PRODE, CALIDAD DE VIDA

Asociación
Para la Promoción de las
Personas con Discapacidad
Declarada de Utilidad Pública. 29 - 07 - 97

CENTROS Y SERVICIOS

Residencia Adultos
Viviendas tuteladas
Residencia para
Gravemente afectados
Centro Ocupacional
Centro de Estancias
Diurnas
Atención Temprana
Refuerzo Escolar
Programa Garantía
Social
Formación Profesional
Ocupacional
Servicio de Orientación
Profesional
Programa de Ocio y
Tiempo Libre
Formación de Padres
Programa de Respiro
Familiar

E-mail:
asociación@prode.es

CIF: G-14056204
Nº registro Asociaciones:
1.237, 1ª
Nº registro Servicios
Sociales: 1.268

N.I.C.A.: 17.365

Miembro de FEAPS ANDALUCÍA

¿Sabías qué...? Tenemos un equipo de atención psico sanitaria

LOS estudios epidemiológicos sobre la existencia de patología mental en personas con discapacidad intelectual, muestra que el riesgo de esta población a padecer una enfermedad mental es de dos a tres veces superior a la población general.

El comportamiento problemático es uno de los asuntos que más importancia alcanza en el interior de una institución o familia afectada, por las repercusiones sobre las personas que los padecen, las que con ellas conviven y quienes les tratan o cuidan.

A la hora de abordar terapéuticamente los problemas de comportamiento en las personas con discapacidad intelectual, son muchas las dificultades que surgen. El análisis funcional es un instrumento que aporta un enfoque positivo desde el punto de vista psicológico. El apoyo de la medicina puede aumentar su eficacia y eficiencia en un abordaje integral de la problemática.

Desde este enfoque, en nuestra Asociación, se creó hace unos años un dispositivo de atención psico sanitaria en colaboración con el Equipo de Salud Mental. Este equipo trabaja en coordinación sobre los problemas derivados de las patologías mentales en personas con discapacidad intelectual. Está formado por el Psiquiatra y la Auxiliar de Salud Mental, la DUE y la Psicóloga de Prode.

El equipo se reúne dos veces al mes y lleva a cabo el seguimiento de los tratamientos, se revisan las pautas farmacológicas y de modificación de conducta con el objetivo de mejorar la integración y la calidad de vida de los clientes, porque entendemos que solo desde el enfoque multiprofesional se puede avanzar en estos tratamientos.
Aunque los resultados están siendo satisfactorios, debemos seguir avanzando y proponer como líneas de mejora, la dedicación de mayores recursos de personal y tiempo en un área que como señalábamos arriba es de vital importancia para el funcionamiento de una institución como la nuestra. ■

EDITORIAL

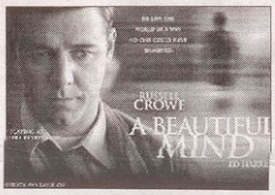
Reflexión sobre el actual modelo de atención a personas con enfermedades psiquiátricas

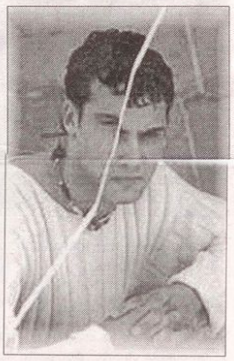
Dos décadas después, podemos valorar los resultados de la Reforma Psiquiátrica desarrollada en nuestro país, así como el proceso de desinstitucionalización llevado a efecto durante la misma, procesos que han tenido mucho que ver en la institución del actual modelo de atención a personas con enfermedades psiquiátricas, ciertamente deficitario e insuficiente.

La observación de la realidad, como de costumbre, permite advertir la desviación entre el ideal prescrito por la teoría y lo que acontece en la práctica, y esto mismo es lo que ha sucedido con la Reforma Psiquiátrica iniciada a finales de los 70 en España y que motivó, entre otras actuaciones, un complejo programa de desinstitucionalización de hospitales y demás instituciones psiquiátricas que atendían mediante un régimen cerrado a todas aquellas personas necesitadas de una atención psiquiátrica continuada, con el noble propósito de mejorar los derechos civiles y legales de los pacientes a través de la integración de los servicios de salud mental en el sistema general de salud y la potenciación de programas de rehabilitación y estructuras intermedias.

Dos décadas más tarde, estamos en disposición de valorar las consecuencias que trajo consigo todo este proceso de cambio, en el que destacamos la irritante desigualdad y fortuna con que dicha Reforma se ha desarrollado en las distintas comunidades autónomas, persistiendo hoy en día, diferencias evidentes y profundas. De la misma forma, la dotación de recursos sanitarios y sociales de la nueva red de atención comunitaria en relación a las necesidades de este importante colectivo, es claramente insatisfactoria y la calidad, equidad y accesibilidad de las prestaciones se ha hecho progresivamente más deficiente, producto de la sobresaturación de los equipos de salud mental y el limitado desarrollo de los dispositivos de rehabilitación y atención psicosocial necesarios para normalizar la vida de las personas con necesidad de atención psiquiátrica.

Así, en estos momentos, la deficitaria atención a los enfermos mentales crónicos se halla directamente relacionada con el fracaso del proceso de desinstitucionalización, que no ha creado, en el momento adecuado, los recursos intermedios que asegurasen el correcto tratamiento de los pacientes deshospitalizados, extendiendo lo que en principio era un grave problema sanitario a un actual no menos grave problema social. Según un informe de la Sociedad Española de Salud Pública en el que se dedicaba un capítulo a la Salud Mental, a través de este proceso se ha producido un trasvase de la responsabilidad de una parte sustancial de la atención desde el sector sanitario público a otros sectores sin una dotación adecuada de recursos. Quienes han soportado esa responsabilidad, que en un principio recaía sobre los sistemas sanitarios públicos, han sido fundamentalmente: los servicios sociales, el sector privado y, sobretodo, las familias, que, independientemente de los medios con los que cuenten, han tenido que cargar no sólo con la parte del tratamiento y cuidado del enfermo mental que les corresponde, sino también con la parte que las insuficientes estructuras intermedias deberían haber asumido.





Otro colectivo afín a esta problemática es el de los sujetos con diagnóstico dual de discapacidad intelectual y enfermedad psiquiátrica, cuyas necesidades específicas no fueron contempladas en dicha Reforma. En la actualidad, aún no se dispone en nuestra Comunidad de unos dispositivos socio-sanitarios suficientes, por lo que han de ser atendidos por sus familias y/o por los centros y servicios destinados a personas [exclusivamente] con discapacidad intelectual con lo que ello supone de desgaste emocional, alteración de la convivencia y de desestructuración social o familiar.

Por todo ello, quizá valga la pena recordar que la plena integración de la psiquiatría en la sanidad supone abandonar de una vez su papel histórico de agente del orden para pasar a ser un modesto agente de salud. Y por eso, en lugar de pensar en unidades blindadas, lo que cada autonomía tendrá que reflexionar es cómo mejorar sus recursos, sanitarios y sociales, especialmente para pacientes crónicos, incluyendo aquellos que seguramente necesitan atención intensiva o duradera en el tiempo y que superan las posibilidades de una unidad psiquiátrica de Hospital General.

En todo caso, habría que estar de acuerdo en que la falta de recursos, no tiene por qué pagarla el propio enfermo, ni tampoco su familia.

Uno a uno nuestros valores. **TRABAJO EN EQUIPO:** *Afianzarlo como técnica de mejora a la hora de tomar decisiones, resolución de conflictos, consecución de objetivos y metas, y, en definitiva, encauzar el camino para el logro de nuestra misión.*

NUESTRA MISIÓN: *Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y la de sus familias*

Domicilio Social: C/ San Cristóbal, s/n- Tfno.: 957 77 00 33- Fax: 957 77 04 02 -14400 POZOBLANCO (Córdoba)