

Participación de usuarios de salud mental en dispositivos hospitalarios del Hospital Virgen de la Victoria

Ana Belén Jurado Melero, Pilar Fernández-Utrilla Miguel, Elena Rodríguez Vives
Hospital Virgen De La Victoria (Málaga, España)

Correspondencia: Anajm8@hotmail.com (Ana Belén Jurado Melero)

Introducción

La “Toma de decisiones compartidas” se acuña por primera vez en la década de los 80 tomando especial relevancia en las últimas décadas. Durante las últimas décadas en el ámbito de la salud pública, y son el nuevo rol del usuario/a como agente activo, gestor y generador de salud.¹

Si bien no existe una definición totalmente consensuada, se acepta que la toma de decisiones compartida implica un proceso de decisión conjunta entre pacientes y profesionales sanitarios.^{2,3}

La herramienta de toma de decisiones compartida tiene como objeto la particularización del individuo con fin de poner de manifiesto sus preferencias en relación con las diferentes opciones disponibles y facilitar así el proceso de toma de decisiones que en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) se incorpora mediante Ley 41/2002 de noviembre básica y reguladora de la autonomía del paciente.⁴

Los ensayos clínicos que se han encargado de evaluar la eficacia de estas intervenciones frente a la práctica habitual han mostrado que producen un aumento en el conocimiento, disminuyen el conflicto de la decisión, reducen la proporción de personas pasivas que permanecen indecisas; pero también es conocido que los profesionales tienen dificultades de aceptación del nuevo rol de los pacientes, por lo que supone un abandono del papel tradicional y de delegación de poder. Existen otros aspectos como la falta de tiempo, las creencias personales del tipo de problema, han sido definidos por los profesionales como barreras que dificultan la participación de usuarios/as.⁵

Cabe destacar que los profesionales de Atención Primaria (AP) son más proclives a la participación ciudadana que la atención especializada y que la educación de los profesionales sanitarios en la mejora de la comunicación con los usuarios/as también beneficiará la participación de estos últimos.⁶

El objetivo de este estudio cualitativo sería describir la participación real de usuarios/as en la toma de decisiones que se lleven a cabo desde la UGC de salud mental del Hospital Universitario Virgen De La Victoria.

Metodología

Para valorar si las herramientas de participación del/la usuario/a en los dispositivos hospitalarios de salud mental son realmente útiles se realiza un estudio cualitativo de acción participativa (grupos focales) iniciados en el segundo semestre del año 2016 con la intención de conocer la participación real del usuario dentro de su propio proceso y de gestión sanitaria y favorecer la proactividad del mismo.

Los datos han sido obtenidos a través de un total de 6 grupos focales llevados a cabo en: Comunidad Terapéutica 1, Comunidad Terapéutica 2 y Unidad de Hospitalización de salud mental. Con un total de 50 participantes (22 participantes en 2016 y 28 en 2017). Llevados a cabo con una cadencia anual.

Para la selección de participantes se lleva a cabo un muestreo intencionado donde se cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- Psicopatología que permita la participación en grupo.
- Permanencia en el dispositivo asistencial > de 2 semanas.

Las características sociodemográficas de la muestra han sido:

- Varones: 31
- Mujeres: 19
- Diagnóstico Médico: Trastorno Mental Grave (F20, F30 y F60).

- Tiempo de evolución de la enfermedad: 5-15 años de evolución.

- Ingresos previos en unidades de hospitalización: 3-5 ingresos previos.

Los espacios y herramientas de participación activa por parte del/la usuario/a, en dispositivos asistenciales hospitalarios son:

- Asambleas diarias.
- Buzones de sugerencias, a disposición de usuarios atendidos en dispositivos asistenciales.
- Mesas de participación ciudadana, convocadas por UGC con cadencia trimestral.

- Planes individualizados de tratamiento (PIT) donde la persona decide el tratamiento a seguir dentro de su proceso terapéutico conjuntamente con el/la facultativo referente.

- Consentimientos informados de los procesos terapéuticos que lo precisen.

- Registro de Voluntades anticipadas en salud mental.

Una vez finalizados se realiza un análisis de contenido y de discurso, se emite un informe y se deriva a los directivos de UGC de salud mental para llevar a cabo propuestas de mejora pertinentes y se realiza un feed-Back a cargos intermedios de dispositivos asistenciales hospitalarios y a los participantes de los mismos.

Resultados

El análisis de los resultados se ha categorizado en los siguientes puntos:

1. Percepción de actitudes estigmatizantes por parte de los profesionales que asisten a los usuarios.

2. Personalización en la atención y flexibilización a la hora de atender a las necesidades de los usuarios.

3. Conocimiento por parte de los usuarios de los canales habilitados en la unidad para sugerencias y propuestas de mejora.

En relación a la primera categoría un total de un 76 % de los usuarios que han participado en los grupos focales verbalizan que el trato profesional recibido es coercitivo.

“Las malas formas son habituales, cuando pides algo nunca sabes cómo te van a contestar, como cuando dices que no quieres tomar tratamiento.....siempre hay amenazas.”(AVG).

“Te miran mejor si estás ingresado en una planta de nefrología que de salud mental”. (LCM).

En relación a la segunda categoría un total de un 62% de participantes en grupo focales verbalizan “rigidez” en las normas con lo cual la personalización de cuidados y asistencia queda mermada.

“Se podría valorar cada caso, no nos dejan comer de fuera ni que nuestros familiares nos traigan comida”. (MRB).

“A las actividades de terapia te obligan a acudir y a las salidas terapéuticas también, ¿Qué pasa si un día estás tirada y no te apetece o si quieres hacer cosas en otro horario donde no estén monitores?”. (NBO).

En relación a la tercera categorización el 98% de los usuarios que han formado parte de los grupos focales conocen los canales de propuestas de mejora de los dispositivos asistenciales (detallados en el apartado de metodología).

“Existen muchos espacios donde puedes expresar lo que sientes, a mí me encanta la asamblea”. (ARM).

“Tú propones aquello que consideres mejorable, otra cosa es que luego se pueda hacer algo para arreglarlo con la crisis”. (PET).

Conclusiones

Tras los resultados obtenidos una vez realizado el análisis de los grupos focales se ha procedido a realizar una serie de medidas de mejora.

El desarrollo de un enfoque no coercitivo en las unidades de salud mental es una prioridad para usuarios y gestores, con lo cual se estableció:

- Cursos formativos anuales para profesionales sanitarios orientados en el Enfoque recuperador.

En relación a la flexibilización de normas se concretó como primeras medidas:

- Aumento de las salidas de ocio en los dispositivos asistenciales hospitalarios.

- Cambios en el contenido de los talleres y un aumento de actividades ocupacionales en horarios vespertinos.

- Modificaciones en el menú hospitalarios incluyendo alimentos que los/las usuarios/as demandaban saludables.

Es responsabilidad de la UGC de salud mental; así como, de los profesionales sanitarios favorecer una actividad asistencial basada en las preferencias y necesidades de los usuarios/as llevando a cabo un enfoque recuperador que empodera a las personas afectadas de TMG con alto grado de satisfacción por parte de usuarios/as como de profesionales sanitarios.

Bibliografía

1. Braddock C. The emerging importance and relevance of shared decision making to clinical practice. *Med Decis Making*. 2010; 2(30):50-120.
2. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. 1999; 24(49):651-661.
3. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*, 1999; 22(319):766-777.
4. Elwyn G, Frosch D, Volandes A.D, *et al*. Investing in deliberation: a definition and classification of decision support interventions for people facing difficult health decisions. *Med Decis Making*. 2010; 12(30):701-711.
5. O'Connor, AM, Bennett CL, Stacey D, *et al*. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009.
6. Longtin Y, Sax H, Leape LL, *et al*. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*. 2010; 85:53-62. Disponible en: <http://www.mayoclinicproceedings.com/content/85/1/53.full.pdf+html> [acceso: 13/04/2018].