

DOCUMENTO DE CONCLUSIONES DE LA I CONFERENCIA DE CENTROS DE SALUD MENTAL.

INTRODUCCIÓN.

La **I CONFERENCIA DE CENTROS DE SALUD MENTAL**, <https://iconferenciadecsm.wordpress.com>, nace como una iniciativa de la red de Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, con el objeto de poner el reloj a cero y dar respuesta a tres preguntas: ¿Qué Centros de Salud Mental queremos?, ¿qué funciones deben tener? y ¿con qué recursos deben contar para cumplir estas funciones?

La Conferencia se ha desarrollado a lo largo de los últimos seis meses del 2015, estructurada en torno a tres temas principales: El lugar de los Centros de Salud Mental, Las Intervenciones y Los Profesionales. Y se ha articulado mediante una plataforma de participación on-line, creada a tal efecto, y abierta a todos los profesionales de salud mental, cuyo link es: <https://iconferenciadecsm.slack.com/x-51264668560-61795864082/signup>, a la que se accede directamente, o por invitación y aceptación del invitado; y una Jornada presencial que se ha llevado a cabo el día 25 de noviembre en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

En la plataforma on-line, se crearon canales específicos de discusión de los aspectos concretos de cada uno de los tres temas principales, y cada uno de éstos dio título a cada una de las tres mesas-debate de la Jornada presencial. Cada mesa-debate estuvo compuesta por 2 coordinadores y entre 6 y 10 discusores que presentaron sus propuestas y debatieron las aportaciones que se habían hecho en la plataforma on-line. Al final de la Jornada presencial se presentaron las conclusiones de cada una de las mesas-debate que servirían de base para la elaboración de este Documento de Conclusiones, y que es validado tras ser sometido a un proceso de discusión en la plataforma on-line.

1. **DEL LUGAR DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL.**

Cuál es el lugar de los Centros de Salud Mental, desde su historia, desde la organización asistencial: el lugar desde nosotros, desde Atención Primaria, desde Atención hospitalaria, desde la Red de dispositivos de Rehabilitación Psicosocial, desde los profesionales en formación. Cuál es el lugar desde su papel en la atención desde el eje de la especificidad, de la severidad y de la cronicidad. Cuál es su papel en la prevención, docencia e investigación. Todos estos aspectos se han discutido en la 1ª Mesa de la Jornada presencial y se ha desarrollado en los siguientes canales de participación on-line:

1) **lugar_del_csm.**

Lugar del CSM. Aspectos generales del lugar que ocupan los CSMs en la Red de Atención a la Salud Mental: conceptos, historia, devenir, perspectivas, controversias, singularidades, alternativas a los CSMs.

2) **csm_desde_csm.**

El CSM desde el CSM. Cómo ven al CSM los profesionales de los CSMs: ¿es el centro del sistema?; ¿dónde le ubican: cerca de Atención Primaria, en Atención Especializada, formando parte de la Atención Hospitalaria?; ¿qué debe atender: el sufrimiento psíquico a demanda, las enfermedades psiquiátricas, los trastornos mentales graves, los problemas y malestares de la vida cotidiana?; ¿cómo los debe atender: con un modelo de oferta, con un modelo de demanda, con población de referencia, de forma integral, intensiva, breve, prolongada, dónde se produzca la demanda....?

3) **csm_y_ap.**

El CSM y Atención Primaria. Cómo ve Atención Primaria los CSMs: ¿cómo el centro del sistema?, ¿cómo el dispositivo de atención primaria a la Salud Mental?, ¿cómo el dispositivo para la atención a todos los trastornos y problemas de Salud Mental?, ¿cómo la Atención Especializada para los Trastornos psiquiátricos?, ¿cómo el complemento necesario para el manejo de los Trastornos Mentales Graves? ¿Debe haber profesionales de salud mental en los equipos de Atención Primaria?, ¿qué profesionales y para qué? ¿Deben los CSM estar integrados y depender de las estructuras organizativas de Atención Primaria?

Cómo ven los profesionales de los CSMs a Atención Primaria: ¿cómo los responsables de los pacientes?, ¿cómo el primer nivel de atención a la Salud Mental?, ¿cómo la puerta de entrada a la Atención Especializada en Salud Mental?, ¿cómo la responsable del seguimiento de todos los Trastorno Mentales?, ¿cómo la responsable de la atención de los trastornos Mentales Comunes o Menores?

4) **csm_y_hospitalizacion.**

El CSM y la Hospitalización. Como ven Las Unidades de Hospitalización a los CSMs: ¿cómo el centro del sistema?, ¿cómo una Atención Primaria para la Salud Mental?, ¿cómo el responsable de los pacientes?, ¿cómo el dispositivo de descarga?, ¿cómo una consulta externa?, ¿cómo una “coletilla” al final de los informes?

Como ven los profesionales de los CSMs a las Unidades de Hospitalización: ¿cómo los responsables de los pacientes graves? ¿Cómo los responsables del control del riesgo? ¿Cómo un dispositivo de descarga?, ¿cómo un dispositivo de tránsito?

5) **csm_y_rehabilitacion.**

El CSM y la Red de Rehabilitación. Cómo ven Los Dispositivos de Rehabilitación a los CSMs: ¿cómo el centro del sistema?, ¿cómo los responsables de los pacientes?, ¿cómo la fuente derivación de sus pacientes?, ¿cómo corresponsables en la atención a los Trastornos Mentales Graves? ¿Debe la Red de Rehabilitación integrarse en Salud Mental?

Cómo ven los profesionales de los CSMs a los Dispositivos de Rehabilitación: ¿cómo dispositivos de apoyo en la atención a los Trastornos Mentales Graves?, ¿Cómo dispositivos similares a los Servicios de Rehabilitación físicos?, ¿cómo parte integrante de la Red de Atención a la Salud Mental?, ¿cómo agencias externas? ¿Deben los CSMs hacerse cargo de todos los procesos de rehabilitación y recuperación?, ¿deben los dispositivos de rehabilitación depender de los CSMs?

6) **csm_y_red_drogas.**

El CSM y la Red de Drogas. Cómo ven Los Dispositivos de Drogas a los CSMs: ¿cómo el primer nivel de atención a los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS)?, ¿cómo los responsables de la atención de los problemas de alcohol y adicciones comportamentales?, ¿cómo los responsables de la atención a los trastornos psiquiátricos asociados al consumo de sustancia (Patología Dual)? ¿Debe haber profesionales de Salud Mental integrados en los equipos de la Red de Drogas?, ¿debe integrarse la Red de Drogas en la Red de Salud Mental?

Como ven los profesionales de los CSMs a la Red de Drogas: ¿cómo los responsables de todos los TUS, salvo el alcohol y adicciones comportamentales? ¿Se deben atender los TUS y las adicciones comportamentales, en los CSMs?, ¿debe haber profesionales de la Atención a Drogas integrados en los CSMs?, ¿debe integrarse la Red de Drogas en la Red de Salud Mental?

7) **csm_y_mirpireir.**

El CSM y la Formación MIR PIR y EIR. Cómo ven los profesionales en formación MIR, PIR, EIR, a los CSMs: ¿cómo el centro del sistema?, ¿cómo una rotación más?, ¿Cómo un complemento a la formación hospitalaria?

Cómo ven los CSMs la formación MIR, PIR, EIR: ¿cómo una carga?, ¿cómo una actividad fundamental? ¿Cómo la rotación más importante?, ¿cómo un complemento a la formación hospitalaria?

8) **csm_e_investigacion.**

El CSM y la Investigación. Cómo ven los investigadores a los CSMs: ¿hay sitio para la investigación en los CSMs?, ¿se puede hacer investigación clínica; sobre la cronicidad; y de eficacia de intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales; fuera de los CSMs?

CONCLUSIONES.

El lugar de los CSM.

Los CSM constituyen una estructura clínica, asistencial y de gestión necesaria para articular el conjunto de servicios de atención a la salud mental. Desde una perspectiva conceptual, no es una simple variante de la consulta externa hospitalaria.

Los CSM se han desarrollado siguiendo el modelo comunitario de atención a la salud mental que se establece en los años 80 y que tiene su principal referencia documental e institucional en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y la Ley General de Sanidad. Surgen como respuesta a dos principios de actuación marcados por esta Ley: potenciar la atención a la salud mental en el ámbito comunitario (en el entorno habitual del enfermo) y dar atención integral al enfermo mental, lo que incluye las tareas de rehabilitación coordinadas con el resto de servicios de protección social.

No obstante, a lo largo de estos últimos años, la generalización de una cultura de demanda creciente de servicios de salud mental, no siempre justificable desde la consideración clínica de los trastornos psíquicos, hace cada vez más necesario establecer medidas para su control, como por ejemplo, la mejora de la coordinación con los equipos de primaria y el desarrollo de su capacidad de diagnóstico y resolución de problemas de salud mental desde este nivel; también definiendo con mayor rigor la cartera de servicios ofertados desde el CSM y el establecimiento de protocolos de derivación y guías clínicas en primaria y especializada para homogeneizar los procesos asistenciales propios de la red de salud mental; mejorando la efectividad de las intervenciones de los CSM, etc.

Con la integración de la red de CSM en las Gerencias de los hospitales de la Comunidad de Madrid en 2010, se inicia un proceso de adaptación de estos centros a la cultura de los gestores de cada hospital, dando lugar a cambios en la organización de los mismos de distinto calado dentro de un contexto que prima el papel de la consulta clínica directa sobre el resto de actividades asistenciales y de coordinación del CSM y a la introducción de nuevas herramientas de apoyo a la actuación clínica consolidadas en la cultura hospitalaria, principalmente la informatización de la consulta clínica y el nuevo sistema de gestión de citas, junto a medidas de coordinación entre el área hospitalaria y extrahospitalaria de psiquiatría y salud mental. En este nuevo modelo, los CSM se han estructurado como servicios adscritos a su hospital de referencia frente a la organización en red y coordinación administrativa de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (ORCSM), poniéndose en riesgo en muchos de ellos la continuidad de aspectos propios de su organización asistencial de corte más horizontal. Esta situación ha acrecentado más las diferencias entre los diversos CSM de la Comunidad de Madrid, debiendo distinguir dos posibles escenarios: aquellos vinculados a los grandes hospitales, en los que ya existía una estructura de unidad, y aquellos adscritos a los nuevos/medianos en los que ha habido una gran variabilidad.

En cualquier caso, los CSM deben seguir siendo el eje vertebrador de la asistencia, aunque flexibilizándolos y adaptándolos a las nuevas situaciones. Hay que introducir factores innovadores. Hay una gran disparidad y variabilidad en los CSM. La integración en las Gerencias ha afectado a los CSM. Los ha debilitado.

El CSM desde el propio CSM.

Son muchos los aspectos que están generando una creciente insatisfacción entre los profesionales de los CSM, como la saturación asistencial y la burocratización de los centros

orientados hacia la cantidad de actividad (oferta) en lugar de a evaluar resultados globales de la misma (calidad y efectividad). También contribuye a este malestar, la reducción de la autonomía organizativa de los centros en favor de las políticas hospitalarias y la falta de incentivos, tanto externos (formación) como internos (dificultad creciente para el desarrollo del trabajo en equipo), además de la falta de reconocimiento del papel que desempeñan como consecuencia de la devaluación de la atención a la salud mental comunitaria frente a la psiquiatría hospitalaria, sin olvidar la falta de una definición institucional clara del papel y objetivos de los CSM en el conjunto de la atención sanitaria y la progresiva medicalización de la asistencia psiquiátrica.

Los CSM deben tener condiciones organizativas y de personal suficiente para garantizar una *oferta de primeras consultas adecuada y estable* de acuerdo con las necesidades de los usuarios del Distrito y las posibilidades reales del centro, priorizando siempre la atención de *los pacientes preferentes* y el seguimiento de los enfermos crónicos severos. Es preciso contar con programas concretos que garanticen una atención clínicamente correcta y en tiempo razonable de aquellos pacientes que sobrepasen las capacidades técnico-asistenciales exigibles a la atención primaria y contando siempre con su apoyo para el seguimiento general de la salud de las personas con trastornos mentales de evolución crónica.

Es preciso contar con un *Programa de actuación en salud mental para el área* de referencia de cada hospital, que incluya medidas de incentivación de los profesionales y busque mejorar el rendimiento de las unidades hospitalarias y extrahospitalarias y una mayor equidad en sus recursos respecto de la población a la que atienden y su carga real de trabajo. Para ello se tendrán en cuenta las aplicaciones derivadas de los contratos-programa, actualizadas y adaptadas a los CSM, así como los criterios establecidos por la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, el Plan Estratégico de Salud Mental aprobado por la Comunidad de Madrid y los documentos técnicos promovidos desde la ORSM.

Es preciso, igualmente, actualizar y concretar las “*Directrices generales para la organización de los CSM*” elaboradas en su momento por la ORCSM a través de un *Grupo de Trabajo para el “Análisis de la demanda en salud mental”*, adaptándolas a las nuevas circunstancias surgidas con la integración de estos centros en sus respectivos hospitales y garantizando un funcionamiento racional y homogéneo de los mismos.

Por otro lado, habría que reorganizar, en colaboración con la Unidad de Admisión del Hospital, los datos incluidos en “el cuadro de mandos para evaluación de los servicios”, adaptándolos a las necesidades de información propias de los CSM para poder evaluar su funcionamiento y rentabilidad sanitaria, utilizando para ello la experiencia acumulada en este aspecto y a lo largo de todos estos años a través del *Registro de Casos Psiquiátricos* de la red de salud mental de la Comunidad de Madrid. Además, para poder evaluar la actividad global y real de los CSM (más allá de los clásicos “nuevas y sucesivas” de los psiquiatras) hay que habilitar las agendas electrónicas de *todo* el personal del Centro que realiza actividades sanitarias, con sus autorizaciones pertinentes, y garantizar el manejo efectivo de las mismas por parte de todos los profesionales.

En cualquier caso, el CSM debe seguir siendo el eje que estructure la continuidad y el proceso asistencial de la persona con un trastorno mental.

El CSM y Atención Primaria.

Gran parte del problema resulta de la sobrecarga asistencial, tanto desde AP como AE, y en lugar de hablar de resolver la demanda con una respuesta de calidad, terminamos hablando de cómo nos descargamos de una parte de la demanda.

Es posible que el procedimiento actual de obtención de cita con los especialistas de salud mental, junto a la propia presión asistencial existente en el nivel primario, esté generando un crecimiento artificial de la demanda y una derivación menos selectiva de los casos, lo que puede acabar reduciendo la motivación real de los usuarios y acentuar su perfil de pacientes-consumidores con consecuencias negativas sobre su compromiso real con el tratamiento. En este sentido, la externalización, centralización y desprofesionalización de las “*primeras consultas*” ha podido conllevar que deje de funcionar el filtro que se podía ejercer con anterioridad por el que un porcentaje significativo de casos se remitían y reorientaban a otras unidades asistenciales (CAID, Programas de conciliación familiar de los Ayuntamientos, unidades especializadas para violencia familiar o de género, unidades de atención psicopedagógica de colegios e institutos, etc.).

Asimismo, el impacto de la crisis económica sobre la población puede estar provocando un crecimiento de la demanda, entre otros factores, por el aumento del malestar emocional y la mayor llegada de casos al sistema público desde la sanidad privada y los seguros médicos.

Debemos definir el modelo de atención que deseamos para los CSM ante la situación de desbordamiento. Tenemos que establecer si queremos que sea un dispositivo de primera línea o debe estar enfocado para la atención priorizada del Trastorno Mental Grave y de aquellos pacientes de manejo especialmente complejo.

Es bien conocido desde la planificación sanitaria que el crecimiento indefinido de la oferta como única respuesta frente al aumento genérico de la demanda y de los tiempos de espera, conduce siempre al fracaso si no se analiza e interviene seriamente sobre las condiciones e ineficiencias de dicha demanda, o no se conocen las necesidades reales de la población y se tienen en cuenta la capacidad y efectividad real de la oferta disponible a efectos de poder establecer prioridades. Por ello, es fundamental arbitrar un conjunto coordinado de medidas para garantizar la capacidad y efectividad de las acciones de salud mental sin deteriorar la calidad de las prestaciones propias de los Centros de Salud Mental.

En cualquier caso, tenemos que adaptarnos a las nuevas demandas, a los nuevos contextos y a las nuevas tecnologías. Debemos entrar en un proceso reflexivo. Es importante redefinir las áreas de atención del primer nivel y cuando plantear la derivación a Salud Mental. Sería importante establecer procesos integrados de las patologías más prevalentes en la población

general. Desde el punto de vista de los MAP, la coordinación con SM va a depender del tiempo y de la voluntad de cada profesional (en esta cuestión hay una gran variabilidad), así como de la formación y del conocimiento mutuo. Por ello, para mejorar la coordinación con el nivel primario, conviene disponer de tiempo para reuniones de coordinación y formación.

Una cuestión a valorar es el efecto de la instauración de la receta electrónica sobre la atención a los pacientes con patología psiquiátrica desde AP, ya que este sistema permite la posibilidad de espaciar las citas, incluso en un año.

Es fundamental potenciar la coordinación con AP. Reformular la demanda de AP. Hay que estar enfocados hacia la especificidad. Hay que priorizar la atención del TMG, pero no podemos dejar de atender al TMC. Hay que adaptarse a las nuevas situaciones con flexibilidad e innovación. Hay que hacer más atenciones fuera del CSM (“dejar de ser centrocéntricos”).

El CSM y las Unidades de Hospitalización.

Es fundamental mantener una buena relación de coordinación entre ambos dispositivos, entendiéndola como complementaria más que como rivalidad. Hay que ser flexibles también en esta relación, especialmente en aquellos casos en los que no se vinculan al CSM, en los que habrá que buscar fórmulas para que los profesionales de la UHB participen en la derivación a recursos intermedios, etc.

Es fundamental crear mecanismos que favorezcan la continuidad asistencial una vez que el paciente ha sido dado de alta de la UHB.

CSM y Rehabilitación.

La red de atención social ha permitido desarrollar el modelo comunitario y a potenciar proyectos de lucha contra el estigma. Hay que reconocer nuestras fortalezas y éxitos alcanzados en estos años de trabajo conjunto, lo cual ha sido fruto del desarrollo de un modelo coordinado y complementario, en el que la clave es que el CSM sea el núcleo principal.

Mediante el PCC, el CSM tiene un papel fundamental en la atención comunitaria y en la coordinación y seguimiento de los pacientes con TMG. El PRyCC debe asumir “*la toma a cargo*” del paciente con TMG. No puede, no debe, ser un mero cauce de derivación a la red de Rehabilitación. El PCC es un instrumento de trabajo y evaluación de la intervención, no un mero protocolo de derivación. El papel de la enfermería y del trabajador social es crucial en este programa, pero es importante aplicar la interdisciplinariedad e implicar a otros profesionales.

Se deberían contemplar diferentes niveles de intervención: intensiva, de seguimiento, gestión de caso, etc., ya que no es posible atender de la misma forma a todos los pacientes asignados a un mismo coordinador de cuidados. Es necesario definir y medir las cargas de trabajo de estos programas; la realidad es que el número de pacientes incluidos en los PRyCC ha aumentado de forma constante, mientras que las plantillas están igual desde hace años, con lo que la carga asistencial va en aumento y se pervierte la labor de los profesionales que se convierten en “meros derivadores” a otros dispositivos “con más tiempo”.

Por tanto, el PCC está en situación de debilidad: falta personal (especialmente de enfermería y trabajo social), lo cual se traduce en un detrimento en la coordinación y seguimiento de los pacientes asignados en el programa. Una grave disfunción en la asistencia actual de los CSM es que no hay un conocimiento profundo de los pacientes (se constata en las reuniones de derivación). Este desconocimiento repercute negativamente en el Programa de CC.

En los últimos años, también se ha descuidado la atención domiciliaria.

Se deberían contemplar Programas de Atención Temprana en Psicosis como un subprograma de la Rehabilitación y la CC.

Hay que seguir trabajando y reforzando el modelo de coordinación y complementariedad de la red sociosanitaria. Un reto esencial para el futuro de la atención comunitaria es potenciar el papel de los CSM y de un modo especial redoblar los esfuerzos para fortalecer el PCC como condición esencial para una adecuada atención integral socio-sanitaria y para una mayor eficiencia y optimización de los centros y recursos de la Red de Atención Social.

El CSM y la Red de Atención a las Drogodependencias.

No estamos preparados para una, más que probable, integración de la atención a la drogodependencia en los CSM, por lo que se prevén problemas en este sentido. Actualmente el tratamiento de este tipo de patología está discriminado del resto de los trastornos mentales, sufriendo una doble estigmatización.

Se tiene la percepción de que la comunicación entre CSM y CAID es escasa y, en la mayoría de los casos, surge a iniciativa de estos últimos.

Por otra parte, hay que tener en cuenta el crecimiento de las nuevas adicciones, que van a requerir atención específica.

El CSM desde la visión de los profesionales en formación.

La formación en CSM es nuclear para el profesional en formación, en parte por su perfil holístico. Es una de las rotaciones más largas, aunque algo escueta comparada con los 18 meses, mínimo, de rotación Hospitalaria (incluyendo hospitalización, programas

específicos, de interconsulta y consultas externas especializadas) sin contar con las guardias.

Se plantea la cuestión de si influirá en su visión el hecho de que se comience la rotación por el Hospital (UHB/interconsulta) en lugar del CSM. Gran parte de estos profesionales entran a la Psiquiatría por el TMG y muchos miran al CSM pensando que es *ese lugar* donde se tratan *problemas de la vida* y pacientes crónicos estabilizados.

Es labor del sistema de Salud Mental – particularmente del CSM – el que puedan aprender a apreciar lo interesante de cada patología y paciente, así como de su cuidado global, establecer una buena alianza terapéutica, atender a la cronicidad y –en definitiva – aprender a desenvolverse en el que, para muchos, podría ser su trabajo en el futuro.

El CSM es el lugar donde cambiar la perspectiva de abordar enfermedades, por la de tratar pacientes con enfermedades, lo cual se consigue especialmente con supervisión, cuyo formato puede ser muy diverso (miniclase magistral, supervisión de casos, grupo DART, etc...)

Además, hay que preparar infraestructuras, que deben estar adaptadas para que el residente pueda desarrollar su actividad asistencial.

Hay que recordar la importancia de la transmisión del modelo comunitario a estos profesionales. Deben asistir a reuniones de coordinación con otros recursos de la red y conocer el trabajo de todos los profesionales del CSM. Muchas veces lo que les enseñamos es a cómo lidiar con la carga/sobrecarga, a cómo no ingresar, a cómo dar altas, a cómo derivar...

Los CSM deben participar en la formación de los MIR de Psiquiatría de acuerdo con sus posibilidades reales y las indicaciones del programa de formación de especialistas, dedicando espacios contemplados en las agendas para una supervisión de calidad de estos profesionales en formación. En la rotación se debe incluir actividades de Día, la coordinación con el resto de recursos de rehabilitación e integración social del enfermo mental.

El CSM y la Investigación.

La investigación en los CSM no forma parte de las prioridades. No se le concede tiempo, ni espacio físico, ni recursos, ni se le valora. Pero también, es un hecho que nos falta “cultura” investigadora y supone un esfuerzo añadido a nuestra tarea.

2. DE LAS INTERVENCIONES.

Qué principios deben regir la atención en los Centros de Salud Mental. Qué tipo y que características deben tener las intervenciones: las psicoterapias, la psicofarmacoterapia, los

cuidados, la cobertura de las necesidades sociales, las intervenciones ocupacionales, las intervenciones de mediación social. Todos estos aspectos se han se ha discutido en la 2ª Mesa de la Jornada presencial y se ha desarrollado en los siguientes canales de participación on-line:

1. csm_intervenciones.

Las Intervenciones. Cómo deben ser las intervenciones: ¿programadas?; ¿se deben ver Urgencias?; ¿se deben hacer intervenciones en crisis?; ¿dónde se deben hacer las intervenciones en crisis: en el Centro, en el domicilio?; ¿se deben hacer intervenciones domiciliarias?; ¿qué tipo de intervenciones domiciliarias: evaluaciones, primeras consultas, seguimientos?; ¿las intervenciones deben ser: de evaluación y seguimiento hasta resolución, o cómo interconsultas: de evaluación y alta o seguimiento por A. Primaria (alta resolución)? ¿Cómo organizar las intervenciones multiprofesionales?

2. toma_a_cargo.

La Toma a Cargo. Cómo debe ser el modelo de atención: ¿toma a cargo con alianza terapéutica, accesibilidad y disponibilidad del profesional responsable, o atención inespecífica?

3. psicoterapia_adultos.

Psicoterapia Adultos. Cómo deben ser las psicoterapias: ¿Deben ser breves e intensivas?, ¿prolongadas y de acompañamiento terapéutico?, ¿individuales?, ¿grupales?, ¿psicoeducativas y de intervención sobre estilos de vida? ¿Cómo se articula la psicoterapia de la cronicidad? ¿Cuáles son los criterios de indicación de las psicoterapias?, ¿cuáles son sus riesgos? ¿Se pueden llevar a cabo psicoterapias regladas en los CSMs?, ¿qué requisitos se precisan? ¿Quién debe hacer psicoterapia? ¿Qué oferta de psicoterapias deben tener los CSMs? ¿Cómo convertir al CSM en un espacio psicoterapéutico?

4. psicoterapia_infantil.

Psicoterapia Infancia-Adolescencia. Cómo deben ser las psicoterapias: ¿Siguen siendo el núcleo central del tratamiento en infancia-adolescencia? ¿Deben ser breves e intensivas?, ¿prolongadas y de acompañamiento terapéutico?, ¿individuales?, ¿de grupo?, ¿de intervención familiar?, ¿psicoeducativas? ¿Cuáles son los criterios de indicación de las psicoterapias?, ¿cuáles son sus riesgos? ¿Se pueden llevar a cabo psicoterapias regladas en los CSMs?, ¿qué requisitos se precisan? ¿Quién debe hacer psicoterapia? ¿Qué oferta de psicoterapias deben tener los CSMs? ¿Cómo convertir al CSM en un espacio psicoterapéutico?

5. farma_adultos.

Farmacoterapia Adultos. Cómo debe ser la farmacoterapia: ¿Cómo núcleo esencial del tratamiento?, ¿cómo facilitador de los abordajes psicoterapéuticos?, ¿cómo último recurso para los trastornos adaptativos y problemas de la vida? ¿Intensiva y con orientación al corto plazo?, ¿de orientación al largo plazo y de mantenimiento? ¿Específica ó con orientación sintomática? ¿Priorizando el control sintomático o los efectos iatrogénicos?

6. farma_infantil.

Farmacoterapia Infancia-Adolescencia. Cómo debe ser la farmacoterapia: ¿Es necesaria la farmacoterapia en infancia-adolescencia?, ¿dónde está indicada?, ¿debe ser el último recurso?, ¿qué grupos farmacológicos son los más utilizados?, ¿con qué finalidad? ¿Qué barreras y limitaciones tiene su uso?

7. rehabilitacion_en_tmg.

La Rehabilitación. Cómo deben ser los Programas de Rehabilitación y Recuperación para los TMG: ¿Qué criterios deben primar para la inclusión en los mismos: diagnósticos, de persistencia del cuadro clínico, de necesidades asistenciales, de utilización de recursos?, ¿deben incorporarse en cuanto se produce el diagnóstico de trastorno psiquiátrico mayor? ¿Qué papel deben cumplir los Programas de Rehabilitación en los CSMs: derivar a la Red de Rehabilitación?, ¿dónde deben llevar a cabo las intervenciones? ¿Qué número máximo de pacientes debe llevar cada gestor de casos? ¿Qué expectativas tienen los Programas de Rehabilitación de los CSMs respecto a los dispositivos de la Red de Rehabilitación?

8. mediacion_social.

La Mediación Social. Cómo deben ser las Intervenciones de Mediación Social: ¿Qué se incluye dentro de las intervenciones de mediación social?, ¿se contemplan estas intervenciones en las agendas? ¿Qué papel debe jugar el CSM ante las demandas de informes, evaluaciones y peritajes del sistema judicial?, ¿se puede compaginar la relación terapéutica con el paciente con las obligaciones con la justicia? ¿Qué papel deben jugar los equipos de infancia-adolescencia en las situaciones de separación o conflictos de tutela de los padres de sus pacientes; cómo situarse ante las demandas del sistema educativo? ¿Cómo manejar las situaciones de Baja Laboral o la emisión de informes para pensiones e incapacidades?

9. cuidados_enfermeria.

Los Cuidados de Enfermería. Cómo deben ser los Cuidados de enfermería en los CSMs: ¿Cuál debe ser su papel en los Programas de Continuidad de Cuidados en adultos e infancia-adolescencia?, ¿en la vinculación de los pacientes?, ¿en el cumplimiento terapéutico?, ¿en el control de efectos secundarios de los tratamientos?, ¿en el control psicopatológico?, ¿en el control de la salud física?, ¿en la promoción de hábitos saludables?, ¿en las actividades de coordinación?, ¿Qué tipo de intervenciones terapéuticas deben desempeñar? ¿Deben asumir el liderazgo en los seguimientos domiciliarios? ¿Deben poder prescribir algunos medicamentos? ¿Qué tipo de tareas específicas deben desarrollar en la atención a infancia-adolescencia?

10. terapia_ocupacional

La Terapia Ocupacional. Cómo deben ser las Intervenciones Ocupacionales en los CSMs: ¿Cuál debe ser su papel en los Programas de Continuidad de Cuidados en adultos e infancia-adolescencia, en la atención a las drogodependencias, en psicogeriatría?

11. trabajo_social.

Trabajo Social. Cómo debe ser el Trabajo Social en los CSMs. ¿Cuál debe ser su papel en los Programas de Continuidad de Cuidados de adultos e infancia-adolescencia?, ¿Qué papel deben jugar en la vinculación de los pacientes?, ¿en el acceso a las prestaciones

sociales?, ¿en la cobertura de necesidades básicas?, ¿en la facilitación de la integración social?, ¿en la aplicación de las medidas de protección a la infancia?, ¿en la salvaguarda de los derechos de los pacientes?, ¿en las Mesas del Menor?, ¿en los Consejos de Salud y de Infancia? ¿Qué tipo de intervenciones terapéuticas deben desempeñar?

12. nuevas_buenas_practicas.

Nuevas Buenas Prácticas. ¿Qué experiencias asistenciales novedosas se están poniendo en marcha en los CSMs?

CONCLUSIONES.

Las intervenciones.

Existe consenso al considerar que las intervenciones en el CSM deben ser programadas, aunque también se atienden las urgencias de los pacientes que ya están en tratamiento en el CSM. Las urgencias de pacientes nuevos se derivan a la urgencia del hospital.

Las intervenciones a domicilio son la esencia del Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados, se deberían hacer sobre todo en los casos de TMG, pero en la mayoría de los CSM no se realizan por falta de personal, limitándose en la mayoría de los distritos las intervenciones en el domicilio, a las realizadas por los EASC. La valoración de pacientes nuevos en el domicilio se considera que deberían hacerse en coordinación con AP y S. Sociales, en los casos de TMG, cuando es preciso valorar la necesidad de tratamiento. En el Ayuntamiento de Madrid, se están realizando fundamentalmente bajo el mandato de instancias judiciales.

La Toma a cargo.

La toma a cargo es fundamental para establecer un vínculo con el paciente, indispensable en nuestro trabajo psicoterapéutico. A veces la toma a cargo ha de hacerse por varios profesionales del equipo, pero sin que eso suponga la disolución de la responsabilidad de cada cual en el mantenimiento del vínculo terapéutico: no todos pueden hacer de todo, pero cada cual ha de hacer lo suyo. En estos casos, es importante que exista un profesional de referencia para el paciente, que dirija y coordine las diferentes intervenciones.

Psicoterapia de adultos.

Considerando la definición de psicoterapia de FEAP “Se entiende por psicoterapia todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, relaciones, cogniciones, adaptación al entorno, salud física y psíquica, integración de la identidad psicológica y en general el mejor equilibrio y bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia” (FEAP, Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud 2007).

“Las intervenciones terapéuticas son de naturaleza verbal y no verbal, establecidas sobre la relación y el vínculo terapéutico y persiguen la reducción o eliminación de los síntomas a través de la modificación de patrones emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales, relacionales o de los sistemas en los que vive inmerso el individuo”. (FEAP 2007)

La elección del tipo de intervención en los CSM, depende del análisis de la demanda y de la oferta disponible; esta es muy variada y heterogénea, pues depende de la disponibilidad, experiencia y formación de los profesionales del equipo. Habitualmente realizamos: intervenciones familiares, psicoeducativas, preventivas, de orientación, de contención, de apoyo con efectos terapéuticos, que no son psicoterapias “regladas” en sentido estricto. Otras veces son intervenciones dirigidas directamente a la reducción o resolución de síntomas, a través de diferentes modalidades individuales o grupales: lo que habitualmente denominamos “psicoterapia”.

La indicación de psicoterapia estará en relación con la evaluación de la motivación y capacidad del paciente para tolerar un proceso de cambio. La modalidad de dicha psicoterapia, como dijimos previamente, dependerá de la oferta disponible.

Al menos todos los CSM deberían incluir un mínimo de psicoterapias diferenciadas:

- Intervenciones grupales dirigidas al aprendizaje de técnicas de manejo del estrés y la ansiedad, que se han demostrado altamente eficaces en la reducción de la sintomatología y de la medicación
- Psicoterapias breves individuales, de objetivos limitados y focales
- Psicoterapias de grupo, también breves, para los casos de mejor pronóstico: sintomatología de reciente aparición, conflictos relacionales o de tipo laboral.
- Psicoterapia de grupo de duración prolongada para trastornos más graves: trastornos de personalidad, TCA o trastornos psicóticos.
- Intervenciones psicoeducativas, o de apoyo a familiares de pacientes con patologías más graves

La psicoterapia de grupo, en sus diferentes modalidades, es una herramienta excepcionalmente potente en sus efectos terapéuticos y se adapta perfectamente a las posibilidades de intervención desde un CSM. Lo ideal sería poder trabajar en co-terapia, con la presencia de observadores, pero no siempre es posible.

Psicoterapia en niños y adolescentes.

Deben ser el núcleo central del tratamiento en estas franjas de edad, por un lado, porque los fármacos son meros alivios sintomáticos, y porque el paciente debe poder identificar en la medida de lo posible los condicionantes de su síntoma o de su conducta inadaptada, para trabajar la adquisición de herramientas subjetivas y no recaer en el funcionamiento patológico.

Se debería poder ofrecer el tipo de psicoterapia (intensiva, breve o de acompañamiento terapéutico y largo plazo, o breve intermitente) que se considere indicada según el tipo de paciente, y no solo según el diagnóstico, dado que hay que valorar también la capacidad, o el deseo del paciente de emprender un determinado tipo de psicoterapia en función de las características del caso. El tipo de intervención psicoterapéutica a realizar: individual, grupal, familiar, psicoeducativa, dependerá de la indicación terapéutica y de la formación en psicoterapias de los profesionales disponibles para atender al paciente en el equipo.

Farmacoterapia en adultos

Antes de prescribir una medicación hay que hacer una cuidadosa evaluación del cuadro clínico, antecedentes médicos y psiquiátricos, circunstancias vitales y condicionantes biográficos, exploración psicopatológica, diagnóstico diferencial, creencias y preferencias del paciente. Además, hay que dedicar tiempo a explicar la indicación de tratamiento, los posibles efectos secundarios, los beneficios esperados, ajustando las expectativas sobre estos últimos, y desmontando las falsas creencias que en ocasiones el paciente tiene sobre los psicofármacos.

La indicación de tratamiento farmacológico se debe realizar en el contexto de una relación terapéutica. En ocasiones y según la patología o el momento del proceso terapéutico, los psicofármacos pueden ser parte esencial del tratamiento, o facilitadores de un abordaje psicoterapéutico, a veces será necesario mantenerlos a largo plazo y siempre precisaran un seguimiento para evitar dependencias o una sobremedicación innecesaria.

Farmacoterapia en niños y adolescentes

Es una herramienta terapéutica útil pero sobreestimada. Hay que tener claro que los psicofármacos son un alivio sintomático y nunca tratamientos etiológicos. El uso tiene que quedar restringido al tiempo estrictamente necesario para que las otras intervenciones (psicoterapéuticas, familiares, sociales), consigan los objetivos. Y solo cuando se valore que el síntoma es lo suficientemente limitante para el desarrollo de la vida cotidiana del paciente. Cualquier indicación de tratamiento farmacológico debe producirse en el marco de una relación terapéutica.

Los grupos farmacológicos más usados son de mayor a menor frecuencia, los fármacos para el TDAH, los antidepresivos y los antipsicóticos. El sobrediagnóstico del TDAH ha hecho crecer el uso de psicoestimulantes y otros fármacos indicados para esta patología. El TDAH es un trastorno complejo, el nombre es solo descriptivo de las dificultades de concentración y la hiperactividad, requiere una evaluación amplia y completa de los factores psicológicos y sociales que influyen en su aparición y presentación, solo desde una comprensión bio-psico-social podemos hacer un tratamiento adecuado y eficaz.

Los antidepresivos se emplean en la depresión de niños y adolescentes, en el TOC. Los antipsicóticos, indicados para los cuadros psicóticos, a veces se usan fuera de indicación, a dosis bajas para descontrol de impulsos y manifestaciones conductuales.

La Rehabilitación

La rehabilitación del paciente con TMG, forma parte del programa de continuidad de cuidados del CSM, y este dispositivo debe ser el eje vertebrador del proceso rehabilitador de los pacientes. Es necesario que dentro de la actividad del CSM existan actividades rehabilitadoras (grupales, familiares, psicoeducativas, etc.), que se realizaran en función de las necesidades de los pacientes y de la disponibilidad y formación de los profesionales del CSM. Los pacientes incluidos en este Programa pueden tener diferentes niveles de atención, en función de la intensidad de la intervención: intensiva, seguimiento, gestión de caso.

Los criterios para la inclusión de los pacientes en este programa tienen en cuenta el diagnóstico, pero también la falta de soporte social, el uso simultáneo de recursos, etc. Es importante también prestar una Atención Temprana a la Psicosis, pues esto nos permite prevenir el estigma, evitar la ruptura de las relaciones escolares, sociales o laborales, y evitar la claudicación familiar.

El papel de enfermería y de los trabajadores sociales es esencial en estos Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados, (PRyCC) son el “motor” de los mismos, aunque es imprescindible también la participación de psiquiatras y psicólogos. En cuanto a la carga de trabajo de los profesionales en estos programas es importante que podamos establecer “niveles de intervención”. El coordinador de cuidados suele tener una media de 150 paciente, a los cuales no es posible (ni necesario en algunos casos) atender de la misma forma. En atención intensiva (semanal, visitas a domicilio...) se puede atender unos 30 pacientes en CC.

El PRyCC debe asumir “la toma a cargo” del paciente con TMG, no debe ser un mero cauce de derivación a la red de Rehabilitación. Desde el CSM se debe potenciar la atención en la comunidad, primero hay que intentar que el paciente participe en recursos “normalizados” y que pueda “retomar” su vida utilizando la red social y comunitaria más cercana y natural. En caso de no ser posible se deben desarrollar intervenciones rehabilitadoras más intensivas o especializadas como son las que aporta la red de rehabilitación.

Los cuidados de enfermería.

Las funciones que realiza una enfermera especialista en Salud Mental en el Centro de Salud Mental, son muy variadas. Su participación es imprescindible en la continuidad de cuidados en los pacientes con TMG y en la cronicidad, la promoción de la salud física, la promoción de hábitos saludables, el control de efectos secundarios de fármaco, etc. Pero además la enfermera juega un papel de enlace frecuente y rápido entre el paciente - familia y el equipo de salud mental ofreciendo accesibilidad y atención rápida. Valorando la necesidad de consulta con los facultativos fuera de la de las citas programadas.

La enfermera puede tener un papel fundamental en el tratamiento de los TCAs con asesoramiento nutricional y atención a la salud física de los pacientes. Pueden conducir tratamientos específicos como entrenamiento en técnicas de relajación, programas de concienciación –motivación y refuerzo de conductas de control esfinteriano en la enuresis y encopresis.

Tanto en el programa Infanto-Juvenil como en el de Adultos, Enfermería realiza la coordinación con los distintos dispositivos del área de salud Mental que esté utilizando el paciente (CRPS, CRL, Centro de Día, Minirresidencia, UHB, CAID, UAT, etc.). Así como, garantizar la coordinación y continuidad de cuidados entre la atención especializada y el equipo de Enfermería de Atención Primaria. En el programa de Infanto-Juvenil, además enfermería también participa en la coordinación con los centros escolares correspondientes al área de Salud Mental.

Entre las labores de la enfermera especialista, está la docencia. En ella se engloban la formación de pregrado y postgrado (formación de especialistas). Así como una labor de investigación, con asistencia a Congresos, presentación de posters, comunicaciones orales, etc.

El Trabajo Social

El TS participa activamente en la atención a la EMGD, y en concreto en PRyCC, la “cronicidad” y la enfermedad mental grave vinculada a procesos de vulnerabilidad social. Los TS son profesionales con amplia experiencia en Gestión de Casos y asumen esa función en estos programas, encargándose de los pacientes que precisan coordinación con múltiples dispositivos, situaciones de exclusión social, altas hospitalarias complejas, o alta conflictiva familiar. Además, participan en la coordinación sociosanitaria con los recursos hospitalarios, atención primaria, servicios sociales generales, educación, centros de atención a drogodependientes, asociaciones y grupos de autoayuda, voluntariado, las comisiones locales contra la violencia de género, etc.

En los programas de salud mental infanto-juvenil, es fundamental su intervención con los menores en riesgo, y su participación en los consejos de atención a la infancia, las comisiones de apoyo a la familia, la mesa del menor, la mesa de salud escolar, comisión contra el maltrato infantil.

Su trabajo fundamental con el paciente como con las familias, es potenciar y aprovechar los recursos personales, familiares, y comunitarios, además de gestionar los recursos necesarios para el desarrollo de la persona.

La terapia ocupacional.

De manera general, su sitio puede estar en todos los Programas de Atención Individualizada, tanto en los programas de atención al Trastorno Mental Grave como Trastorno Mental Común, y tanto en las áreas de atención a adultos como de infancia-adolescencia. Trabaja a través de la valoración de las necesidades del paciente en las áreas

ocupacionales, de la motivación a través del reconocimiento de sus habilidades presentes y potenciales y sentido de eficacia de las mismas; de la exploración y aprendizaje de nuevos intereses y valores; de la capacitación para un uso del tiempo organizado, satisfactorio y orientado a un propósito.

Las intervenciones se llevan a cabo tanto en **formato individual** con evaluación y seguimiento ocupacional (AVD, rutina diaria ocupacional, búsqueda de recursos y seguimientos del mismo, búsqueda de empleo, curso, apoyo familiar); como en **formato grupal** con distintos contenidos (expresión y creatividad, rehabilitación cognitiva básica, Actividades de la Vida Diaria y Habilidades Sociales, actividad física, inserción vocacional-laboral, ocio y tiempo libre, cocina, etc.).

La Mediación Social

Se considera imprescindible que en las agendas de salud mental se contemplen tiempos para coordinación y mediación con otros recursos. En el programa salud mental infanto-juvenil es frecuente la coordinación y colaboración con los servicios educativos, así en las situaciones de fracaso escolar, es imprescindible que desde educación se descarten problemas de aprendizaje o niveles intelectuales bajos para, y solo después, considerar si hay psicopatología en la base del fracaso académico o no, y derivar a salud mental.

A veces las manifestaciones psicopatológicas en niños pueden ser un exponente de una situación socio-familiar problemática, como la negligencia y el maltrato, que requieren la intervención de los servicios sociales.

En las situaciones de divorcio nuestro papel debe ser la asistencia a la salud mental del menor cuando ésta se haya visto dañada. Los peritajes a demanda de una de las partes deben ser evitadas al máximo, nuestro papel es estar al lado del paciente-niño y no de uno de los progenitores en conflicto. Existen recursos para estas funciones: los equipos psicosociales de los juzgados e incluso en casos de sospecha y maltrato debemos poner en conocimiento de S Sociales para que sea el Centro de Atención a la Infancia el que lo descarte. La coordinación con estos recursos debe ser fluida, mostrarnos accesibles, pero delimitando las competencias de forma precisa y consensuada con ellos.

En la gestión de las bajas laborales, a veces el médico de atención primaria, solicita la evaluación del paciente por salud mental para completar la información y poder decidir sobre su permanencia.

Nuevas Buenas Practicas

Se han señalado como buenas prácticas:

- Las voluntades psiquiátricas anticipadas, haciendo referencia a la guía: Planificación anticipada de decisiones en salud mental. Guía de apoyo para

profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental. Editada por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

- La indicación de no tratamiento o prevención cuaternaria.
- El recordatorio de cita al paciente, como forma de optimizar la oferta asistencial.

3. DE LOS PROFESIONALES

El papel de los profesionales: de sus características y capacitación; de su peso y participación en los equipos multiprofesionales y en la organización y gestión de los CSMs; de sus condiciones de trabajo, y de sus necesidades; se ha discutido en la 3ª Mesa de la Jornada presencial y se ha desarrollado en los siguientes canales de participación on-line:

1) **profesionales.**

Cómo queremos que sean los profesionales de los CSMs: ¿qué capacitación precisan los psiquiatras, los psicólogos, los enfermeros, los terapeutas ocupacionales y los trabajadores sociales? ¿Es viable una atención de calidad sin profesionales especializados?, ¿se pueden constituir equipos de infancia-adolescencia sin psiquiatras y psicólogos infantiles?, ¿se puede ofrecer una atención psicológica con garantías al margen de la formación PIR?, ¿son viables unos cuidados de enfermería sin enfermeros especialistas en salud mental?

2) **composición_equipos.**

Cómo queremos que sean los equipos de los CSM: ¿Qué profesionales constituyen el equipo base del CSM: en atención a adultos y en infancia-adolescencia? ¿Son suficientes los profesionales con los que cuentan los CSMs en la actualidad?, ¿están bien repartidos?, ¿cuál son las principales carencias? ¿Deben existir ratios de los distintos profesionales establecidos por población, características de la demanda y procesos y programas implantados?

3) **liderazgos.**

Cómo queremos que sean los liderazgos en los CSMs: ¿De quién dependen los profesionales de los CSMs? ¿Cómo se debe establecer el liderazgo en los CSMs? ¿Pueden funcionar los CSMs sin un liderazgo propio? ¿Qué ha supuesto para los CSMs su adscripción a las Gerencias Hospitalarias?

4) formación_continuada.

Cómo queremos que sea la formación continuada en los CSMs: ¿Promovida, acreditada y reconocida por la organización sanitaria? ¿Inespecífica o adaptada a las necesidades de cada momento del servicio, de las áreas de actividad y procesos? ¿Específica para cada profesional o dirigida a la formación del equipo multiprofesional y compartida con los profesionales de la red de dispositivos asociados?

5) necesidades_prof.

Cómo queremos que se incentive y se cuide a los profesionales de los CSMs: ¿es posible el compromiso con el trabajo sin incentivos económicos ligados a la actividad, sin estabilidad laboral, sin reconocimiento de la especialización y formación, sin posibilidades de promoción, sin participación en la organización y gestión del CSM, sin facilidades para conjugar las obligaciones asistenciales con el desarrollo de intereses propios y sin facilidades para acceder a actividades e intervenciones dirigidas al cuidado de su salud mental?

CONCLUSIONES.

Los profesionales.

A la pregunta de cómo queremos que sean los profesionales de los Centros de Salud Mental, la respuesta generalizada es que se precisan profesionales con capacitación específica, en todas las categorías profesionales, y para las funciones específicas que van a desempeñar: desde los psiquiatras con su especialización en adultos y en infanto-juvenil, a los psicólogos que también reclaman una capacitación vía PIR y la misma especialización que los psiquiatras, con el reconocimiento de la especialidad de Psicología clínica Infanto-juvenil. Los profesionales de enfermería reclaman que sean exclusivamente enfermeros/as especialistas los que trabajen en los CSMs, y señalan la necesidad de reafirmar su rol en los CSMs respecto al desempeñado en el resto de Atención Especializada o Atención Primaria de Salud. Los profesionales de trabajo social y terapeutas ocupacionales reclaman una formación específica y una catalogación de las plazas en función de esta especialización. En el caso de los profesionales de trabajo social, la integración en las Gerencias Hospitalarias ha puesto de manifiesto la necesidad de que se reconozca su papel en el ámbito de la clínica, como profesionales sanitarios, y su dependencia funcional de las unidades asistenciales.

Aunque se considera que la superespecialización puede ser un elemento muy motivador para los profesionales y se debería potenciar, la composición de los equipos y la limitación

de los recursos deberían priorizar la organización más generalista de la atención, en torno a la cobertura de las necesidades de la demanda.

La composición de los equipos.

A la pregunta de cómo queremos que sean los equipos de los CSMs, la respuesta es que deber seguir siendo multidisciplinarios y el trabajo, interdisciplinar. Psiquiatras, psicólogos, profesionales de enfermería y trabajo social, terapeutas ocupacionales y personal de administración constituyen los miembros del equipo. La integración en las Gerencias Hospitalarias ha puesto de manifiesto la necesidad de que se reconozca al Centro de Salud Mental como una unidad funcional, donde todos los miembros del equipo, antes señalados, dependan directamente del responsable jefe del Centro de Salud Mental.

Hay una sensación de que los CSMs han perdido iniciativa y de que se está produciendo un proceso desmantelamiento de los equipos: falta un proyecto común, falta cohesión y liderazgo. Sensación de soledad: cada uno en su despacho, no se trabaja en equipo, no se discute en equipo, no se planifica en equipo, no se priorizan las actividades conjuntas, en muchos CSMs no se hacen reuniones de equipo.

Existe un reparto muy desigual de profesionales entre los Centros de Salud Mental entre sí, y entre éstos y los dispositivos hospitalarios. Se necesita recuperar la planificación, completar las plantillas y que se cumplan unas ratios básicas de profesionales por población atendida, por tipo de demanda y por procesos asistenciales implantados. Hay carencias de todas las categorías profesionales; pero son especialmente llamativas las carencias de profesionales para los Programas infanto-juveniles, Continuidad de Cuidados e Intervenciones psicosociales.

Los liderazgos.

El buen funcionamiento de los equipos multiprofesionales precisa de un liderazgo bien definido. Al frente de cada Centro de Salud Mental tiene que haber un responsable-jefe con funciones de planificación, organización y gestión, más allá de cómo se integren los Centros de Salud Mental en la organización de las Unidades Asistenciales funcionales adscritas a cada gerencia hospitalaria. Las amortizaciones recientes de las plazas de jefes de Centros de Salud Mental (Arganda, Coslada, Majadahonda y Parla) no se ajustan a lo establecido en el actual Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014, que establece que los Servicios de Salud Mental de Distrito dependerán de las Direcciones Médicas, que impulsarán modelos de gestión integrada útiles para mantener la cohesión de los equipos multidisciplinarios.

Se plantea que el Área Única rompe el principio de Salud Mental comunitaria. No obstante, hay disparidad de opinión al respecto, en defensa de la libre elección de profesional y la integración de la Salud Mental en los hospitales.

En el liderazgo de los equipos, desde el punto de vista de los profesionales, falta articular los procedimientos que permitan el acceso a los puestos de dirección y gestión a las distintas profesiones.

La implantación del Sistema Multicita, con un alto porcentaje de pacientes no comparecientes y la adscripción ciega a profesionales e intervenciones, con un importante despilfarro de los recursos asistenciales; ha puesto de manifiesto la necesidad de que los Centros de Salud Mental recuperen el liderazgo en la organización de la oferta asistencial, con una cartera de servicios bien definida y homogénea para todos los Centros de Salud Mental, y en la gestión de la demanda (que la demanda llegue a los Centros de Salud Mental sin especificar y sean éstos los que hagan la adscripción a intervenciones y profesionales).

La formación continuada.

Además de los intereses formativos que pueda tener cada profesional a nivel individual, se aboga por mantener y potenciar una formación específica para los profesionales de los Centros de Salud Mental, tanto específica para cada uno de los grupos profesionales como para el equipo en su conjunto.

Los Centros de Salud Mental deben conservar la capacidad de oferta de actividades formativas desarrollada hasta ahora (Taller de Casos Clínicos, Cursos, Jornadas, etc.), su acreditación a través de los Planes de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad, y la capacidad para facilitar el acceso a esta formación al resto de los dispositivos de la Red de Atención a la Salud Mental (Unidades de Hospitalización, Atención Primaria, Red de Rehabilitación y Red de Atención a las Drogodependencias).

Se propone la creación de la figura de Supervisor, que esta función pueda ser desarrollada por los profesionales más veteranos o con más experiencia dentro del equipo, y contar con un tiempo específico en las agendas para el desarrollo de Talleres de Supervisión.

Una carencia importante son las actividades formativas conjuntas con el resto de los dispositivos de la Red de Atención a la Salud Mental, especialmente Atención, Primaria, Red de Atención a las Drogodependencias y Red de Rehabilitación.

Las necesidades de los profesionales.

Los profesionales valoran positivamente la Red de atención a la Salud Mental, y demandan que se valore el papel de los Centros de Salud Mental, de su funcionamiento, y de sus profesionales.

Desde el punto de vista laboral se objetiva un riesgo psicosocial importante entre los profesionales de los Centros de Salud Mental, que se traduce en desmotivación y sensación de estar quemados.

Se observa una distribución asistencial desigual, con una carga de trabajo muy elevada en la mayoría de los Centros de Salud Mental respecto a otros dispositivos de la red. Se precisaría una redistribución de los profesionales para repartir la carga asistencial, y unificar las agendas de los profesionales, partiendo de una adecuada planificación.

Hay un sentimiento de escaso cuidado de los profesionales por parte de la Consejería de Sanidad que parece carecer de una política de personal dirigida a dar estabilidad a las plantillas y a facilitar la movilidad de los profesionales dentro del sistema sanitario.

Algunos colectivos, como los profesionales de Trabajo Social demandan un reconocimiento como personal sanitario que les dé estabilidad dentro los equipos, y otros como los trabajadores de enfermería y terapeutas ocupacionales una mayor visibilidad y reconocimiento de sus funciones, así como incluir en todas estas medidas al personal administrativo.

Se demanda propiciar espacios de encuentro y debate para los profesionales de Salud Mental. Conocer que se hace en otros Centros de Salud Mental y qué hacen otros profesionales en sus Centros, para poder compartir experiencias.

Se echa en falta un sistema que permita canalizar las necesidades, sugerencias y quejas de los profesionales a la Consejería de Sanidad.