

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES TRAS EL II FORO DE LA CV SOBRE EL TB “VALENCIA 2022”

En el marco del transcurso de este foro con el programa establecido:

De 9'00 a 09'30 **Apertura y Bienvenida**

- D^a Isaura Navarro, secretaria autonómica de Salud Pública y del SSP
- D^a Elena Albert, directora general de DF de la CIPI
- Dr. Lorenzo Livianos, jefe de Servicio de Psiquiatría del HUP La Fe
- Dra. Susana Gómez, del Área de Atención a la Ciudadanía del HUP La Fe

De 9'30 a 9'45 **Presentación del libro “Upyori”, de Danka Okunpinska**

- Por la autora y la directora de la F. Quaes

De 9'45 a 10'30 **Ponencia “Últimos avances en la depresión bipolar”**

- Dra. Pilar Sierra, Servicio de psiquiatra de la Fe
 - Dra. Yolanda Cañada, Servicio de psiquiatra de la Fe
- Coloquio

De 10'30 a 11'00 **Descanso – Pausa**

De 11'00 a 11,45 **El Patrimonio protegido de las personas con discapacidad**

- D. Vicente Bernat Issenjou. Abogado de AJUSO. Valencia.
- Coloquio.

De 11'45 a 13,15 **Mesa redonda: Abordaje de pacientes de TB en situación de descompensación aguda**

- Moderador de la mesa, Dr. Josep Ribes (psiquiatra del H. La Fe), (escritos presentados por familiares)
 - Aspectos legales nuevos en las peritaciones, Dr. Carlos Soler (psiquiatra clínico y forense)
 - Abordaje legal de los pacientes con descompensación aguda, Doña María Fuster (abogada especializada en Salud Mental y Discapacidad)
 - La atención psiquiátrica domiciliaria en el TB, Dra. Sonia Vidal (psiquiatra Departamento de la Ribera, Alzira)
 - La unidad hospitalaria, Dr. Luis Rojo Bofill (psiquiatra HU La Fe y secretario de la SPCV)
 - Coordinadora de Salud Mental, Dra. Marien Sánchez (psiquiatra USM de Requena)
 - La Coordinación del CICU. Dra Lola Boix
- Coloquio

CONCLUSIONES FINALES PARA TRABAJAR EN LAS POSIBLES SOLUCIONES HALLADAS EN EL FORO Y PARA COMUNICAR A NUESTRAS CONSELLERÍAS.

De 13'15 **Clausura del II Foro “Valencia 2022”**

- Dra. Pilar Sierra San Miguel, presidenta de la AVTB
- Dr. Josep Ribes Cuenca, vicepresidente de la AVTB

Estas conclusiones serían las que podemos trasladar a las consellerías de Sanidad y a la CIPI:

La sinergia que pretendíamos entre instituciones, profesionales, pacientes y familiares se produjo al estar todos representados. Los pacientes, en esta ocasión, por la presentación de un libro de una enferma de TB. Los profesionales con la actualización de nuevos tratamientos, en el caso de los sanitarios; y en actualizaciones judiciales en el caso de los letrados.

En cuanto a los familiares se representó fundamentalmente en la mesa de “Abordaje en la descompensación aguda del paciente de TB”, ya que a través de cartas de varios familiares contando la difícilísima situación que viven en estas situaciones ha sido la línea conductora de la visión de los diferentes profesionales que la formaban.

Ante las problemáticas planteadas realmente no hay una respuesta clara, ni protocolizada que atienda esta realidad tan traumática para todos. Y es poner “el dedo en la llaga” lo que hemos pretendido hacer para impulsar respuestas y soluciones a través de este Foro.

Desde luego la situación se muestra compleja y poco atendida, ya que la falta de conciencia de enfermedad del paciente así la produce. Viéndose las familias abocadas a un sufrimiento inconmensurable y los pacientes a cometer comportamientos de los que es muy difícil salir, aún tras su recuperación.

Siempre debemos incidir en la complejidad de los trastornos afectivos en general, complejidad diagnóstica y terapéutica, así como su interrelación con aspectos socioculturales, ambientales o familiares que influyen de forma importante tanto en la evolución como en la respuesta al tratamiento. Cuanto mayor sea su relación con rasgos anómalos de personalidad, adversidad y/o insuficiencia social, disfunción familiar, etc. más estrategias terapéuticas se precisan para su abordaje. Por lo que la terapia psicofarmacológica como único tratamiento es insuficiente para la mejora clínica del paciente, debiendo atender también más aspectos para una mejor consecución del abordaje integral de la persona afectada de bipolaridad.

Resultado de los temas abordados en este II Foro, las propuestas que solicitamos a modo de conclusiones son las siguientes:

1) EN EL ÁMBITO SANITARIO

Las familias solicitan: tener protagonismo en estas situaciones, sencillamente escuchándolas o escribiendo (crear protocolos escritos) sobre lo que está sucediendo en la realidad de la vida del paciente y que no puede ver por la propia enfermedad; dando a conocer a través de un escrito, que puede estar ya definido, la situación y dirigido a varios sectores (ya que la nueva legislación vigente lo propicia):

- Al centro de Salud Mental, dirigido a enfermería
- Al centro de Atención primaria, dirigido a trabajador/a social
- En cuanto a la atención de las urgencias (112) preparación de los sanitarios para saber que “las apariencias engañan” y que si hay volante del psiquiatra con indicación de ingreso debe hacerse efectivo. Coordinación por el CICU.

2) EN EL ÁMBITO SOCIAL

- La atención por equipo multidisciplinar en el domicilio de las familias afectadas. Con trabajador/a social del municipio y psicólogos incorporados, que puedan informar a su vez de la situación.

3) EN EL ÁMBITO JUDICIAL (en caso de necesidad)

- Informe en caso de conducta pródiga. Y que pudieran trascender a entidades bancarias o comerciales.
- Informes de la situación de posibles delitos cometidos en este contexto
- Dictamen de medidas de protección, si ha lugar, o dictaminar tratamiento involuntario
- Y juicios rápidos, si ha lugar también

Crear esta infraestructura de rápida actuación para estos casos de descompensación.

4) EN EL ÁMBITO DE LA PREVENCIÓN

- Mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico con análisis farmacogenéticos que atenderían una medicina personalizada y de precisión
- Hay servicios de farmacogenética en el H. La Fe; de psiquiatría especializada en TB en el Hospital La Fe, por lo que es viable este proyecto
- Seguimientos de evolución de los pacientes, pautados y por requerimiento de descompensaciones agudas.
- Prescribir medidas complementarias a las farmacológicas
- Que el objetivo de evitar tan elevados sufrimientos en los pacientes y familiares se vean reflejados en estas medidas preventivas
- Que estas actuaciones faciliten las coordinaciones sanitarias, sociales y jurídicas.

PROPUESTA DE CREAR UNA HOJA INFORMATIVA PARA LOS CENTROS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA:

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR EN FASE DE DESCOMPENSACIÓN AGUDA (SUGERENCIA):

Nombre del/de la solicitante, DNI, teléfono:

Nombre del/de la familiar con TB, y DNI:

Psiquiatra que le atiende en la USM (Unidad de Salud Mental):

Nombre de la USM y ubicación:

Con la mayor brevedad describir las acciones que la persona afectada de TB acomete

Relato de hechos que observa el/la familiar:

- Sobre sueño (horas de sueño al día en los últimos 7 días):
- Sobre conducta pródiga (gastos descontrolados): SI/NO
- Agresividad (verbal): SI/NO
- Violencia física: SI/NO
- Irritabilidad/agitación: SI/NO
- Ansiedad (inquietud, nerviosismo): SI/NO
- Hiperactivo/hablador en extremo: SI/NO
- Delirios (ideas inoportunas): SI/NO
- Consumo de tóxicos (cuales):
- Adherencia a la medicación (se ha dejado la medicación): SI/NO
- Conducta temeraria (riesgos para sí mismo y/o su entorno):

- Amenazas a la familia (de qué tipo):

Observaciones:

Fecha y firma

ADJUNTAMOS OTRAS CONCLUSIONES DE INTERÉS EFECTUADAS POR EL PERSONAL SANITARIO REFERIDAS A LA MESA REDONDA Y QUE LA JUNTA DIRECTIVA HA APROBADO:

El texto que se presenta es un resumen de las intervenciones de esta mesa, que estimamos que puede ser útil para describir las dificultades que se encuentran los pacientes, familias y profesionales para el abordaje de este grave problema de salud pública en nuestro medio. Consideramos que debe dársele una difusión mayor que la tuvo en el acto público para abrir una reflexión sobre la práctica que se está realizando para atender a pacientes con descompensaciones graves de su TB..

El presente informe resume las intervenciones de los ponentes, presenta las conclusiones y propone acciones para aumentar la pertinencia, coordinación y eficacia de estas actuaciones

METODOLOGÍA DE LA MESA REDONDA

En las sesiones psicoeducativas que organiza la AVTB se propuso que las familias nos hicieran llegar descripciones reales y actuales de asistencia a pacientes familiares afectados por una descompensación aguda de su TB. Se seleccionaron aquellos que muestran las dificultades y quejas habituales de las familias en estas situaciones. Se transcriben literalmente con la salvedad de cambios que pretenden garantizar la confidencialidad de los implicados. Como se verá, los relatos incluyen la frustración y enfado de los implicados en estas dificultades ante una aparente falta de compromiso de los estamentos sanitarios en intervenir con presteza.

Estos casos fueron leídos a los ponentes y se realizaron las preguntas que suscitan a los profesionales intervinientes, implicados en los distintos contextos de asistencia sanitaria a estos pacientes y sus familias.

Los ponentes fueron los siguientes profesionales:

1ª- María Fuster, abogada especialista en salud mental y discapacidad

2ª- Carlos Soler, psiquiatra. Unidad de Salud Mental (USM) de Trinitat. Especialista en psiquiatría forense

3ª - Marién Sánchez, psiquiatra. Coordinadora de la USM de Requena

4ª – Sonia Vidal, psiquiatra. Responsable de la Unidad de Atención Domiciliaria de la USM de Alzira

5ª – Lola Boix, subdirectora médica del Servei d'Emergències Sanitàries de la Comunitat Valenciana (SESCV),

6ª - Luís Rojo Bofill, psiquiatra. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de agudos, Hospital La Fe. Secretario de la Sociedad Valenciana de Psiquiatría.

Moderó la mesa redonda Josep Ribes, psiquiatra, vice-presidente de la AVTB.. Unidad de TB y Afectivos refractarios. Unidad de psicogeriatría y trastornos neurocognitivos.

Posteriormente, se abrió un turno de preguntas y debate.

Las conclusiones y propuestas que se presentan se elaboraron a partir de la transcripción de las intervenciones y las conclusiones que se presentan se consensuaron en la Junta Directiva de la AVTB.

CASOS

CASO 1

Relato de una madre de persona diagnosticada de TB

Estado de la paciente con mucha ansiedad, taquicardias, alteraciones digestivas y pérdida muy significativa de peso.

Conductualmente: no toma la medicación desde hace mucho tiempo (años) porque piensa que la población en general vive engañada y drogada por los médicos. Sin embargo, ella posee la verdad que no es otra que la sanación por medios naturales, meditar y entender por qué estamos enfermos y documentarse mucho.

Con los medicamentos lo único que se consigue es tapar el problema, pero no solucionan nada. También ha llegado a verbalizar que estaría dispuesta a morir por los demás, “sufrir todo lo necesario con el objetivo de transmitir la verdad, ir en busca de ella”. Está recluida en su habitación y no sale de casa desde hace meses.

Los padres ante esta situación de cambio de conducta y falta de conciencia de enfermedad se ponen en contacto con su psiquiatra (quien llevaba sin ver a la paciente desde hacía años) y les dijo que tener ideas o creencias erróneas no eran signos propios de la enfermedad, por lo que poco se podía hacer y nos remitió a la unidad domiciliaria del hospital.

En ésta también dijeron que poco podían ayudar ya que el protocolo les impide actuar sin el consentimiento del paciente amparándose en que “son las nuevas normas” porque han de autorizar y consentir el tratamiento en el domicilio la propia enferma, y el de los padres no es suficiente.

Y mientras, la salud de nuestra hija cada vez más deteriorada. No sale de su habitación sin dejar que se limpie y sin comunicación con los demás y permaneciendo con sus ideas delirantes.

También llamamos al SAMU para ver si pudieran ingresarla y que le hicieran una evaluación psiquiátrica en el hospital. Tampoco lo conseguimos, dijeron que debía pasar algo gordo con riesgo para ella o los demás para su ingreso. El que estuviera en su habitación durante meses sin salir, ni todos sus delirios fueron suficientes.

Al fin, con una angustia indescriptible por nuestra parte conseguimos llevarla al hospital con la excusa de estudiar sus taquicardias y bajada de peso. Fue una hospitalización forzosa, pero permitió que le hicieran varias pruebas y le

medicaron en psiquiatría. Las pruebas todas salieron bien, pero a los 15 días le dieron el alta sin ningún cambio en su estado. Y le indicaron seguimiento por la atención psiquiátrica domiciliaria.

La cual, al personarse en nuestro domicilio, le pidieron permiso a mi hija para administrarle un medicamento inyectado que, por supuesto se negó, de manera que seguimos igual.

Nos sentimos abandonados por el sistema sanitario, mi hija abocada a una situación de deterioro progresivo sin poder hacer nada. Además, nos cuentan que ese estado le provoca daños en su cerebro. Estamos muy desanimados por el sufrimiento que causa todo esto en todos nosotros, a mi hija y al resto de la familia. El sistema no nos da la atención que necesitamos. El ingreso que tuvo realmente no resolvió nada, más que añadir un trauma a mi hija, no parece que haya esperanza para ella. Y fuera del hospital nada podemos hacer mientras no tenga conciencia de enfermedad... y puede que eso no ocurra nunca.

Caso 2

Nos cuenta una madre llena de angustia la situación actual de su hijo de 35 años diagnosticado de TB hace años.

Su hijo ha dejado de pronto un buen trabajo en un buen puesto correspondiente a su formación universitaria porque lo que tiene que hacer él es tocar la guitarra en la calle y en los bares como el resto de sus amigos que recientemente tiene.

Por supuesto, esta persona deja de tomar la medicación porque se encuentra en perfecto estado. Mientras que la madre teme que en cualquier momento pueda pasar algo incluso irreversible.

Consigue que vaya al psiquiatra en su compañía para que le cuente que ha dejado la medicación (tomaba litio que le iba bastante bien) y que junto con sus amigos estaba tomando una sustancia, la ayahuasca. La sorpresa de la madre es que el psiquiatra solamente le dijo "sabes que esto que tomas es como una ruleta rusa cada vez que lo pruebas". Le estaba tratando como a una persona cuerda.

La madre intentó hablar a solas con el psiquiatra al ver que no valoraba el alcance de la situación y le respondió que lo dijera delante de su hijo. Se quedó en shock la madre. Así que lo único que le quedó decir es si lo podía ver cuanto antes a lo que el psiquiatra respondió que, en 6 meses, aun sabiendo que estaba sin medicación.

Por lo que le dejé una nota al psiquiatra para pedirle un informe para poder solicitar en la Fe su atención en la UTB y la respuesta del psiquiatra en llamada telefónica es que es el paciente el que le ha de solicitar ese informe. Cosa que por supuesto no ha hecho.

Y, claro, esta madre se hace todas estas preguntas: ¿estamos ante una enfermedad mental o no? Y se plantea ¿Qué podemos hacer ante una situación así? ¿Soy yo la única que observa la fase de hipomanía de mi hijo?, el psiquiatra no valora que mi hijo haya dejado su trabajo, que toque la guitarra en la calle, y que sea la sustancia esta la que le ha revelado lo que ha de hacer en su vida? Que entre otras cosas es dejar de tomar el litio. De verdad que el psiquiatra ¿lo ve todo normal?

Y, mi hijo me dijo ese mismo día que iba a seguir esa trayectoria porque él no era el peligroso, que era peor escuchar noticias en los telediarios y que le iba a preguntar a la ayahuasca cómo podíamos mejorar la relación entre nosotros.

Yo, mientras tanto, en la asociación intentando aprenderme de que va la enfermedad, intentando aceptar la enfermedad, intentando trabajar mi angustia, intentando que me afecte lo menos posible el ver cómo mi hijo tira por la borda su vida. ¿De verdad este es el camino?

Sigo con mis miedos para cuando entre en fase depresiva y pueda suceder cualquier cosa. Sólo se me ocurre rezar. Me siento muy sola.

Caso 3

Este caso es de una madre de 76 años con su hijo con TB. Ahora convive con ella y su marido (que tiene una enfermedad degenerativa grave) por estar separado. El paciente tiene dos hijos. Y recientemente ha estado durante más de cinco meses en hipomanía a manía.

El discurso de esta persona es bueno por lo que convence. Dice que está muy bien, que por eso no necesita ayuda, es más es él quien reparte ayuda a diestro y siniestro sin mirar gastos ni tiempo. Nadie le controla la medicación que dice que sí toma, aunque la madre comprueba que se la toma de forma muy aleatoria.

Esta mujer intenta que su psiquiatra le adelante la cita, no lo consigue. Se personan el día que ya tenía y está un sustituto que al escuchar al paciente que está muy bien todo lo que le dice es que siga con lo mismo. Lo que le refuerza en su estado de hipomanía, que no detecta, y tampoco permite que la madre se lo exprese.

La familia entonces intenta la vía del 112. Igualmente, el enfermo convence al SAMU que está perfectamente por lo que no le ingresan. Mientras tanto hay conducta pródiga, promiscuidad, relaciones peligrosas con gente poco conveniente, tóxicos, y ayuda desmedida fuera del ámbito familiar.

Por fin, al parecer consiguen convencerle de su ingreso que acepta si es en La Fe. Donde permanece 15 días, pero convence nuevamente al equipo médico y a la familia que debe salir porque ya está bien. Lo consigue. Pero lo que viene después es lo mismo, no toma la medicación que nadie le controla y sigue en hipomanía. Consiguen que le visite la psiquiatra de siempre y sí comprueba su mal estado. Le pauta medicación inyectable y le advierte de un nuevo ingreso de no mejorar.

De esta manera se consigue remitir el estado de hipomanía y ahora está con vergüenza y culpa de todo lo perpetrado anteriormente. También está lidiando otras con la extorsión de las compañías con las que estuvo, el banco tampoco ha respondido al tener conocimiento de la realidad. Esto es que pidió préstamos y ahora ha de devolver.

La familia quiere exponer la difícil situación ya que no ha encontrado el apoyo necesario para llevar la situación con su familiar enfermo, ni tampoco ha encontrado apoyo en las entidades bancarias. Ha tomado la iniciativa de la incapacidad por si vuelve a suceder en un futuro para evitar la dilapidación de los pocos bienes, y, sobre todo, teniendo en cuenta que hay hijos por los que velar y padres mayores a los que también atender por nuestro sistema sanitario y social.

Caso 4

Persona con TB desde hace más de 20 años, que en su discurso está estable y se encuentra muy bien. Pero está en periodo de separación con su pareja que inicia él. A consecuencia de esto deja su domicilio y se traslada a nueva vivienda. El estrés no reconocido por su parte es considerable.

Aparentemente al hablar de su enfermedad con soltura parece que tiene conciencia de la misma. Su discurso es bueno, incluso agradable y seductor.

Va perdiendo paulatinamente el contacto con la realidad detectado en su red de whatsapp. Esta persona no tiene a sus familiares aquí. Por lo que desde la asociación nos ponemos en contacto con él comprobando que evidentemente está en manía por la distorsión de sus palabras al hablar.

Actúa entonces la asociación como si fuera su familiar cercano y nos ponemos en contacto con la policía y el SAMU, más unos socios que le hacen seguimiento personal por no encontrarse en su domicilio. Todo en una labor coordinada.

Se consigue su ingreso y en los primeros días de su estancia hospitalaria, ya con mayor conciencia de lo sucedido quiere salir para suicidarse. Con los días en el hospital va mejorando. Ahora también está con vergüenza y culpa y se aleja de los anteriores círculos donde se relacionaba.

RELATO 5. (Debido a la falta de tiempo y con el objetivo de centrarnos en las dificultades sobre las que había que intentar aclarar, este caso se resumió y no se leyó textualmente)

Este es un relato conmovedor, no hay quejas en este momento, seguramente sí si revisásemos el caso.

Se trata de un padre de 83 años, que convive con su hija de 45 años que padece el TB desde los 15 años, más de 30 años con esta realidad.

En la última sesión de familiares en la asociación nos contó que se había conectado adrede para darnos un mensaje de esperanza.

Nos quería compartir que en los últimos tiempos su hija está estable, y por tanto bien. Que le han acertado el tratamiento y ya los tiempos tortuosos han pasado.

Está muy contento con el nuevo psiquiatra, que lo puede llamar en cualquier momento de duda o de dificultades lo que hace que se sientan amparados. Destacan del profesional su firmeza, mantiene la medicación a rajatabla y les da explicaciones para entender lo que ocurre.

Les hace sentirse confiados y en buena armonía.

Nos decía que debemos mantener la esperanza, pues en su caso tras 30 años ahora por fin ha llegado una convivencia con su hija como nunca y la está disfrutando.

A la vez, la hija manifiesta los mismos sentimientos respecto al padre, en el grupo de la asociación de enfermos.

También hay experiencias gratas...

CUESTIONES PLANTEADAS Y RESPUESTAS:

Los casos plantean las siguientes dificultades por orden cronológico:

- En el contexto general legislativo, respecto a la intervención sanitaria en pacientes sin conciencia de enfermedad con trastornos de conducta.
- En los domicilios de los pacientes descompensados sin conciencia de enfermedad y, por tanto, en las opciones de las familias para poner en contacto al paciente con los estamentos sanitarios y en la comunicación con estos.
- En el Centro de Salud, con sus dificultades para propiciar el tratamiento de los pacientes si no quieren aceptarlo
- En los dispositivos sanitarios (CSM, SAMU) para trasladar al hospital al paciente si requiriera un ingreso por no querer aceptar el tratamiento y las consecuencias de sus trastornos de conducta
- En la unidad hospitalaria para proceder al tratamiento de la descompensación y garantizar en lo posible, la continuidad del tratamiento y la estabilidad del paciente y su posterior derivación a su domicilio y al CSM correspondiente.

Abordaje legal de los pacientes con descompensación aguda

- **María Fuster**, abogada especialista en salud mental y discapacidad
- *¿Han cambiado las normas y el procedimiento de intervención en la indicación de un ingreso urgente – defínalo, por favor.*
- *Resuma los cambios recientes en relación con el procedimiento de incapacitación (María Fuster)*
- La letrada recomendó que no se judicialicen las actuaciones. La actuación judicial en el ámbito de la salud mental es compleja y controvertida por varias razones. En primer lugar, porque hay una contraposición de derechos que deben protegerse: los derechos a la libertad y autonomía de los pacientes y a su salud y protección. En segundo lugar, porque hay un ajuste difícil entre el lenguaje clínico y el jurídico, por ejemplo, en el concepto de *conciencia de enfermedad*.
- No se ha modificado el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que regula el internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí. Por tanto, el médico o psiquiatra que atiende a un paciente y que entiende que por su situación clínica requiere un ingreso urgente, puede indicarlo con la actuación judicial posterior preceptiva para autorizar este internamiento.
- La Ley 8/21 de 2 de junio sí modifica el concepto de incapacitación. En esta ley se pretende la adecuación de nuestro ordenamiento jurídico a la Convención de Nueva York de 2006,

que promulga el respeto a la libre voluntad de las personas con discapacidad para ejercer su capacidad jurídica en igualdad de condiciones respecto de los no-discapacitados. En ella, se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Suprime el concepto de *incapacitado* legalmente y lo reemplaza por el de persona sujeta a medidas de protección. Se reconoce el papel de la familia como “curador natural” en este proceso.

- En relación con el diálogo suscitado a partir de la intervención del siguiente ponente sobre la confidencialidad, la letrada advierte del cuidado que se ha de tener en la redacción de las notas de Abucasis, ya que agencias de la administración pueden estar accediendo a él en el proceso de valoración y concesión de prestaciones sociales.

Aspectos legales de la relación médico-paciente

- **Carlos Soler**, psiquiatra, especialista en psiquiatría forense.
- *Háblenos de la confidencialidad. Especialmente sobre la que tiene derecho el paciente y la relación con su familia, que quiere comunicar datos sobre su conducta*
- *Háblenos del derecho de las familias a ser escuchadas por el psiquiatra.*
- *Tipos de peritaciones solicitadas en el Trastorno Bipolar*

El Dr. Soler recomienda para evitar la conflictividad en la relación psiquiatra-paciente-familia: prevención, prevención, prevención...Para conseguirla es necesario establecer una buena relación terapéutica con el paciente y la familia.

- El paciente tiene derecho a la confidencialidad y la familia a ser escuchada, pero no a la devolución de información sobre el paciente. Una situación especialmente difícil se da cuando la familia nos pide que mantengamos la conversación en secreto.
- Una solicitud de informes periciales frecuente es la dirigida a anular gastos o compromisos legales o financieros contraídos en situación de manía/depresión. En estas situaciones es imprescindible acreditar que se realizaron en periodo de enfermedad y que ésta tuvo una relación directa con el compromiso contraído. Para ello, el paciente y/o su familia deben recopilar informes clínicos sobre ese periodo.
- En el debate posterior se suscitó la cuestión de la responsabilidad contraída por la consulta “indebida” de la historia del paciente – por ejemplo, consulta de Abucasis si no se es el médico asignado-. El ponente aclaró que si no hay dolo y la consulta se hace en interés del paciente, no sería condenable. En su opinión se debe evitar la medicina defensiva que conlleve la inacción del facultativo ante una situación de urgencia.

Atención a la descompensación aguda en una USM de ámbito rural

- **Marién Sánchez**, psiquiatra. Coordinadora de la Unidad de Salud Mental de Requena
- *¿Qué dificultades tiene el psiquiatra para acceder al paciente descompensado si éste rechaza acudir a la USM en áreas rurales - urbanas sin cobertura de Hospitalización Domiciliaria?*
- *¿Qué dificultades de acceso de las familias al psiquiatra del paciente para advertir de descompensaciones y urgencias?*
- *El psiquiatra de zona, ¿puede o debe desplazarse al domicilio del paciente para entrevistarle?*

La Dra. aclaró que el departamento de Requena es el más extenso y disperso de la Comunidad Valenciana y no dispone de atención domiciliaria. El inconveniente de la dispersión se compensa sin embargo, con el conocimiento y cooperación de los vecinos, de los médicos de cabecera, los alcaldes y las fuerzas de orden público que facilitan la intervención en una situación de urgencia médica. Sí que tienen problemas con los traslados al hospital de referencia de hospitalización psiquiátrica (Hospital General Universitario):

- Hay municipios colindantes de la Comunidad de Castilla- La Mancha adscritos al área de Requena por un convenio que se estableció en su día con el INSALUD, con las correspondientes dificultades de competencia entre los sistemas de transporte en ambulancia. Ha habido intercambio de ambulancias en la “frontera” de ambas administraciones regionales.
- En ocasiones, el SAMU requiere confirmación de la existencia de camas en el hospital de referencia antes de proceder al traslado. La confirmación está dificultada por los problemas de comunicación con el hospital de referencia. Dada la situación de urgencia no se consigue la información con la agilidad necesaria.
- Falta de flexibilidad en la utilización de recursos. Se requiere la intervención de una ambulancia con soporte vital para un paciente que acepta el traslado y tiene buena salud “somática” y se ha de esperar a la disponibilidad de un SAMU por normativa.

Atención psiquiátrica domiciliaria en el TB

Sonia Vidal, psiquiatra. Responsable de la atención psiquiátrica hospitalaria en el Departamento de Alzira.

- *¿Qué opciones tiene un médico de urgencia o psiquiatra en el domicilio del paciente si éste no quiere ser entrevistado o tratado?*
- *¿Qué protocolo de intervención tiene el SAMU ante una indicación de ingreso urgente por parte de un psiquiatra o un médico de urgencias?*
- *¿Depende el traslado de un paciente a urgencias de que haya o no situaciones de agitación o agresividad evidentes en el momento de la intervención?*

La doctora aclaró que el modelo de hospitalización domiciliaria psiquiátrico tiene como modelo el de hospitalización domiciliaria de Medicina Interna, que es voluntario. Su unidad se atiene al de atención psiquiátrica domiciliaria que se adscribe al modelo asertivo-comunitario. Funciona como una estructura de enlace entre pacientes que han perdido el contacto con la Unidad de Salud Mental o no lo han establecido aun y la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica o de otros recursos.

Explicó que en la situación de un paciente descompensado que requiere un ingreso, la colaboración entre el paciente-familia, USM, Unidad Hospitalaria y la intervención de las unidades de atención domiciliaria es imprescindible.

Recomendó que ante la indicación de ingreso debe coordinarse previamente contactando con el CICU (Centro de Información y Coordinación de Urgencias) para el traslado del paciente y con el hospital de referencia para su ingreso. La USM informará de la situación previa de seguimiento del paciente. La familia, de los cambios de conducta del paciente y el responsable de la atención domiciliaria, de su estado clínico su grado de colaboración y posibilidad de continuar con el tratamiento ambulatorio.

Cualquier médico que intervenga y por supuesto, el psiquiatra ambulatorio puede y debe indicar el ingreso urgente si estima que la situación clínica lo requiere. Si se indica el ingreso urgente, el SAMU debe proceder al traslado del paciente.

Estas afirmaciones fueron corroboradas por la Dra. **María Dolores Boix García**, subdirectora médica del Servei d'Emergències Sanitàries de la Comunitat Valenciana (SESCV), presente en la sesión, que accedió a intervenir para matizar y aclarar las preguntas acerca del traslado de pacientes en situación de urgencia.

Para poder intervenir entrevistando al paciente en su domicilio, es necesario que alguien franquee la entrada al personal de atención domiciliaria. Si no, es imprescindible la autorización judicial para entrar en el domicilio. Con la indicación de ingreso urgente por parte de un médico o psiquiatra se debe proceder al traslado del paciente.

La falta de agitación o agresividad de un paciente en su domicilio no impide su traslado al centro hospitalario. Si no hay indicación de ingreso urgente, el traslado depende del criterio del médico del SAMU, que no procederá al traslado si ha de forzar a un supuesto paciente tranquilo y colaborador que no accede a acompañarlo. Por ello, se recomienda a las familias que antes de llamar al SAMU ante una descompensación de su familiar, obtengan un informe de indicación de ingreso urgente por parte de su psiquiatra ambulatorio o domiciliario.

Criterios de ingreso y alta de pacientes descompensados en la Sala de Hospitalización Psiquiátrica

Luís Rojo Bofill, psiquiatra. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Secretario de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana.

- *Criterios de Ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de un paciente en situación de descompensación aguda. Importancia de la información familiar en el ingreso. Procedimiento adecuado para dar esta información.*
- *Criterios de alta desde la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de un paciente en situación de descompensación subaguda. Importancia de la información familiar en el alta.*
- *Utilidad de las alternativas de transición entre el ingreso en la sala y el domicilio*

El Dr. Rojo recuerda que la decisión del ingreso hospitalario urgente corresponde al médico de guardia. En general, se intentan evitar los ingresos por varias razones. La limitación de camas en relación con la población y la demanda es un condicionamiento fundamental. Además, los pacientes viven una situación de incomodidad personal y ambiental agravada por la involuntariedad en ingresos urgentes. Siendo el ingreso un recurso limitado, también hay una cuestión de equidad y justicia en la consideración de los ingresos y altas. Por estas razones, los criterios prácticos por los que se conduce en urgencias para los ingresos y las altas, son los siguientes:

- Ingresan los pacientes que no pueden dejar de estar ingresados. Se les da el alta a los pacientes que pueden no estar ingresados

El ponente reconoció el esfuerzo de los compañeros de los dispositivos ambulatorios para ver a sus pacientes descompensados acercando las visitas o sobrecargando sus agendas y horarios para evitar ingresos.

En el debate se insistió en si se considera con suficiente atención la conciencia de enfermedad del paciente para indicar el alta, dado que pacientes a los que ha sido muy complicado ingresar tienen ingresos muy cortos y en su domicilio rechazan de nuevo el tratamiento. Respondió que no se tiene tanto en cuenta la conciencia de enfermedad, ya que su adquisición es un proceso, a menudo, lento, sino el compromiso presumible de continuidad del tratamiento por parte del paciente y del apoyo que recibirá en su domicilio para intentar asegurarlo. Se remarca la importancia de garantizar el reingreso si del paciente rechaza el tratamiento y el seguimiento ambulatorio.

Finalmente, como secretario de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana reivindicó más dotación de recursos personales en psiquiatría y psicología. Parece haber un consenso en que la Salud Mental es importante y requiere más atención y financiación socio-sanitaria, pero sin más psiquiatras y psicólogos públicos este consenso es inoperante.

CONCLUSIONES, REFLEXIONES Y PROPUESTAS DE LA MESA REDONDA

Las presentes conclusiones son las extraídas por los organizadores de la mesa redonda resumida a partir de la información aportada y no son responsabilidad de los ponentes. Han sido consensuadas por la Junta directiva de la AVTB y se exponen con ánimo de contribuir a la mejora de la atención a los pacientes diagnosticados de TB y otras enfermedades mentales graves en situación de descompensación aguda, sin conciencia de enfermedad.

Este evento ha sido una iniciativa “privada” de interlocución entre pacientes, familias, profesionales, administración que pensamos que debería ser preceptivo, regular, promovido por la administración y con la retroalimentación necesaria de cumplimiento de los acuerdos y procedimientos establecidos.

Los casos aportados por las familias destacan situaciones dramáticas para los pacientes y las familias que reflejan una falta de implicación de los profesionales en los distintos estamentos de la asistencia a pacientes graves. Aparte de la discutible inhibición profesional atribuible a los individuos implicados, es más preocupante la presencia de distintas disfunciones del sistema de salud mental en la asistencia a los pacientes graves, así como el desconocimiento por parte de las familias de los procedimientos de atención en estos casos:

- Compartimentación e incoordinación entre las distintas estructuras asistenciales
- Excesiva rotación de profesionales que determina que en cada asistencia sea un profesional diferente el que te atiende. La historia clínica no sustituye el papel del conocimiento personal que detecta los cambios de conducta relevantes propios de las sucesivas recaídas del paciente y que la familia y el médico habitual del paciente sí conocen. La alarma de la familia no debería considerarse prejuiciosamente exagerada.
- Falta de recursos, que implica la dificultad de citas ambulatorias más frecuentes en situación de descompensaciones
- El sistema de asistencia sanitaria, social y legal está diseñado para atender la demanda voluntaria de los usuarios y el impulso de los trámites – en nuestro país, ahora, aun- está condicionado a la determinación, recursos y contactos del usuario

- Los que no demandan o se oponen a la asistencia quedan relegados, siendo, a menudo, los más vulnerables e indefensos. Las familias sabemos que la decisión de rechazar la asistencia en las descompensaciones maníacas o depresivas no es libre. Por tanto, hemos de ser las familias – los curadores naturales- las que solicitemos la asistencia. Consideramos que los sanitarios (*curadores asignados*) habrían de adoptar una actitud pro-activa y ágil para proteger los derechos a la salud, seguridad y libertad de los pacientes más graves.
- Lo ideal, respecto de las nuevas fórmulas de protección económica o de otro tipo establecidas por la Ley 8/21 es que fuesen solicitadas por el propio paciente, al igual que la petición de tratamiento en caso de crisis. Sin embargo, queda por resolver o por mejorar el sistema de intervención, que ha de ser ágil, cuando no hay conciencia de enfermedad y el paciente se opone a cualquier medida de tratamiento. En estos casos, la iniciativa recae en los sanitarios necesariamente. Las familias tienen un papel clave en esta situación y debe reconocerse y articularse de forma explícita.
- Debería ser el psiquiatra del paciente quien informase de las opciones de asistencia y dirigiese y se asegurase de la continuidad del tratamiento a pacientes que no aceptan que necesitan ayuda y familias desbordadas que no conocen los recursos ni los procedimientos. Pensamos que la respuesta de los profesionales: “no podemos hacer nada” o “es mayor de edad y si no quiere venir o rechaza el tratamiento, no podemos hacer nada” no es aceptable ante un paciente diagnosticado de trastorno bipolar o de una psicosis, con la demanda angustiada de la familia avisando de que ha dejado el tratamiento y está teniendo cambios importantes de conducta. Deja a las familias indefensas con su angustia peregrinando por los distintos recursos, psiquiatras privados...buscando ayuda y amparo.
- La solicitud de intervención judicial ante la fiscalía es inoperante dada la dilación que supone -meses- hasta la intervención.
- Debe clarificarse la situación y utilidad de la medida de tratamiento involuntario y qué ocurre cuando el paciente la incumple

TENER UN DEPARTAMENTO AL QUE ACUDIR DE SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN A ESTAS CUESTIONES PARA QUE NO CAIGAN EN EL OLVIDO.

MUCHAS GRACIAS.