. Se inventariaron los recursos que quedaron reflejados en la Guía de recursos Sociales realizada por la Oficina de Trabajo Social de la RSMA (4) y se reenvió a los Centros de Atención Primaria la Guía con los Criterios de derivación a Salud Mental que se había consensuado el año anterior 2005 (5).

Así, gran parte de esta demanda retornaba a Atención Primaria sin mayor atención incluso, sin asesoramiento de ningún tipo.

A partir del año 2008 comienza un período de declive económico que va tomando fuerza en los años sucesivos y se va constatando (sobre todo los 2 últimos años) una mayor presión de atención psicoterapéutica en personas sin patologías previas, pero con unas circunstancias laborales, económicas y sociales cada vez más difíciles. Toda la red de Salud Mental va experimentando esta presión y se comienza a escenificar un nuevo proceso asistencial cuyas líneas de actuación las comienzan a marcar el grupo de trabajo de “Atención Psicomunitaria” dirigido por el Dr J.I. Zuazo.

Gracias a las aportaciones e ideas de este grupo, en el CSM de Aiala-Llodio lo comenzamos a poner en práctica y para ello fundimos elementos de la Salud Mental Comunitaria y de la Psicología Comunitaria.

A la vista de los resultados vemos que la demanda denominada “no grave” o “inadecuada” sigue siendo en torno al 20%, lo mismo que hace 6 años. Y siendo muy finos en los diagnósticos, prácticamente el 70% de la misma sería problemática codi-

## ORIGINALES BREVES

ficada como “Otros procesos” (Categoría Z) donde se incluyen problemas relacionados con el empleo y desempleo; con la vivienda y con las condiciones económicas; con el grupo de apoyo primario o con el ambiente social.

La realidad es que este tipo de demanda sigue existiendo y en unas cifras similares, y que la respuesta no pasa por filtrarla y retornarla a Atención Primaria, si no que se debe articular un mínimo plan de atención.

Nuestra experiencia nos indica que una óptima respuesta pasaría por:

-Recoger las circunstancias psicosociales desde la consulta de acogida, y ya desde entonces ofertar un asesoramiento sobre los recursos psicomunitarios disponibles. Para ello es muy importante que todo el equipo sea conocedor de los mismos.

-Planificar una estrategia de tratamiento limitada en el tiempo (3-4 sesiones por lo general) y en colaboración con los recursos que se hayan utilizado.

-Mantener un contacto con Atención Primaria desde la primera consulta y preparar el retorno también

-Tras el alta dejar “abierta la puerta” facilitando el recontacto debido al importante número de casos que menores al principio, derivan después en trastorno mental.

Así aumentamos el campo de acción de la SMC no restringiéndonos a “población mentalmente enferma”, potenciamos una labor preventiva, y ofrecemos un asesoramiento hacia recursos comunitarios diferentes. Intentamos redirigir dando respuestas y en la mayor parte de los casos retenemos al paciente en seguimiento para objetivar el resultado.

Es importante remarcar que gracias al desarrollo de las herramientas informáticas (sobre todo expansión de la historia clínica electrónica y normalización de las consultas/interconsultas vía email,) estamos todos los profesionales interiorizando que el paciente es único y que lo que ahora puede ser aparentemente vanal, si la respuesta no es óptima y consensuada, en el futuro puede convertirse en un trastorno mental.

La experiencia ha sido gratamente positiva ya que seguimos la evolución del paciente tanto a nivel psiquiátrico como social

## BIBLIOGRAFÍA

(1) Plan Estratégico del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava 2008-20012. Osakidetza

(2) Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). OMS.

(3) Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava. Estudio de adecuación de la demanda en los Centros de Salud Mental de Álava. Osakidetza. 2006.

(4) Guía de recursos Sociales. Oficina de Trabajo Social. Salud Mental de Alava. Osakidetza.

(5) Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava. Criterios de derivación desde Atención Primaria a Salud Mental. Oferta de Servicios de Salud Mental de Alava. Osakidetza. 2005.