Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM
Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

jornadas andaluzas de salud mental comunitaria

El II Plan Integral de salud mental y el modelo comunitario en Andalucía

Luís Fernández Portes
Psiquiatra. FAISEM

Granada, 13 y 14 de diciembre de 2011

jornadas andaluzas de salud mental comunitaria

SALUD PÚBLICA Y SALUD MENTAL:

PROMOCIÓN DE LA SALUD FÍSICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.

MITOS, REALIDADES Y RETOS.

LUIS FERNANDEZ PORTES

PSIQUATRA

FAISEM

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM

EXISTE UN **PROBLEMA IMPORTANTE DE SALUD PÚBLICA** EN LA POBLACIÓN CON TRASTORNO MENTAL GRAVE,

DEL QUE SE TIENE UN **ALTO NIVEL DE CONOCIMIENTO** (EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LOS FACTORES DETERMINANTES)

Y PARA EL QUE EXISTE UN **ESCASO NIVEL DE INTERVENCIÓN,** CONDICIONADO EN GRAN MEDIDA POR LOS EFECTOS DEL **ESTIGMA** EN EL SISTEMA SANITARIO Y SOCIAL

Existe evidencia científica de que las personas con TMG PRESENTAN un PEOR ESTADO DE SALUD, porque ENFERMAN MÁS y MUEREN ANTES.

1. **ENFERMAN MÁS por > tasas prevalencia enfermedades somáticas que la población general → mayor discapacidad:**
   - **Enfermedades endocrino – metabólicas (2 – 4 veces superior):**
     - **Diabetes.**
     - **Síndrome Metabólico: 'El cuarteto de la muerte': obesidad, diabetes, dislipemia, HTA →**
   - **→ Enfermedades cardiovasculares.**
   - **Enfermedades respiratorias en las que aparecen implicados otros factores además del hábito tabáquico.**
   - **Enfermedades infecciosas por virus hepatitis B y C y VIH.**
   - **Trastorno por abuso de sustancias.**

2. VIVEN 15 AÑOS MENOS que la población general, (tasa de mortalidad 2-3 veces >) debido a:

- **Suicidio: 28%**
- **Accidentes: 12%**
- **Enfermedades somáticas: 60%:**

El riesgo de morir por estas últimas es **bastante superior al de la población general**, muestra una tendencia creciente y se asocia especialmente con:

- **Enfermedades respiratorias: 42'4%**
- **Enfermedades cardiovasculares: 38%**
- **Cáncer: 18'5%**

[F] **FUENTE:** **Documento de consenso de Las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.**

¿QUÉ CONTRIBUYE A ESTO?

La interacción de distintos factores relacionados con:

1. **ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES: hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias), sedentarismo y alimentación inadecuada → ↑ FACTORES DE RIESGO (vascular, metabólico y otros) y ↓ PROTECCIÓN FRENTE A DETERMINADAS PATOLOGÍAS.**

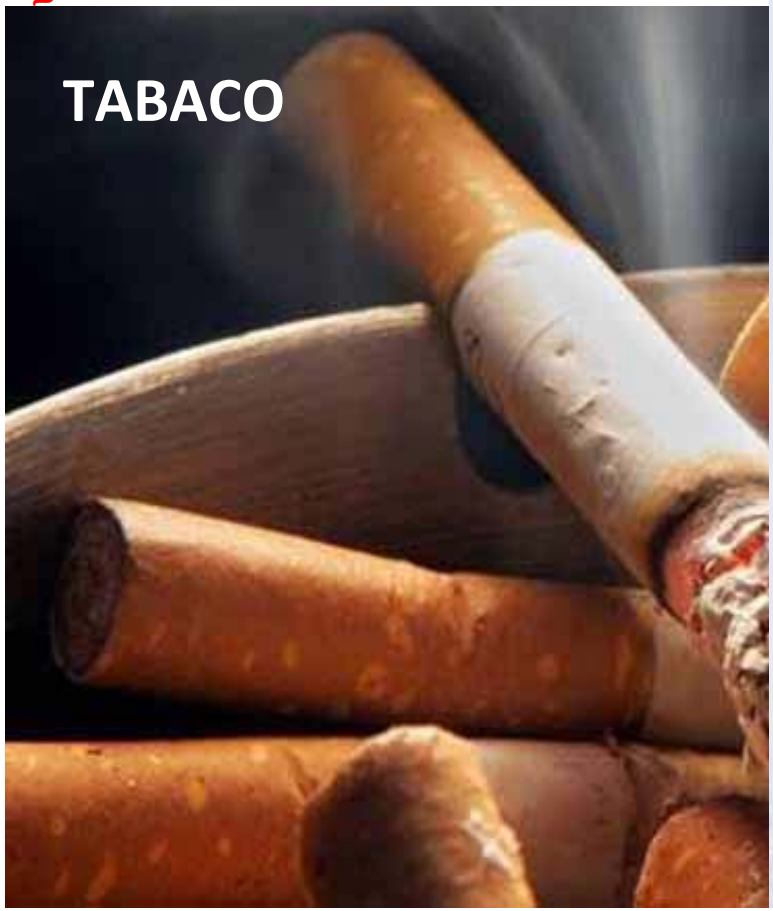
2. **TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS: polimedicación, megadosis, interacciones entre medicamentos y con alimentos, repercusión en otras patologías, efectos secundarios de la medicación.**

3. **ESTIGMA (profesionales del sistema sanitario y social) y AUTOESTIGMA (propias personas enfermas y sus familiares): →**
   - **La patología no mental pasa inadvertida**
   - **Menor accesibilidad a los cuidados adecuados: medidas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.**
   - **Deficiente autocuidado → peor cumplimiento de los tratamientos.**

USUARIOS/AS
FAMILIARES
- Participación
- Responsabilidad
MÁS AÑOS
MÁS SALUD
MÁS CALIDAD VIDA
MENOS
ESTIGMA
- Conocimientos
- Habilidades
- Actitudes
- Aplicación de conocimientos
PROFESIONALES
ADMINISTRACIONES
ORGANIZACIONES
ENTIDADES
- Promoción
- Prevención
- Asistencia
- Medio ambiente

HÁBITOS TÓXICOS

jornadas a



TABAQUISMO (prevalencia en el colectivo 2 – 3 veces > que en la población general; del 95% en personas usuarias de casas-hogar de FAISEM en 2006[F*]). **REPRESENTA EL PRIMER FACTOR INDIVIDUAL DE RIESGO DE ENFERMAR Y ES LA PRIMERA CAUSA AISLADA DE ENFERMEDAD:**

- Cáncer de pulmón (en un 85%), cáncer de la cavidad oral (92% de los casos en varones y 61% en mujeres), cáncer de laringe (83%), de esófago (80%)…, EPOC - enfermedad pulmonar obstructiva crónica (> 90%), enfermedad cardiovascular.

- ES LA PRIMERA CAUSA AISLADA DE MORTALIDAD PREMATURA.

EL CÁNCER ES, EN ANDALUCÍA, LA PRIMERA CAUSA DE MORTALIDAD DEBIDA AL TABACO (independientemente del sexo), SEGUIDO EN IMPORTANCIA POR LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y LAS DEL APARATO RESPIRATORIO.

FUENTE: ANDALUCÍA. Plan Integral de Tabaquismo (2005-2010)

¿Por qué fuman mas las personas con esquizofrenia?

- PARA CONTROLAR SINTOMAS ANSIOSOS
- PARA REDUCIR LOS SINTOMAS EXTRAPIRAMIDALES
- PORQUE LA NICOTINA MEJORA ALGUNOS PROCESOS COGNOSCITIVOS
- PARA OCUPAR EL TIEMPO
- POR LA FALTA DE CONCIENCIA DE PROBLEMA
- PORQUE NI SE PLANTEAN NI CREEN EN LA POSIBILIDAD DE DEHABITUACION
- A NIVEL INSTITUCIONALPOR LA DESACERTADA DISCRIMINACION POSITIVA EN LA PROMULGACION DE DECRETOS CONTRA EL CONSUMO DE TABACO

EL ALCOHOL es una droga con efectos tóxicos, además de otros peligros intrínsecos, como intoxicación y dependencia (Babor y colab, 2003; OMS 2004c).

SI SE CONSUME EN EXCESO, el alcohol puede causar muerte, enfermedades crónicas, accidentes, lesiones y numerosos problemas sociales.

itaria

SEDENTARISMO

DIETA NO EQUILIBRADA

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social
de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM

SEDENTARISMO y **DIETA NO EQUILIBRADA** (hipercalórica, rica en grasas y azúcares, y pobre en frutas y verduras, en el caso de este colectivo).

- ↑ **FACTORES DE RIESGO (sobrepeso, obesidad, dislipemia, hiperglucemia, aumento de tensión arterial) para determinadas enfermedades: patología coronaria y cardiovascular, HTA, diabetes 2, síndrome metabólico, algunos tipos de cáncer: colon, mama, próstata[A] y estómago[A], y muerte prematura[B] (EVIDENCIA CIENTÍFICA FUERTE Y CONSISTENTE[F]) .**

A. Evidencia sólo en relación a la alimentación.

B. Evidencia sólo en relación al sedentarismo.

[F]FUENTE: ANDALUCÍA. Consejería de Salud. Guía de recomendaciones para la promoción de la actividad física.

ANÁLISIS SITUACIÓN AFAE EN PERSONAS CON TMG EN ANDALUCÍA

FUENTE: Andalucía. Consejería de Salud. Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave. Análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física. 2011.

RECURSOS ANALIZADOS EN ALIMENTACIÓN: 14 CTSAS, 47 CH y 168 VVSS FAISEM

PERSONAS ANALIZADAS EN PRÁCTICA ACTIVIDAD FÍSICA: 450 CTSAS + 729 CH + 429 VVSS + 565 asociaciones usuarios/as y familiares (8) = 2.173 personas con TMG

PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN ALIMENTACIÓN

- Problemas fisiopatológicos asociados a una incorrecta alimentación
- Riesgo de accidentes (atragantamientos)
- Hábitos alimentarios inadecuados: ingesta entre horas, consumo de alimentos no saludables (golosinas, refrescos azucarados, bollería, etc)
- Falta de conocimiento sobre alimentación equilibrada, mitos y creencias erróneas
- Organización y presentación de las comidas (monótonas, poco variadas, sin posibilidad de elegirlas)

CONCLUSIONES ORGANIZACIÓN COMIDAS EN DISPOSIT.

- **En CT SAS:**

  - Provisión y elaboración: gran mayoría hospital referencia

  - Margen de mejora:

    PRESENTACIÓN

    ADAPTACIÓN MENÚS A INGRESOS LARGA DURACIÓN

- **En CH FAISEM:** Provisión y elaboración:

  Cocinero/a en el dispositivo (66%)

  Catering (30%)

  - + fácil subsanar limitaciones

- **En VVSS:** Provisión y elaboración: gran variedad de fórmulas + no presencia permanente de profesionales

  - + complejo subsanar limitaciones

CONCLUSIONES PRÁCTICA ACTIVIDAD FÍSICA

- Del 50 al 62% de las personas de CT y dispositivos de FAISEM, practican algún tipo de actividad física organizada. Del 40 al 50% NO PRACTICAN AF.
- Las MUJERES realizan MENOS actividad física que los hombres. Donde más en las CH (60%). Donde menos en las VVSS (39%)
- La ACTIVIDAD MÁS REALIZADA con gran diferencia con las demás, en los DISPOSITIVOS Y ASOCIACIONES, es el PASEO, con una participación parecida de hombres y mujeres. Ésta es SEGUIDA POR LA GIMNASIA DE MANTENIMIENTO, el DEPORTE EN EQUIPO, el BAILE y la NATACIÓN
- MÁS DE LA MITAD de las personas de los DISPOSITIVOS practican AF DE 2 A 5 VECES POR SEMANA.

2. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

POLIMEDICACIÓN, MEGADOSIS, INTERACCIONES , REPERCUSIÓN EN OTRAS PATOLOGÍAS, EFECTOS SECUNDARIOS.

-Alteración del estado nutricional al provocar efectos sobre el apetito: anorexia, aumento apetito.

El aumento de peso en relación con los antipsicóticos, es un efecto adverso bien conocido de estos medicamentos, que afecta de forma frecuente a los pacientes con TMG. No se ha demostrado una relación dosis respuesta y además existe una marcada variación interindividual.

Sin embargo, otros fármacos como topiramato, zonisamida, fluoxetina, bupropion y loxapina se han utilizado en cambio para la reducción de peso.

Algunos de los FÁRMACOS CON MAYOR RIESGO DE PRODUCIR AUMENTO DE PESO, son:

ANTIPSICÓTICOS – Clozapina, Olanzapina.

ANTIDEPRESIVOS – Amitriptilina, Doxepina, Mirtazapina.

ANTIEPILÉPTICOS - Ácido Valproico

- Disminución de secreciones. Destacamos por su importancia la xerostomía (sequedad oral), consecuencia de la disminución de secreciones de las glándulas salivales. La boca seca provoca pérdida del sentido del gusto y, de forma prolongada, puede generar caries y pérdida de piezas dentales, trastornos gingivales, estomatitis y glositis, así como un desequilibrio nutricional y una perdida no deseada de peso.

LA MALA SALUD BUCODENTAL ES UN PROBLEMA DE GRAN PREVALENCIA EN PERSONAS CON TMG

USUARIO Nº 1 - CASO REAL

Edad: 52.

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide continua.

Años de evolución: 22.

TRATAMIENTO: 4 TIPOS DE ANTIPSICÓTICOS DIFERENTES. POLIMEDICACIÓN. MEGADOSIS. MALA PRAXIS Y UTILIZACIÓN ANTICIENTÍFICA DE LA PAUTA FARMACOLÓGICA.

13 COMP/ DÍA + 'si precisa'

¡OJO!: OLANZAPINA, VALPROATO SÓDICO , LEVOMEPROMACINA

RIESGO AUMENTO DE PESO.

JUNTA DE ANDALUCIA
SALUD MENTAL
ALMERÍA

Ficha de tratamiento

DISPOSITIVO:

Nombre _____ **Fecha** 8-8-2011

Medicamento	Desayuno	Comida	Cena
DEPAKINE 500 CAPS	0	0	1
SOLIAN 400	1	0	1
HALOPERIDOL 10 Gotas	1/2	0	1
SINOGAN 100	1/4	1/4	1/2
RIVOTRIL 2	1/2	1/2	1
OLANZAPINA 10	1	1/2	1

Recomendaciones: (DIRAYA). Potestad dentro de su psicopatología. Ideas delirantes. Crónico. Pido Guetat ambulatorio

Cita 7 meses.

Dr. D. Diego R. Dueñas Alonso
CNP: 00/0099249/18

FICHA DE TRATAMIENTO

FECHA: 08/08/11

MEDICAMENTO	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA
ZYPREXA 10 VELOTAB	1	0	1
ZYPREXA 5 VELOTAB	0	1	0
DEPAKINE 500	0	0	1
HALOPERIDOL	1/2	0	1
SINOGAN 25	1	1	0
SINOGAN 100	0	0	½
SOLIAN 400	1	0	1
RIVOTRIL 2	½	½	1
OMEPRAZOL	1	0	0

OBSERVACIONES: S/P: **Noctamid** para dormir
Sinogan 25 si agitación

USUARIA Nº 2 - CASO REAL

Edad: 40.

Diagnóstico: Trastorno bipolar +
Hipotiroidismo +
Psoriasis

Años de evolución: 23.

TRATAMIENTO:

21'5 COMP/DÍA + 'si precisa'

¡OJO!: PLENUR (LITIO) ⟶ RIESGO AUMENTO DE PESO.

JUNTA DE ANDALUCIA
SALUD MENTAL
ALMERÍA

Ficha de tratamiento

DISPOSITIVO:
Nombre Do **Fecha** 21. 9. 2011

Medicamento	Desayuno	Comida	Cena
EPANUTIN	1	0	1
PLENUR	1	0	2
SEROQUEL 300 Prolong	1	0	1
LAMOTRIGINA 100	1	0	1
RIVOTRIL 2	1	1	1
GABAPENTIN 400	1	1	1

Recomendaciones: HALOPERIDOL 10 (1/2 - 1/2 - 1/2)
Paciente a ambulatorio.
(Urgencia). Mejora a nivel conductual y ausencia de ideas en el centro.
(Cita 7 días).

FICHA DE TRATAMIENTO

FECHA: 21/09/11

MEDICAMENTO	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA
EPANUTIN	1	0	1
PLENUR	1	0	2
SEROQUEL 300 PROLONG	1	0	1
LABILENO	1	0	1
RIVOTRIL 2	1	1	1
GABAPENTINA 400	1	1	1
ARMAYA F	1	1	1
OMEPRAZOL	1	0	0
HALOPERIDOL	½	½	½
EUTIROX	0	0	1
INHALADUO	1	0	1

OBSERVACIONES: S/P: **Dormicum 7.5** para dormir

PSICOFÁRMACOS Y BUENAS PRÁCTICAS

Búsqueda de la dosis minima eficaz

Seguimiento adecuado a la gravedad (polifarmacia, megadosis, otras patologías etc)

Evitar la combinación injustificada de neurolépticos

Utilizacion preferente de dosis única nocturna

Combinar farmacoterapia con psicoterapia y rehabilitación psicosocial

3. ESTIGMA y AUTOESTIGMA

EL ESTIGMA HACE QUE SÓLO SE VISUALICE LA ENFERMEDAD MENTAL. 'Totaliza' a la persona y únicamente deja ver los problemas de la MENTE, ocultando los del CUERPO.

Los PREJUICIOS y FALSAS CREENCIAS en torno a la RECUPERACIÓN de las personas con TMG → FALTA DE ATENCIÓN A LA SALUD FÍSICA.

SITUACIONES FRECUENTES:

- **'No se lo explico porque no me va a entender'** (no información adecuada en servicios salud mental sobre efectos secundarios o interacciones de fármacos, por ejemplo).

-Inseguridad en las consultas de atención primaria y especializada por temor (estereotipos de violencia y rareza), sobre todo cuando no se conoce al paciente. El/la médico/a de familia no asume con este colectivo el rol de 'director/a de orquesta' para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los problemas de salud.

- Patologías físicas invisibles por la gran etiqueta que supone el diagnóstico de enfermedad mental: interpretación errónea de síntomas somáticos como manifestación del trastorno mental, o como producto de la invención del paciente, por ejemplo (en los distintos niveles del sistema sanitario).

- Ausencia de prácticas tan básicas y necesarias como la revisión en atención primaria de las interacciones o efectos secundarios de los medicamentos (ejemplo: litio / hipertensión arterial).

-**Demandas** realizadas por personas con TMG **no son atendidas** en los dispositivos de salud mental: **cambio de antipsicótico (gran aumento de peso** en poco tiempo, **disfunción sexual** u otros efectos secundarios) → no vías de comunicación → **abandono del ttº.**

- **Derivación automática a psiquiatría y no a la atención que requiera la dolencia física** por la que ha acudido a los servicios de salud, **especialmente en** el caso de los **servicios de urgencia** → **infrautilización de intervenciones diagnósticas y menosprecio del problema somático.**

- **Requerimientos inadecuados y trato desigual con la población general,** especialmente en hospitalización no psiquiátrica: **propuestas de intervenciones con anestesia general (creencia de falta de colaboración), acompañamiento durante las 24 horas.**

-Se subestiman las posibilidades de estas personas para llevar una vida sana y significativa socialmente, por lo que el sistema sanitario no actúa en igualdad de condiciones que con la población general en la promoción de hábitos de vida saludables.

CULTURA BASADA EN LA ENFERMEDAD (específicamente en la mental) → NO PROMOCIÓN DE SALUD

EL ESTIGMA AFECTA A TODA LA SOCIEDAD. INCLUSO ALGUNA LEY LOS DISCRIMINA: la Ley del tabaco de 2005 eximía de la prohibición de fumar en los centros para enfermos mentales. Fue modificada por la de 2010: igual a población general.

-A pesar del **alto consumo de tabaco** de las personas con TMG, **apenas se está comenzando a desarrollar programas** que favorezcan la **deshabituación** (reticencias en profesionales **por falsas creencias:** los **efectos** de la **deshabituación** en la **estabilidad** del paciente, la **nicotina alivia** el malestar emocional, el **tabaquismo** es **considerado** un **problema secundario frente al TMG).**

LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

MULTIPLICAN

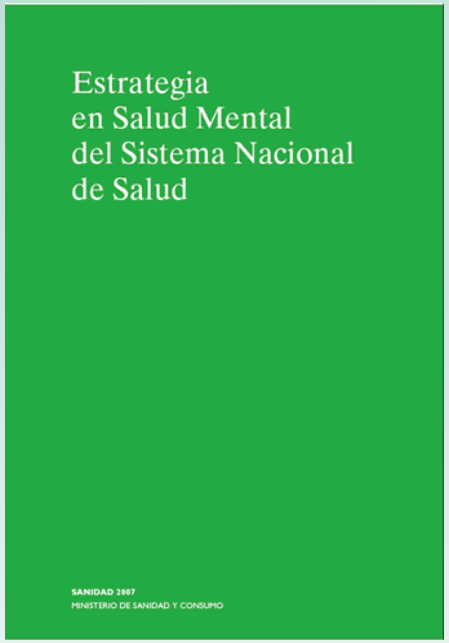
LAS POSIBILIDADES DE ENFERMAR

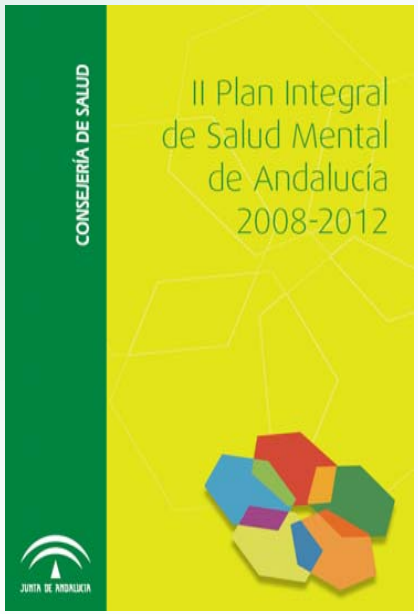
RETOS, OPORTUNIDADES, OBJETIVOS e INTERVENCIONES

1. **PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN:**
   - **REDUCCIÓN O ABANDONO DEL CONSUMO DE TÓXICOS:**
     - **Tabaco: Dejar de fumar reduce la mortalidad a la mitad de la de aquellos que continúan fumando.**
     - **Alcohol.**
     - **Otras sustancias.**
   - **ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, ACTIVIDAD FÍSICA:**
     - **Fomento de una alimentación adecuada y aumento de la práctica de actividad física (modificación de hábitos alimentarios, reducción del peso corporal y vida activa).**
2. **CONTROL DE LOS EFECTOS DE LA MEDICACIÓN.**
3. **CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DE LAS PATOLOGÍAS SOMÁTICAS: HTA, diabetes, dislipemia, síndrome metabólico, etc.**
4. **MEDIDAS DE LUCHA CONTRA EL ESTIGMA EN EL SISTEMA SANITARIO.**

jornadas andaluzas de salud mental comunitaria

Marcos de referencia





FAISEM programas de apoyo social

PLAN de calidad

2006_2010

Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

Andalucía al máximo

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM

El PROGRAMA RESIDENCIAL DE FAISEM COMO MARCO PARA LAS INTERVENCIONES EFECTIVAS

- **Cuidados continuos**
- **Espacios privilegiados de observación y seguimiento**
- **Protocolización individual de las actuaciones**
- **Realización de programas de sensibilización y deshabituación al atabaco**
- **Investigación evaluativa de los programas**
- **Intervenciones basadas en el conocimiento**
- **La lucha Inter e intrainstitucional contra el estigma**

Los Programas de Soporte Diurno de FAISEM como oportunidad para mejorar hábitos de vida saludable

- Porque permiten desarrollar programas de educación para la salud
- Fomentan las actividades relacionadas con el ejercicio y el deporte
- Contemplan las actividades externas que implican ejercicio físico
- Ofrecen la posibilidad de realizar comidas que garantizan dietas saludables
- Espacios idóneos para grupos de deshabituación al tabaco
- Utilizacion del tiempo en ocupación, formación y preparación para el empleo

- **Para decidir sobre que necesidades se va a intervenir, hay que tener en cuenta:**

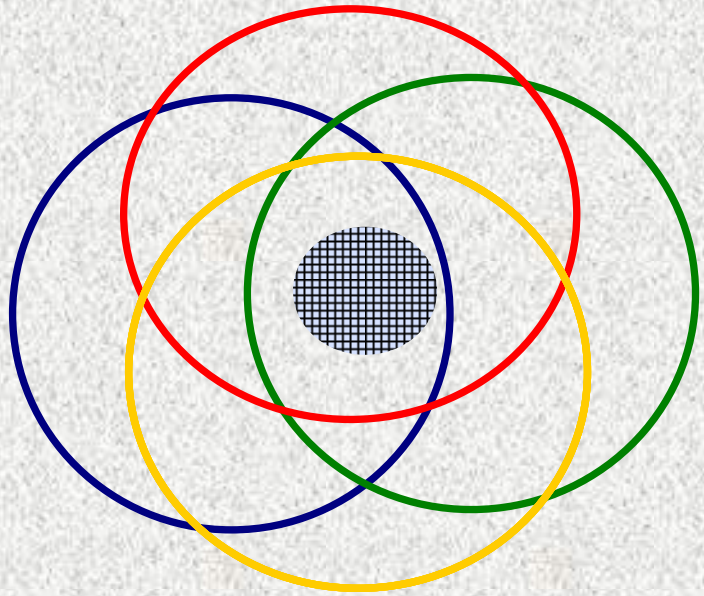
El nivel de prioridad para intervenir

El nivel de disponibilidad de la intervenciones

- **El nivel de consenso entre profesionales**

El grado de percepción del usuario/a

El contexto



NIVELES DE DISPONIBILIDAD DE LAS INTERVENCIONES,

Tenemos que diferenciar:

las plenamente disponibles tanto en el programa residencial como en otros servicios de la red de atención sanitaria y social

las disponibles pero con dificultades de accesibilidad

las deseables pero aún no existentes (en ese caso no se podría hablar de "necesidad" sino de problema o deficiencia)

RECOMENDACIONES GENERALES EN ACTIVIDAD FISICA:

- Incluir la actividad física en la rutina diaria.
- Combinar las actividades a lo largo de la semana e incluso en el mismo día.
- Incrementar paulatinamente la frecuencia, duración e intensidad hasta alcanzar objetivos razonables.
- Incluir ejercicios de flexibilidad, relajación de orientación fisiológica y respiración.
- Convertir la práctica de la actividad física en una actividad social.
- Si hace tiempo que la persona ha dejado la práctica de la actividad física, comenzar por un nivel más bajo y aumentar la intensidad, duración y frecuencia paulatinamente.
- Realizar actividad física en casa si no puede salir de ella por cualquier motivo.

Cont. Actividades
de INTENSIDAD LIGERA

jornadas andaluzas de salud mental comunitaria

PROYECTO 'POR UN MILLÓN DE PASOS' (PERMITE: actividad ligera, moderada o vigorosa)

Cont. Actividades de INTENSIDAD MODERADA

ALGUNAS CONCLUSIONES

- **Es necesario recuperar años de vida mediante hábitos saludables**
- **La Promoción y prevención son necesarias pero no suficientes, la atención debe superar además condicionantes de discriminación y estigma**
- **Se deberían realizar estudios de prevalencia, morbilidad y mortalidad de personas con TMG en Andalucía**
- **Son necesarios programas específicos de intervención y evaluarlos**
- **El único especialista no puede ser el psiquiatra**
- **Las personas con TMG pueden dejar de fumar**
- **Hay que compartir la responsabilidad, las decisiones y las tareas entre Administraciones, Profesionales y Personas usuarias de los servicios**

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM
Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

jornadas andaluzas de salud mental comunitaria

El II Plan Integral de salud mental y el modelo comunitario en Andalucía

Granada, 13 y 14 de diciembre de 2011