

EQUIPO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO
ETAC
AREA SANITARIA III



Servicio Murciano de Salud
Subdirección General de Salud Mental

MEMORIA ETAC

Equipo de Tratamiento Asertivo-Comunitario
desarrollado en el Área III de Salud Mental
Año 2009

DR. CARLOS OLIVAN ROLDAN

PSIQUIATRA RESPONSABLE CLINICO ETAC AREA III
MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACION
AMERICANA DE TAC (ACT ASSOCIATION)
MIEMBRO DE LA ASOCIACION GALAICOASTURIANA DE TAC



Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario Memoria 2009

Servicio Murciano de Salud
Subdirección General de Salud Mental
Servicio de Salud Mental Área III

Carlos Oliván Roldán, Psiquiatra
Eva Robles Reinón, DUE
Angeles Fernandez Sanchez, DUE
Mónica Puerta Martínez, Trabajadora Social
Juana María Hernandez Fernandez, Aux. Enfermería

© Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario, Área III del Servicio Murciano de Salud, 2010
Prohibida toda reproducción parcial o total sin autorización

Índice

1.	T.A.C. desarrollado en el Area III del SMS	Pág. 1
2.	Pacientes derivados al T.A.C. en el año 2009	9
3.	Valoración cualitativa del T.A.C.	12

1. TRATAMIENTO ASERTIVO-COMUNITARIO DESARROLLADO EN EL ÁREA III DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD (SMS)

1.1. Concepto, Ubicación y horario de atención.

- **Concepto:** El ETAC del Área Sanitaria III es un programa dependiente de los Servicios de Salud Mental que proporciona atención comunitaria integral, intensiva y flexible a personas con un Trastorno Mental Grave y cuyas necesidades no pueden ser satisfechas desde el resto de programas del Centro de Salud Mental. Se compone de 1 Psiquiatra, 2 DUEs, ½ Trabajadora Social y 1 Auxiliar.
- **Ubicación:** Nuevo Centro de Salud Mental de Lorca (Área III)
- **Horario de atención:** de 08:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.
- **Teléfonos de contacto:** 616139677

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

1.2.1. Criterios de inclusión.

Al final del documento se incluye copia de la hoja de derivación al programa.

El paciente debe cumplir los siguientes criterios:

1) Diagnóstico principal de un Trastorno Mental Grave (TMG):

- F20 Esquizofrenia
- F25 Trastorno esquizoafectivo
- F31 Trastorno bipolar
- F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes
- F42 Trastorno obsesivo compulsivo

→ Se acepta la Patología Dual entendida como un diagnóstico secundario de Trastorno por consumo de sustancias (F10-F19) siempre asociado al diagnóstico primario de TMG.

→ Se acepta un diagnóstico secundario de Trastorno de Personalidad (F60-F62) siempre asociado al diagnóstico primario de TMG.

2) Alto nivel de consumo de recursos, demostrado por:

- Ingresos hospitalarios repetidos
- Frecuentador de los servicios de urgencia con demandas repetidas de ingreso

→ Cuentan como ingresos los realizados en Dispositivos de corta, media y larga estancia -Unidad de Agudos, URME, Comunidades Terapéuticas, Centros residenciales privados- así como los intentos de ingreso fallidos –por ejemplo por fuga del paciente)

3) Dificultad para mantener la vinculación con los servicios del Centro de Salud Mental:

- El paciente no acude a las citas programadas en el Centro de Salud Mental
- El que acude es un familiar o conocido que ejerce de cuidador e informa sobre el estado del paciente

4) Dificultades para mantener la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito:

- Incumple con frecuencia la pauta oral de psicofármacos
- Incumple con frecuencia la pauta depot de antipsicóticos

→ La presencia de problemática social grave (incluyendo exclusión o en riesgo de exclusión social) supone un criterio facilitador y otorgará prioridad a la hora de ser incluido en el dispositivo, pero NO supone criterio único de inclusión.

→ Si el paciente propuesto necesita ingreso hospitalario por su descompensación psicopatológica, éste será realizado por el profesional responsable y NO por el ETAC. Nuestro equipo iniciará la intervención a partir de dicho ingreso.

1.2.2. Criterios de exclusión.

El paciente NO debe cumplir ninguno de los siguientes criterios:

- 1) Cualquier diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias (F10-F19) sin un diagnóstico primario de TMG
- 2) Cualquier diagnóstico de Trastorno de Personalidad (F60-F62) sin un diagnóstico primario de TMG
- 3) Cualquier diagnóstico de Retraso Mental (F70-F79)
- 4) Cualquier diagnóstico de Trastorno mental orgánico (F00-F09)
- 5) Edad ≤ 16 años. No hay límite superior de edad siempre que se cumplan el resto de criterios.

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

1. Proporcionar apoyo psiquiátrico, psicológico, social y rehabilitador integral
2. Mantener al paciente en un contexto comunitario normalizado
3. Disminuir números de ingresos hospitalarios y duración de los mismos.
4. Disminuir demandas de atención en servicios de urgencias hospitalarias.
5. Reducir consumo de tóxicos.
6. Mejorar el cumplimiento del tratamiento.
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 cualquier Centro de Salud Mental del Area III (Lorca o Aguilas). El paciente puede ser orientado hacia el ETAC desde el Hospital de referencia del área (Hospital Rafael Mendez-Unidad de Psiquiatría) pero la decisión última de la derivación será responsabilidad del profesional asignado al paciente en el Centro de Salud Mental, eje vertebrador de toda la asistencia comunitaria. Se utilizan para ello, los **informes de derivación al ETAC**, disponibles en los centros referidos.
- 2ª **Valoración del caso** por el equipo del Tratamiento asertivo-comunitario, haciendo especial hincapié en el cumplimiento de los criterios de inclusión, de exclusión y la justificación de la propuesta. Dado que el paciente incluido en el ETAC es alta para el Profesional responsable del caso, y dado que los recursos del equipo son limitados, se hará énfasis particular en garantizar que son los casos de mayor severidad los que se incluyen en el programa.

- 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 III, 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, pero cualquier contexto es válido siempre que garantice la normalidad de la intervención.
- 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.** Este plan de cuidados se realizará con la colaboración de todos los miembros del equipo y codificará la nomenclatura NANDA/NIC/NOC para estandarizar los cuidados de enfermería aplicados.
- 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 del tratamientos psicofarmacológico óptimo con estrategias avanzadas de potenciación de medicación.
- 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 resto de dispositivos disponibles en la red de salud mental para debatir la asistencia de aquellos pacientes que se podrían beneficiar del resto de programas rehabilitadores.
- Poner en conocimiento de las autoridades judiciales, en colaboración con la trabajadora social, los casos subsidiarios de algún tipo de incapacitación.
- Realizar visitas domiciliarias de manera rutinaria y 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.
- 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:** *dado que nuestro equipo aún no tiene asignado un terapeuta ocupacional, sus tareas específicas son cubiertas por el resto de profesionales.*

- 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.

1.6 **Breve comentario acerca de las diferencias entre los ETAC del Área II y Área III del Servicio Murciano de Salud.**

De manera pionera en la Región de Murcia se estableció inicialmente el ETAC del Área de Cartagena, con excelentes resultados y encomiable dedicación y motivación. El Equipo del Área II está dotado en la actualidad por 6 profesionales a jornada completa (1 psiquiatra, 2 DUEs, 1 Trabajador social, 1 Terapeuta ocupacional y 1 Auxiliar).

Los recursos humanos son claramente más completos que nuestro Equipo: durante la mayor parte del año 2009 la dotación ha sido de 1 psiquiatra, 1 DUE y 1 trabajadora social a media jornada, con la aportación puntual de apoyo por parte de enfermería del Centro de Salud. Aún así, se ha venido sobrepasando la ratio de profesionales:pacientes de 1:10 dada la gran demanda existente para este recursos.

A nivel de funcionamiento, además de pequeñas diferencias en los criterios de inclusión o exclusión, la mayor disparidad radica en que en el ETAC del Área III, y según las directrices de la Asociación Americana y la Asturgalaica de tratamiento asertivo comunitario, el equipo se responsabiliza íntegramente de la atención psiquiátrica, psicológica, social y rehabilitadora del paciente.

De este modo, el paciente, una vez derivado, no comparte atención por 2 psiquiatras (el profesional de referencia y el del equipo), sino que es el psiquiatra del equipo el único psiquiatra responsable. De este modo se garantiza que sea el psiquiatra que mejor conoce al paciente quien dirija el plan de tratamiento y se evita así solapamiento de criterios y confusión en el propio paciente. Esta actitud concuerda con la adoptada por los ETACs creados internacionalmente y nacionalmente (Avilés, Oviedo, Ferrol, etc.)

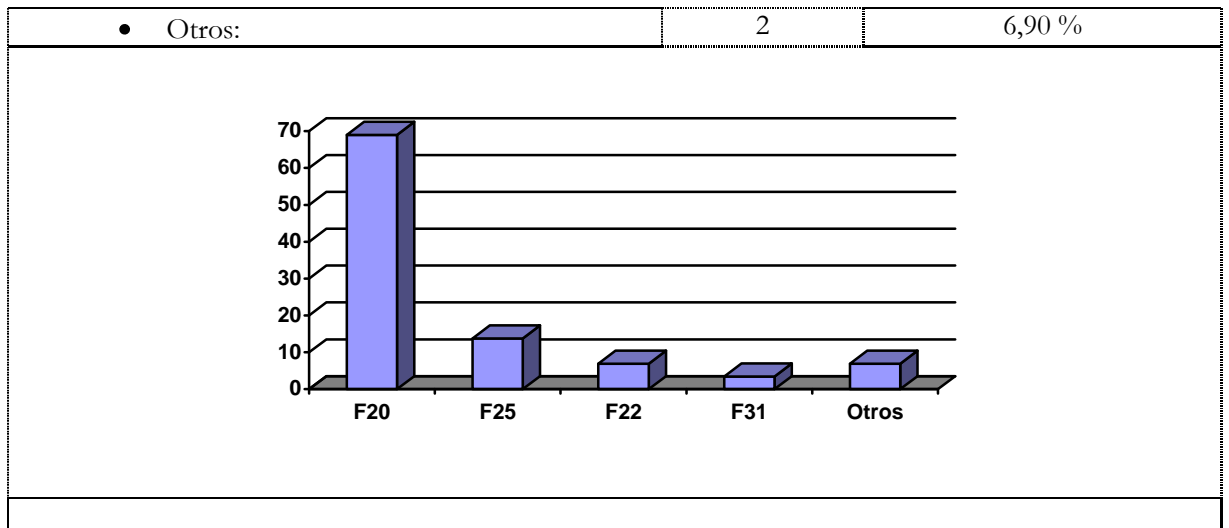
2. PACIENTES DERIVADOS AL T.A.C. EN EL AÑO 2009.

- **Nº total de pacientes derivados al TAC:** ... 29 pacientes.
- **Nº de pacientes que no fueron admitidos por incumplimiento de criterios de inclusión:** 7 pacientes fueron derivados al equipo con claros criterios de exclusión, lo cual obedece al proceso natural de adaptación de un nuevo programa en el área desconocido para el resto de compañeros. Con la inclusión de una hoja clara de derivación se persigue un uso más adecuado de las propuestas de candidatos en el futuro..

2.1. Pacientes admitidos en el TAC

Resumen

Nº total de pacientes:	29	
Edad media de los pacientes:	41,70 años	
Estado civil		
• Solteros:	20	68,97 %
• Casados/pareja:	2	6,90 %
• Separados/Divorciados:	7	24,14 %
• Viudos	03	0 %
<p>A 3D pie chart illustrating the marital status of 29 patients. The largest slice is blue, representing 'Solteros' (68.97%). A smaller yellow slice represents 'Sep/Div' (24.14%). A very small red slice represents 'Casados' (6.90%). There is no visible white slice for 'Viudos' (0%). A legend to the right of the chart identifies the colors: blue for Solteros, red for Casados, yellow for Sep/Div, and white for Viudos.</p>		
Convivencia		
• Principalmente solo:	7	24,14 %
• Al menos algún familiar:	22	75,86 %
Comorbilidad con tóxicos		
• Tóxicos (sin contar tabaco):	13	44,83 %
Diagnóstico principal		
• Esquizofrenia:	20	68,97 %
• Trastorno Esquizoafectivo:	4	13,79 %
• Trastorno Delirante:	2	6,90 %
• Trastorno Bipolar:	1	3,45 %



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 para obtener una primera aproximación del funcionamiento del ETAC, seleccionamos los siguientes:

- Cumplimentación adecuada del tratamiento psicofarmacológico.
- Acudir a citas programadas, sea en contexto comunitario o en dispositivos asistenciales.
- Reducir consumo de tóxicos.
- Reducir ingresos hospitalarios/duración de los mismos.

A continuación detallamos el número de pacientes (**entre un total de 29 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	27 (93,10 %)
No acuden a revisiones en centro de salud mental de referencia	22 (75,86 %)
Consumen tóxicos	13 (44,83 %)
Presentan ingresos hospitalarios frecuentes	20 (68,96 %)

Tras comenzar a trabajar con los pacientes durante el año 2009, obtenemos los siguientes resultados:

SIGUEN SIN CUMPLIR INDICADORES DE EFICACIA	Nº Pacientes
No cumplimentación adecuada del tratamiento	4 (13,96 %)
No acuden a revisiones en centro de salud mental de referencia	2 (6,90 %)
Consumen tóxicos	6 (20,69 %)
Presentan ingresos hospitalarios frecuentes	5 (17,24 %)

Por tanto, se observa una reducción en el porcentaje de pacientes que no cumplían indicadores de eficacia. La siguiente tabla demuestra que los éxitos más llamativos se producen en las áreas relacionadas con la estabilidad clínica del paciente y la vinculación con pacientes “perdidos” por el sistema tradicional de atención del centro de salud mental. Las mejoras más moderadas afectan a la patología dual.

INDICADORES DE EFICACIA	MEJORA PORCENTUAL
No cumplimentación adecuada del tratamiento	79,31
No acuden a revisiones en centro de salud mental de referencia	68,97
Consumen tóxicos	24,14
Presentan ingresos hospitalarios frecuentes	51,72

2.3. Otros parámetros de interés.

2.3.1. Altas

Entre los **29** pacientes con los que hemos trabajado se han producido **1 única alta** por el siguiente motivo:

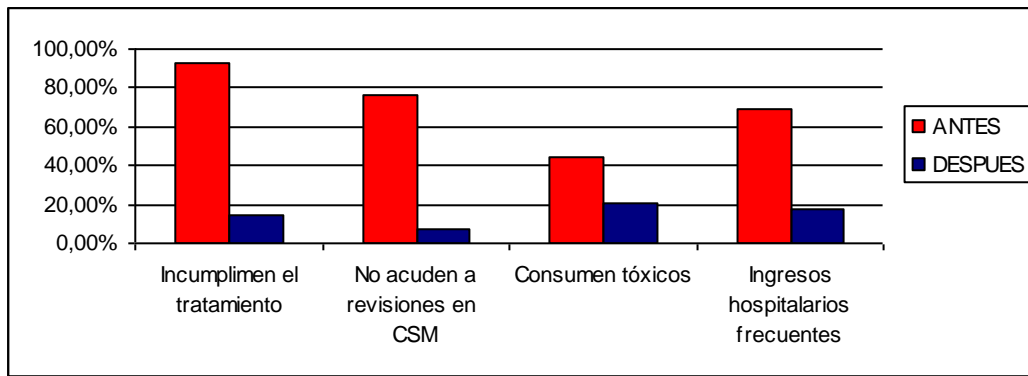
- Paciente con relación sentimental con otro miembro del programa ETAC
- Problemática social grave en cuanto a recursos de difícil abordaje por oposición familiar y de la propia paciente

2.4. Derivaciones para ingreso en otros recursos sanitarios

- Ha sido habitual la derivación de pacientes a dispositivos rehabilitadores (URA), asociaciones de pacientes y familiares (ASOFEM, AFEMAC...), la inclusión en talleres ocupacional y prelaborales y, en general, uso de todos los recursos comunitarios disponibles en el entorno (polideportivos, lugares de recreo...)
- Han sido habituales los contactos con Atención Primaria, Especializada, Otros dispositivos asistenciales sanitarios, Dispositivos judiciales, La Fundación para la Tutela del Adulto....

2.5. Procesos de incapacitación civil promovidos

- Se ha colaborado en el inicio de varios expedientes de incapacitación (**3 pacientes**) una vez agotadas el resto de alternativas y cuando se ha demostrado que esta intervención era claramente favorable para el paciente e imprescindible para garantizar sus necesidades básicas y de protección de sus derechos.



3. VALORACION CUALITATIVA DEL T.A.C.