



Claves de mejora desde la creatividad y la experiencia

Intervención con personas en procesos de exclusión o alta exclusión y con enfermedad mental severa de curso crónico

INFORME TRAS LA SEGUNDA SESIÓN

SEGUNDA SESIÓN FACTORÍA CREATIVA

1 de Julio de 2010

Inicio: 9:15h

Sidalava. En lugar de SIDA Alava.

DEVOLUCIÓN Y CONTRASTE PRIMERA SESIÓN

Con respecto a la concesión de la incapacidad

Desde el equipo técnico, se plantea si es posible la revisión de criterios en relación a la toma de decisión de incapacitar. Se señala que se están revisando, de hecho.

Se pretende incapacitar lo menos posible, es a lo que se tiende, priorizando la atención social (Convención de la ONU para las personas con discapacidad).

Estigma de las personas con discapacidad mental, unido al estigma de la incapacitación supone un doble estigma. Ahora eres una persona enferma y además incapacitada.

El problema es ¿para qué se inicia el proceso de incapacitación?, ¿qué supone para la persona?, ¿qué le aporta? Hay que tener en cuenta que una vez que se incapacita a una persona es muy complicado volver atrás.

Hay que ser muy estricto a la hora de incapacitar a una persona. Muchas veces se incapacita a una persona para resolver otros problemas (herencias...).

DUDAS SOBRE EL PÁRRAFO SIGUIENTE

El artículo 233 del Código Civil plantea la posibilidad de tutela automática, facultando a la administración para iniciar una intervención. Es una cuestión en debate. Algunos entienden que esta fórmula se podría utilizar cuando aún no se ha producido una incapacitación y otros dicen que sólo es aplicable a personas que estén ya incapacitadas en el caso de que su tutor no esté actuando correctamente. Por otro lado, es una fórmula que plantea también riesgos (desamparo de las personas ante esta facultad de la administración).

SINTESIS DEL PLANTEAMIENTO (propuestas a trasladar):

- Incorporar criterios sociales a la toma de decisión jurídica de incapacitación: ¿existe red de soporte familiar?, ¿cuál es su situación?, ¿cuál va a ser el impacto de la incapacitación desde el punto de vista de las oportunidades de la persona?.
- Una vez tomada la decisión de incapacitación: a) garantizar la seguridad jurídica de las intervenciones; b) diseñar un protocolo de atención para personas incapacitadas que parta de la implicación de todos los agentes (familia, servicios sociales...). La decisión de incapacitación no puede convertirse en un instrumento de inhibición de la responsabilidad familiar y social. Se incapacita a una persona para protegerla, no para derivarla, inhibirse... Quien asume la tutela puede asumir quizás la función de

gerencia o coordinación de caso, pero no puede constituirse en alternativa de atención para cubrir todas las necesidades de la persona.

En relación a los perfiles

Jóvenes con brotes muy fuertes (Bizitegi) son los mismos que se plantea desde Salud Mental de Bizkaia (jóvenes con TMG, abuso de tóxicos, hospitalizaciones repetidas...).

Los módulos (personas que llevan tiempo en programas de mantenimiento) son los mismos que plantea Bizitegi en su primer perfil (podrían ser más autónomas...). Pablo señala que esos son de los que están en los pisos, de los que más aguantan.

Perfiles que requieren especial atención

Se está de acuerdo en los perfiles priorizados.

Respecto a la “zona de sombra” (personas a las que no se llega), se señala que sería importante trabajar sobre ese aspecto en sí mismo.

Hay un vacío en relación a las personas que residen en sus casas, a los que no se llega, que no demandan atención.

En otros casos, como en el del colectivo rumano-gitano, existen dificultades de acceso, diferencias culturales, que hacen complicado iniciar alguna intervención.

La voluntariedad del tratamiento es un elemento sobre el que también es necesario incidir para incluir a más personas.

A este respecto se suelen impulsar programas o estrategias de acercamiento desde el ámbito de la intervención social, para trabajar desde la voluntariedad, pero en algunos casos, resulta difícil incluso eso.

En el caso del colectivo rumano-gitano, por otro lado, se trata de personas que afrontan una situación de grave exclusión, con un marco de valores diferente, pero desconocemos hasta qué punto pueden estar afectados por problemas de salud mental.

Cambio social.

Se incrementan las horas de soledad en las casas. Antes siempre había alguien en la misma (una madre, una abuela...) Ahora, eso no se da e igual incide en la salud infanto-juvenil (soledad, falta de límites, compensación posterior por la ausencia...). Y también en el grado de apoyo del que puede disponer una persona con problemas de salud mental que se encuentre en su domicilio.

Otro factor con un importante impacto en la salud mental es la combinación de la baja tolerancia a la frustración con el aumento de las expectativas de logro. Esa es una mezcla explosiva.

Ahora ha descendido la capacidad de tolerancia a la frustración, y además las expectativas de logro de las personas son mucho más elevadas que hace unas décadas. Los padres y madres no están educando a sus hijos en la tolerancia a la frustración, pasan poco tiempo con ellos, les compensan después dándoles más de lo que necesitan... Las personas, por otro lado, tienen muchas más expectativas en relación al

logro y la movilidad social (“antes, si heredabas el negocio familiar, eras feliz; ahora la expectativa es triunfar como los de gran hermano, a corto y sin esfuerzo”).

Además de los requerimientos del mercado laboral, el precio de la vivienda,..., que también apartan a los padres y madres, de sus hijos e hijas, los padres y madres de ahora, en mayor medida que los de antes, quieren tener también su espacio de ocio, estar con sus amigos... Pasan menos tiempo con sus hijos e hijas, y luego intentan compensarlo de otros modos.

Comentario: “Los centros de salud mental están saturados tratando casos de infelicidad, no de salud mental”

El “no diagnóstico”. Si vas al médico porque te duele la muñeca a veces te dice “no tienes nada”. Sin embargo parece que en salud mental, cuando alguien consulta, siempre tiene que tener un diagnóstico. Se está dando un proceso de “psiquiatrización”, de tal modo que cuando uno tiene un problema, o sufre por algo, si acude al psiquiatra recibe un diagnóstico. Y, en ocasiones, a un diagnóstico se le suma otro y otro, y otro. Nunca se cuestiona el previo. Siempre, en todo caso, se añade uno más.

A veces hubiera bastado con abordar el problema de origen. Por ejemplo, ser capaz de afrontar un abandono. Se señala el caso de una persona que acude al CSM porque le ha dejado la novia y presenta un cuadro de ansiedad, y sale con un diagnóstico “trastorno de ansiedad” y un ansiolítico, pero el problema sigue y se agrava, y se sigue con el proceso, se van añadiendo diagnósticos y tratamientos, pero sin abordar el problema de origen.

Incluso aunque el proceso tenga estas características, se deberían evitar los diagnósticos. Este tipo de prácticas profesionales pueden contribuir también al estigma.

Por otro lado, avanzar en la colaboración sociosanitaria implica también – además de coordinar recursos y colaborar entre profesionales - acercar discursos y prácticas profesionales, incorporar una perspectiva social en el diagnóstico sanitario y una perspectiva sanitaria en el diagnóstico social, etc.

Con respecto a la **incidencia de la enfermedad mental en mujeres y hombres**, desde la experiencia de las personas participantes, se entiende que la prevalencia es diferente según patologías. Los hombres, hoy por hoy, siguen presentando patologías más graves, mientras que las mujeres presentan otro tipo de patologías (ansiedad, depresión, neurosis...). La manera de expresar las dificultades es diferente y también lo es la demanda de ayuda, el tipo de ayuda que se solicita, el momento en el que se solicita...

No obstante, siendo mayoritario el colectivo de hombres, también ha comenzado a diversificarse el perfil de las personas con patologías más graves, trastornos del comportamiento, desde el punto de vista del sexo, la edad...

En prisión, parece que el perfil de hombre adulto está cambiando, empezando a incorporarse mujeres, personas más jóvenes, inmigrantes... (tal y como está sucediendo respecto a las personas en situación de exclusión). Al ámbito hospitalario también están llegando mujeres jóvenes, muy deterioradas e incluso más jóvenes que los hombres.

La edad también tiene que ver, en el sentido de que las mujeres viven más y, por lo tanto, la incidencia de determinadas enfermedades que aparecen con el curso de la edad (como, por ejemplo, las demencias, aunque se detectan demencias a partir de edades relativamente tempranas respecto a la esperanza de vida) es mayor entre ellas.

Otro aspecto es el impacto sobre la salud de las mujeres que se deriva de asumir el cuidado de las personas con enfermedad mental, a veces durante largos años.

- Sobre las altas hospitalarias

En relación a lo que se comentó con respecto a incentivar las altas hospitalarias, se señala que, aunque en el ámbito sanitario no existe presión para conceder altas, puede existir ese riesgo y que no se debería trasladar automáticamente este sistema, que pretende favorecer la incorporación al entorno comunitario y contribuye a reducir costes, del ámbito sanitario al ámbito social y de la promoción del alta hospitalaria al logro de objetivos de inclusión.

En el ámbito hospitalario, se demanda a veces que cuando se produce el primer ingreso este tenga una mayor duración, para que la persona y su familia pueda hacerse una idea real del cambio que la existencia de la enfermedad supone y asumirlo, poder evaluar el impacto sobre cada persona de la medicación, conectar a la persona con la red de recursos sociales a la salida...

Ocio (incorporarlo como cuestión clave).

Otro aspecto importante es el que tiene que ver con la ocupación del tiempo libre de las personas con enfermedad mental. El ocio constituye una dimensión fundamental de integración social y disfrute de la vida. Las personas con enfermedad mental carecen, en muchas ocasiones, de espacios informales de ocio y cuentan con muy pocas alternativas en aquellos momentos en los que no están ocupadas en una actividad productiva, en un recurso...

Red de apoyo. Ofrecer alternativas, estables o temporales, a la ausencia del cuidador familiar. En el caso de las personas inmigrantes, por ejemplo, son necesarias a veces alternativas estables.

MAPA DE RECURSOS

Primer Mapa (el mapa debiera centrarse en la persona)

Han colocado a la persona en el centro (el mapa de recursos debe estar centrado en la persona).

Han comenzado recogiendo qué necesitamos las personas: vivienda, trabajo y ocupación, familia, ocio, salud...

Todas las personas fundamentamos en estos apoyos nuestra vida. Como consecuencia de la enfermedad mental, estos aspectos se rompen y es necesario reconstruir.

Cuando la persona no puede sola, necesita de una persona que le sirva de referente y que le apoye en la tarea de orientar su proyecto de vida y articular, de la mejor manera posible, las distintas dimensiones: salud, trabajo, familia...

Algo así sucede en el caso del IT pero cuando la situación es ya extrema.

La administración debe ser garante del “orden” y de que todas las personas estén protegidas. Es la administración la que está posibilitando, directa o indirectamente, recursos de alojamiento, prestaciones... Por otro lado, está representada como un cuadrado: un cubo (falta de flexibilidad).

Alrededor de la persona y sus necesidades, se presentan los recursos.

¿Los globos? La red sanitaria y trabajo. “Porque es lo que da oxígeno: salud y trabajo”.

Impresiones respecto al mapa

El mapa parece sencillo y lo es, precisamente, porque está centrado en la persona y no en los recursos y lo que aporta cada uno.

La administración ha ido desarrollando recursos por sistemas – y eso ha sido un avance – pero ahora hay que avanzar desde visiones y actuaciones estancas, a perspectivas circulares, centradas en la persona...

El reto es plantear un sistema de gestión de caso adecuado. Ya se intentó en su día desde los CSM y desde los SSB, pero no ha funcionado. Sea como sea, hay que retomarlo.

En este mapa no sale la cárcel.

Segundo mapa (el mapa debiera permitir construir un itinerario coherente hacia la calidad de vida, facilitando los apoyos necesarios, que serán diferentes según itinerarios, personas y momentos)

Han tratado de dibujar un itinerario que la persona tiene que recorrer y, según va pasando el tiempo, se van apuntalando cosas.

Todos los que estamos aquí, lo que hacemos es apuntalar la normalidad y, en algunos casos (IT, prisión) suplir o cohibir a la persona en el ejercicio de su responsabilidad.

Han utilizado la imagen del juego de la oca y la calidad de vida es el final. El punto de partida es el nacimiento o la llegada a la sociedad vizcaína, vasca...

A partir de ahí, el itinerario normal “y aburrido” es estudiar, trabajar, emanciparse y morir. Pero otras personas no llegan siquiera a la emancipación.

Hay circuitos normalizados (las personas representadas en verde) y otros no normalizados. Se cae en la cárcel, como en el juego de la oca y entonces estás varios turnos sin jugar.

Impresiones

“Hemos reflejado lo que hay, que es un auténtico barullo, un caos”.

Se señala la amplitud con la que se ha representado el espacio judicial: se señala que se está produciendo un proceso de judicialización de los conflictos que antes se resolvían de otra manera, a través de otros mecanismos....

¿En ese itinerario hacia la salud y la calidad de vida, cuál es el papel del sistema judicial o de las penas privativas de libertad? Algunas personas no ven la prisión o el sistema judicial como un recurso. Otras consideran que es un instrumento del que se ha dotado la sociedad, pero, ciertamente, es un instrumento para apartar a las personas de la sociedad.

IDENTIFICACIÓN DE SOLAPAMIENTOS, LAGUNAS, POSIBILIDADES DE COLABORACIÓN

Solapamientos

Sí hay conexiones entre recursos.

Lagunas

En algunos casos al menos, haría falta una persona que haga la función de asistente personal con personas con enfermedad mental (se orienta a la promoción de la autonomía). Se señala que, en algunos países europeos, esta persona es una persona que es un referente real para la persona y que ha asumido la función de tutor, de manera voluntaria.

Gerencia o coordinación de caso. Es la propia persona quien tendría que elegir. En algunos casos, esta función la están haciendo, de hecho personas concretas (se me ocurre a mí el ejemplo de Jose Alberto) y asociaciones (se pone el ejemplo de una asociación gitana).

El tutor a veces hace de contraste. Tú te planteas un alta y el tutor te dice: eh, pensión de 350 euros. ¿Cómo articulamos el alta?

La figura del tutor puede ser importante pero en los recursos debe haber una implicación y una corresponsabilidad, y también un diálogo sobre la integración y las condiciones para la integración. El tutor no es capaz de generar condiciones adecuadas de escolarización...

Falta de recursos de alojamiento estable. Se ofrecen alternativas, de corta estancia y si haces las cosas bien aquí, vas a otro recurso, y luego de ahí a otro. Prefieren el sitio en el que están, con los que están,... A todos nos cuesta construir relaciones, cada vez, con un nuevo compañero de trabajo... Por otro lado, el paso de un recurso a otro permite acompañar el proceso de asunción de responsabilidad, incrementar la exigencia...

Posibilidades de activación de las personas que no pasen por un horizonte de inserción laboral.

Un recurso de muy alta intensidad y con mucha contención como alternativa a los psiquiátricos penitenciarios.

Un equipo multidisciplinar en prisión para la atención de problemas de salud mental, como lo hay en drogas.

Posibilidades de colaboración

Hospitales – Bizitegi – Ayuntamiento. Personas que están en la calle y pueden acceder a un tratamiento. Impulsar más este tipo de planteamientos.

Hospital: “el CSM te manda un paciente y nunca más te pregunta por él”.

Mayor coordinación entre los CSM y recursos como Hontza... Que no se miren con tanto recelo. Hay muchas personas en esos recursos con problemas de enfermedad mental.

La negativa a tomar medicación es, muchas veces, el punto en el que se atascan... No la toman y están todo el día quemando recursos, detenidos...

El tratamiento ambulatorio involuntario no es posible, pero se señala que en Gipuzkoa se está avanzando en esa dirección (hay una jueza que se ha implicado).

ASPECTOS DE MEJORA

Aspecto de mejora 1: Aumento de las posibilidades de alojamiento

Proyecto: creación o potenciación de pensiones sociales.

Ana lee muy rápido, anoto las aclaraciones.

Estabilidad = evitar ir pasando de un recurso a otro.

Se liberarían plazas en recursos colectivos ocupadas por personas que pueden vivir en este régimen.

Es una propuesta de estructura finalista, es decir, como alternativa estable de vivienda que garantice un nivel básico: el miedo a perder el alojamiento.
Obstáculos: el vecindario.

En un plan del Gobierno de Navarra, le llaman “patronas protegidas”. Se les ofrece un cierto tutelaje.

Aspecto de mejora 2: Gestión de caso compartida

Sobre una persona o situación intervienen varias organizaciones e instituciones, con un objetivo u objetivos comunes y con el consentimiento y la participación de la persona.

Requerimientos:

- Con expectativas realistas.
- Con apoyos.
- Con soporte legal (que ofrezca marco, guías y pautas a la persona usuaria y a los profesionales que intervenimos) y jerárquico (a veces se dan estos procesos, de hecho).

El objetivo es ayudar a la persona con claridad, sencillez, integralidad...

Además es necesaria la figura del referente. Podemos montar una red maravillosa, que se nos pierda el usuario y nadie es responsable.

Deben existir protocolos consensuados, conocidos, llevados a la práctica y evaluados.

Se requiere un conocimiento exhaustivo de los recursos.

Se requiere implicación profesional. Asumir y delegar responsabilidades. Desarrollar el propio rol y aceptar el de otros.

Generar espacios y disponibilidad para la coordinación. Implicar a responsables, gerentes que deben avalar este tipo de procesos, facilitar espacios y tiempos.

Se hacen protocolos y protocolos, pero, por ejemplo, desde educación no se remiten datos a servicios sociales porque te piden información relevante para la persona, lo envías y luego no recibes ninguna devolución.

Obstáculos: a veces la sociedad tiende a ser tan garantista y está todo tan judicializado, que a veces se acaba buscando la propia protección más que la de las personas para las que se trabaja.

Otras veces los propios protocolos nos encorsetan. Es necesario tener flexibilidad.

Los modelos de informe a veces sólo permiten hablar de cosas negativas.

Obstáculos: luchas de poder. ¿Quién “capitanea” el barco?

Utilizar herramientas (TIC) para facilitar las reuniones, el trabajo colaborativo..., teniendo en cuenta que uno de los obstáculos que se plantean es el tiempo que requiere la coordinación. Al ver la cara al otro la comunicación es más fluida.

Aspecto de mejora 3: programas de atención comunitaria

(Cuesta oírle a Itzi y habla rápido).

Aitor: a veces, hay una persona incapacitada y los servicios sociales de base, el ambulatorio... no sabe nada. Atender en la comunidad es atender, es implicar... Visitar los domicilios.

Itzi. Los que peor remunerados están son los educadores de calle, los que se acercan... En el hospital de Zamudio parece que hay un equipo de atención comunitaria. En Madrid hay una experiencia también de sistemas mixtos de atención, integrados por educadores, psicólogos,... que atienden a las personas en la comunidad. Cada equipo atiende a 30 personas. Quien les paga a ambos es la comunidad de Madrid.

Aspecto de mejora 4: Protocolo de actuación

Se han centrado en algo más concreto: creación de equipos...

Entendiendo x residenciales los psiquiátricos, la prisión o las comunidades terapéuticas.

Objetivos:

Adaptar el momento treatmental a las necesidades (a veces necesita más contención y está en un ambulatorio).

Lee los demás.

Favorecer el diseño de itinerarios treatmentales (que todo paciente tenga un itinerario diseñado).

Requerimientos:

Registro de casos.

Registro de organizaciones (pues si estaba Argia que hace maravillas y no la tenemos metida en esta red).

Equipo con reuniones mensuales para la toma de decisiones sobre itinerarios.

Obstáculos:

El nivel político a veces nos atasca o la distribución competencial (¿a quién se le factura la cama, si está cumpliendo condena y está ingresado en un recurso de Osakidetza?).

A veces hay que esperar un papel para que se pueda dar el tránsito de un tipo de recurso a otro ¿Esa labor no la hace el SAER?

Que los implicados directos estén dispuestos y que no cueste dinero es un elemento facilitador.

Aspectos positivos

- La diversidad (educación, salud, servicios sociales...). La falta, por otro lado, del SAER y de justicia y la falta hoy de sanidad.
- El esfuerzo de sistematización del equipo que también libera para pensar.
- La disponibilidad de un espacio abierto, para pensar, en el que además no nos jugamos “nada” (en otros espacios estamos tomando decisiones sobre los casos...).
- Estamos bastante de acuerdo en el diagnóstico y en el enfoque general del asunto.
- La dinámica estructurada, ágil.

Algo para mejorar?

No señalan nada.